

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PÚBLICA**

**Vanessa C. Rocha Araújo de Menezes**

**O CONHECIMENTO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE  
QUE ATUAM NA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA DO  
DISTRITO FEDERAL SOBRE OS ATRIBUTOS  
CONCEITUAIS DE PROMOÇÃO A ALIMENTAÇÃO  
SAUDÁVEL PROPOSTOS PELO  
GUIA ALIMENTAR DA POPULAÇÃO BRASILEIRA**

**RECIFE  
2011**

VANESSA C. ROCHA ARAÚJO DE MENEZES

O CONHECIMENTO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE ATUAM NA REDE DE  
ATENÇÃO BÁSICA DO DISTRITO FEDERAL SOBRE OS ATRIBUTOS  
CONCEITUAIS DE PROMOÇÃO A ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL PROPOSTOS  
PELO GUIA ALIMENTAR DA POPULAÇÃO BRASILEIRA

Dissertação apresentada ao Curso de  
Mestrado Profissional em Saúde Pública  
do Centro de Pesquisas Aggeu  
Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para  
a obtenção do grau de mestre em  
ciências.

Orientadora:  
Prof. Dra. Denise Oliveira e Silva

Recife  
2011

**Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães**

---

M541c Menezes, Vanessa C. Rocha Araújo.

O conhecimento de profissionais de saúde que atuam na rede de atenção básica do Distrito Federal sobre os atributos conceituais de promoção a alimentação saudável propostos pelo Guia Alimentar da População Brasileira. / Vanessa C. Rocha Araújo Menezes. — Recife: V. C. R. A. Menezes, 2011.

151 p.: il., tab., graf.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2011.

Orientadora: Denise Oliveira e Silva.

1. Alimentos Naturais. 2. Promoção da Saúde. 3. Pessoal de Saúde. 4. Qualidade dos Alimentos. 5. Guias Alimentares. I. Silva, Denise Oliveira e. II. Título.

---

CDU 614.2

VANESSA C. ROCHA ARAÚJO DE MENEZES

O CONHECIMENTO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE ATUAM NA REDE DE  
ATENÇÃO BÁSICA DO DISTRITO FEDERAL SOBRE OS ATRIBUTOS  
CONCEITUAIS DE PROMOÇÃO A ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL PROPOSTOS  
PELO GUIA ALIMENTAR DA POPULAÇÃO BRASILEIRA

Dissertação apresentada ao Curso de  
Mestrado Profissional em Saúde Pública  
do Centro de Pesquisas Aggeu  
Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para  
a obtenção do grau de mestre em  
ciências.

Aprovado em: 29/03/2011

BANCA EXAMINADORA

---

Dra. Denise Oliveira e Silva  
Direb/ Fiocruz- Brasília

---

Dra. Denise Cavalcante Barros  
ENSP/ Fiocruz- RJ

---

Dra. Anelise Rizzolo de Oliveira Pinheiro  
Universidade de Brasília - UnB

Aos meus filhotes Pedro Henrique e Isabela.

## AGRADECIMENTOS

A Deus pela vida, saúde e fé.

A Imaculada Conceição, minha santa protetora, a quem eu recorro sempre e que intercede ao Pai por mim.

Ao meu marido Vinícius e aos meus filhos Pedro Henrique e Isabela. Desculpe pela falta de atenção a vocês nos momentos finais para terminar este trabalho. Obrigada pela compreensão, amor e incentivo.

Aos meus pais Valdelício e Amélia e irmãos Valério e Vinícius.

Agradeço a minha avó Anita pela oração e carinho.

A todos da minha família e aos amigos. Obrigada por torcerem por mim.

Agradeço a minha orientadora, Prof.<sup>a</sup> Denise Oliveira e Silva, pela paciência, incentivo e disponibilidade para me guiar na elaboração deste trabalho.

Ao grupo de pesquisa da Prof.<sup>a</sup> Denise, especialmente a Érica Ell, pelas contribuições sobre o tema. A estatística Júnia Santos, pela colaboração na análise estatística e no conhecimento da técnica de análise fatorial.

A FIOCRUZ Brasília e ao CPqAM/ FIOCRUZ Pernambuco pela oferta do mestrado profissional em Brasília.

A secretaria acadêmica em Recife e em Brasília, especialmente a Salymar, pela educação e pelo ótimo trabalho realizado nestes dois anos.

Aos colegas da turma do mestrado profissional, especialmente a Kathleen Oliveira, pelas contribuições.

Ao Hospital Universitário de Brasília (HUB) pela liberação para assistir as aulas do mestrado.

Aos meus colegas da nutrição do HUB, especialmente as minhas amigas Ana Paula Caio e Pollyanna Machado, pela torcida por mim.

Aos colegas da nutrição da Unidade Mista de São Sebastião (SES-DF) pelo apoio.

Minha gratidão a todos que se sensibilizaram comigo nesta etapa da minha vida profissional e me apoiaram para a concretização deste trabalho.

MENEZES, Vanessa C. Rocha Araújo. O conhecimento de profissionais de saúde que atuam na rede de atenção básica do Distrito Federal sobre os atributos conceituais de promoção a alimentação saudável propostos pelo Guia Alimentar da População Brasileira. 2011. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011.

## RESUMO

As mudanças no estilo de vida e as alterações no padrão de consumo alimentar da população contemporânea contribuíram para as contradições do perfil nutricional e epidemiológico dessas populações e, nesse contexto, a promoção da alimentação saudável aparece como uma ação estratégica das políticas públicas, direcionadas à alimentação e nutrição como recurso na prevenção de doenças e promoção da saúde. No Brasil, o Ministério da Saúde publica o Guia Alimentar para População Brasileira (GAPB), instrumento que contém diretrizes alimentares oficiais para a população brasileira, e que apresenta seis atributos conceituais da alimentação saudável: acessibilidade física e financeira, sabor, cor, variedade, harmonia e segurança sanitária. Nesse cenário, o profissional de saúde aparece com grande potencial de educador e formador de opinião na abordagem da alimentação saudável. O presente estudo utiliza dados secundários da pesquisa conhecimentos, atitudes e práticas de profissionais de saúde na promoção da alimentação saudável no Distrito Federal, realizada em 2008-2009 e, analisa os fatores conceituais da alimentação saudável na visão de 243 enfermeiros e 237 médicos, com base nos atributos propostos pelo GAPB. Na análise dos dados, foi utilizada a técnica de análise fatorial, que demonstrou que, do total das dezesseis variáveis analisadas na pergunta sobre o conceito da alimentação saudável, houve o agrupamento de cinco fatores para as duas categorias profissionais. Os resultados demonstram que tanto enfermeiros como médicos percebem o fenômeno biológico e sociocultural da alimentação. Os atributos socioculturais e de comensalidade estão no fator 1(um), com 17,3% e 20,8% de variância explicativa para enfermeiros e médicos, respectivamente, representando a “força” que esse fator possui. Além disso, o grupo médico agrega, nesse fator, o atributo da acessibilidade física e financeira, ampliando a discussão do conceito de alimentação saudável. Os demais fatores encontrados na pesquisa encontram-se nas dimensões biológico-higiênica e segura da alimentação e dos seus benefícios para a qualidade de vida. Os resultados apontam a valoração da comensalidade como questão agregadora dos atributos da alimentação saudável do GAPB, que é algo positivo e que pode permitir inferências iniciais sobre a importância dos aspectos socioculturais na promoção da alimentação saudável na atenção básica.

**Palavras chaves:** Alimentos Naturais. Promoção da Saúde. Pessoal de Saúde. Qualidade dos Alimentos. Guias Alimentares

MENEZES, Vanessa C. Rocha Araújo. The knowledge of health professionals working in basic healthcare of the Federal District on the conceptual attributes to healthy diet promotion proposed by the Brazilian Population's Food Guide.2011. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011.

## ABSTRACT

Changes in lifestyle and food consumption pattern of contemporary population have lead to contradictions in nutritional and epidemiological profile of such populations. In this context, to promote healthy food seems to be a strategic action for public policy makers. The goals are prevent people from getting ill and improve their health condition by using proper food and nutrition techniques. In Brazil, Ministry of Health publishes the Food Guide for the Brazilian Population (FGBP), which contains a food guideline for Brazilian people, and has six conceptual attributes for healthy diet: physical and price accessibility, flavor, color, variety, harmony and health safety. In this scenario, the health professional has a great potential as educator and opinion maker in the healthy food approach. The present study uses secondary information from a search about knowledge, attitudes and practices of health professional, in their roles of healthy diet promoters at Distrito Federal, Brazil - held in 2008-2009 - and examines conceptual factors of healthy diet based on 243 nurses and 237 physicians' basic healthcare view, regarding the attributes proposed by FGPB. The data was analyzed considering the Factorial Analysis Technique, showing that, from sixteen variables about the concept of healthy diet, there was a five factors group for both professionals' categories. The results have shown that both nurses and physicians noticed the biological and sociocultural features in food consumption. The attributes of commensality and of sociocultural factor, with 17.3% and 20.8% of conclusive variance for nurses and physicians, respectively, represent this factor strength. In addition, the physicians' group aggregates, in this factor, the attribute of the physical and price accessibility, which increases the discussion about the healthy diet concept. Other factors in this search are related with hygienic and biological dimensions-safe food and its benefits to the quality of life. The results pointed out the commensality valuation as a FGBP healthy nutrition attributes' aggregator that is positive and allow initial inferences about the importance of sociocultural aspects in healthy diet promotion as a basic care.

**Keywords:** Health Food. Health Promotion. Health Personnel. Food Quality. Food Guide



## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Materiais normativos, técnicos e educativos elaborados pela CGAN, por ano de elaboração.....	30
Quadro 2 - Princípios da alimentação saudável, segundo o Guia Alimentar para a População Brasileira (GAPB).....	31
Quadro 3 - Atributos da alimentação saudável, de acordo com o Guia Alimentar para a População Brasileira (GAPB).....	32
Quadro 4 - Numeração e descrição das variáveis analisadas na Pesquisa.....	60
Quadro 5 - Distribuição dos atributos conceituais da alimentação saudável do GAPB e as variáveis relacionadas ao conceito da alimentação saudável do instrumento de pesquisa.....	61

## LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 - Distribuição de enfermeiros e médicos entrevistados na pesquisa Conhecimento, Atitudes e Práticas de profissionais de saúde para a promoção da alimentação saudável no Distrito Federal, segundo faixa etária, gênero e região de nascimento. Brasília, 2008-2009.....64
- Tabela 2 - Distribuição da porcentagem válida das frequências das variáveis analisadas na pergunta sobre o conceito da alimentação saudável na pesquisa Conhecimento, Atitudes e Práticas de profissionais de saúde para a promoção da alimentação saudável no Distrito Federal, no grupo de enfermeiros, segundo itens de Likert. Brasília, 2008-2009.....66
- Tabela 3 - Distribuição da porcentagem válida das frequências das variáveis analisadas na pergunta sobre o conceito da alimentação saudável na pesquisa Conhecimento, Atitudes e Práticas de profissionais de saúde para a promoção da alimentação saudável no Distrito Federal, no grupo de médicos, segundo itens de Likert. Brasília, 2008-2009.....66
- Tabela 4 - Fatores conceituais da alimentação saudável, a partir da técnica de análise fatorial no grupo de enfermeiros participantes da pesquisa Conhecimento, Atitudes e Práticas de profissionais de saúde para a promoção da alimentação saudável no Distrito Federal. Brasília, 2008-2009.....69
- Tabela 5 - Fatores conceituais da alimentação saudável, a partir da técnica de análise fatorial no grupo de médicos participantes da pesquisa Conhecimento, Atitudes e Práticas de profissionais de saúde para a promoção da alimentação saudável no Distrito Federal. Brasília, 2008-2009.....71

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AI	Adequate Intake
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAISAN	Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional
CAP	Conhecimentos, Atitudes e Práticas
CGAN	Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição
CONSEA	Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DCV	Doenças Cardiovasculares
DF	Distrito Federal
DHAA	Direito Humano à Alimentação Adequada
DRI	Dietary Reference Intakes
DTA	Doenças Transmitidas por Alimentos e Água
EAR	Estimated Average Requirement
EEB	Encefalopatia Espongiforme Bovina
EG	Estratégia Global para Promoção da Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde
ENDEF	Estudo Nacional de Despesa Familiar
ENPACS	Estratégia Nacional de Promoção da Alimentação Complementar Saudável
FAO	Organização das Nações Unidas para a Agricultura e a Alimentação
FAOSTAT	FAOSTAT FAO Statistical Database
FAP- DF	Fundação de Amparo a Pesquisa do Distrito Federal
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FLV	Frutas, legumes e verduras
GAPB	Guia Alimentar para a População Brasileira
IBFAN	Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar
INAN	Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
LOSAN	Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional
MEC	Ministério da Educação
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome

MERCOSUL	Mercado Comum do Sul
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan- Americana da Saúde
PAA	Programa de Aquisição de Alimentos
PACS	Programa de Agentes Comunitários
PAS	Promoção da Alimentação Saudável
PNAE	Programa Nacional de Alimentação Escolar
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
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 Orçamentos Familiares
PSF	Programa Saúde da Família
RDA	Recommended Dietary Allowances
SAN	Segurança Alimentar e Nutricional
SBAN	Sociedade Brasileira de Alimentação e Nutrição
SES- DF	Secretaria de Saúde do Distrito Federal
SIBAN	Simpósio Brasileiro de Alimentação e Nutrição
SISAN	Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
SISVAN	Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional
SUS	Sistema Único de Saúde
UAN	Unidade de Alimentação e Nutrição
UL	Tolerable Uppertake level
UnB	Universidade de Brasília
VET	Valor Energético Total

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>15</b>
<b>1.1</b>	<b>Justificativa.....</b>	<b>18</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>21</b>
<b>2.1</b>	<b>Objetivo Geral.....</b>	<b>21</b>
<b>2.2</b>	<b>Objetivos Específicos.....</b>	<b>21</b>
<b>3</b>	<b>MARCO TEÓRICO CONCEITUAL.....</b>	<b>22</b>
<b>3.1</b>	<b>Breves reflexões sobre as escolhas alimentares humanas e a promoção da alimentação saudável.....</b>	<b>22</b>
<b>3.2</b>	<b>Os seis atributos da alimentação humana do Guia Alimentar da População Brasileira (GAPB).....</b>	<b>28</b>
3.2.1	Acesso físico e financeiro a alimentos.....	33
3.2.2	A variedade pela condição onívora.....	38
3.2.3	A mediação biológica do sabor.....	39
3.2.4	A cor como representação de integração com a oferta da natureza.....	41
3.2.5	A harmonia alimentar como representação dos ciclos de vida humana.....	41
3.2.6	A sanidade dos alimentos com reflexo do desenvolvimento econômico social.....	44
<b>3.3</b>	<b>Aspectos sociais, antropológicos, culturais e de comensalidade da alimentação humana.....</b>	<b>47</b>
<b>3.4</b>	<b>A formação do profissional de saúde e suas implicações no processo de educação alimentar.....</b>	<b>49</b>
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>55</b>
<b>4.1</b>	<b>Desenho Metodológico da Pesquisa Conhecimentos, Atitudes e Práticas de Profissionais de Saúde na Promoção da Alimentação Saudável no Distrito Federal (2008- 2009).....</b>	<b>55</b>
4.1.1	Tipo de Estudo.....	55
4.1.2	Local e Caracterização dos Participantes.....	56
4.1.3	Delineamento Amostral.....	56
4.1.4	O Instrumento de Pesquisa (Elaboração, Validação e Aplicação).....	57
4.1.5	Processamento dos Dados.....	58

<b>4.2</b>	<b>Análise dos Dados.....</b>	<b>58</b>
4.2.1	A Técnica de Análise Fatorial.....	61
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....</b>	<b>63</b>
<b>6</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>64</b>
<b>6.1</b>	<b>Dados sociais das categorias profissionais de enfermeiros e médicos.....</b>	<b>64</b>
<b>6.2</b>	<b>Freqüências e histogramas das variáveis analisadas nas categorias profissionais de enfermeiros e médicos.....</b>	<b>65</b>
<b>6.3</b>	<b>Análise fatorial .....</b>	<b>67</b>
6.3.1	Análise Fatorial no grupo dos Enfermeiros.....	67
6.3.2	Análise Fatorial no grupo dos Médicos.....	70
<b>7</b>	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>73</b>
<b>7.1.</b>	<b>A acessibilidade física e financeira como limite de um conceito mais ampliado da alimentação saudável.....</b>	<b>75</b>
<b>7.2</b>	<b>A valoração da dimensão biológica- higiênica e segura da alimentação e os benefícios da alimentação saudável para a qualidade de vida.....</b>	<b>80</b>
<b>7.3</b>	<b>A comensalidade como questão agregadora dos atributos de alimentação saudável do GAPB.....</b>	<b>82</b>
<b>8</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>85</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>87</b>
	<b>ANEXOS</b>	
	Anexo A- Questionário da Pesquisa Alimentação Saudável no SUS – DF....	95
	Anexo B- Freqüências e Histogramas das variáveis analisadas para o grupo de enfermeiros.....	107
	Anexo C- Freqüências e Histogramas das variáveis analisadas para o grupo de médicos.....	115
	Anexo D- Análise Fatorial para as categorias profissionais de enfermeiros e médicos.....	123

## 1 INTRODUÇÃO

A industrialização, a urbanização e a globalização dos mercados ocasionaram mudanças no estilo de vida da população e alteração no consumo alimentar que em conjunto contribuíram para modificações do estado de saúde e de nutrição das populações (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003a).

As contradições relacionadas ao perfil nutricional com a presença simultânea da desnutrição e doenças carenciais e dos excessos alimentares, como também, o perfil epidemiológico caracterizado pelo aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e a continuidade das doenças infecciosas demonstram a necessidade do desenvolvimento de políticas públicas que propõem a melhoria dessa situação a partir de uma série de ações, dentre elas, a promoção da alimentação saudável, que se relaciona direta ou indiretamente com a prevenção desses distúrbios (BATISTA FILHO et al., 2008; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003a).

A transição epidemiológica e nutricional nos países latino-americanos vem ocorrendo de modo semelhante, porém em ritmo diferenciado em decorrência de vários fatores, dentre eles as alterações no consumo alimentar, tais como: diminuição da ingestão de carboidratos complexos, frutas, vegetais e fibras e, em contrapartida, a elevação do consumo de açúcar refinado, produtos de origem animal, gorduras e alimentos industrializados (BERMUDEZ; TUCKER, 2003; IBGE, 2004).

A transição nutricional brasileira pode ser avaliada a partir da evolução do perfil antropométrico-nutricional da população, obtida pelos resultados do Estudo Nacional de Despesa Familiar (ENDEF – 1974/1975), da Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN – 1989) e pelas Pesquisas de Orçamentos Familiares (POF – 2002/ 2003 e 2008/ 2009). Essas pesquisas indicam um declínio da desnutrição em oposição ao aumento na prevalência do excesso de peso em todas as regiões, em ambos os sexos, no meio urbano e rural e em todas as classes de rendimento. Durante esse período, observa-se que o consumo de alimentos tradicionais como o arroz e o feijão perdeu a importância, enquanto houve o aumento de 400% no consumo de alimentos industrializados (IBGE, 2004; 2010).

A partir dessas pesquisas, com intervalo de 34 anos, é notório o aumento do peso dos brasileiros. Em 2009, uma em cada três crianças de 5 a 9 anos estava acima do peso recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). A parcela dos meninos e rapazes de 10 a 19 anos de idade com excesso de peso passou de 3,7% (1974-1975) para 21,7% (2008-2009); já entre as meninas e moças o crescimento do excesso de peso foi de 7,6% para 19,4%. Também o excesso de peso em homens adultos saltou de 18,5% para 50,1% e ultrapassou, em 2008-2009, o das mulheres, que foi de 28,7% para 48% (IBGE, 2010).

Nesse contexto, o estado brasileiro estabeleceu políticas públicas de proteção as condições econômicas e sociais que impactam a saúde da população, como a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), aprovada em 1999 e que integra a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), e a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN) (BRASIL, 2005; BRASIL, 2010; BRASIL, 2010a).

Cabe destacar que o estado brasileiro considera a alimentação adequada como um direito fundamental, contemplado na Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN), criada em 2006. E o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome (MDS) atua por meio de políticas públicas de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), como a PNSAN, que busca garantir o acesso das famílias ao alimento (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME, 2011).

A promoção de práticas alimentares e estilo de vida saudável é uma das diretrizes da PNAN, tendo como objetivos: prevenir os problemas nutricionais e as DCNT, socializar o conhecimento sobre alimentos, desenvolver processos educativos e promover campanhas de comunicação sobre alimentação e nutrição. Além desses aspectos e considerando a situação em torno das questões de saúde relacionadas à alimentação, essa política coloca em foco a educação nutricional como maneira de prevenir e controlar os distúrbios alimentares (BRASIL, 2005).

O Ministério da Saúde (MS), por meio da Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN), tem a Promoção da Alimentação Saudável (PAS) como uma das linhas de trabalho, com o objetivo de apoiar os estados e municípios brasileiros em ações de promoção da saúde e de prevenção dos distúrbios alimentares. As ações estão voltadas à criação de ambientes saudáveis, desenvolvimento de habilidades pessoais e empoderamento, mobilização e



participação social (COORDENAÇÃO GERAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO, 2011).

Nessa perspectiva, o Guia Alimentar para a População Brasileira (GAPB) faz parte das ações coordenadas pela CGAN, a partir das diretrizes da PNAN, como o instrumento que contém as primeiras diretrizes alimentares oficiais para a população brasileira a serem seguidas pelos gestores e profissionais de saúde, população e indústria, apresentando dentre as suas diretrizes, os atributos conceituais para a alimentação saudável (BRASIL, 2006). Considerando o aspecto do local a ser utilizado para as ações de promoção da alimentação saudável, a atenção primária assume papel relevante, por ser um dos componentes-chave de um sistema de saúde eficaz (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2008).

Assim, o profissional de saúde que está inserido na atenção básica aparece com grande potencial de educador para a prática da alimentação saudável e, por isso, tem função importante para a política alimentar, já que é um formador de opinião na abordagem da alimentação saudável na sua rotina de trabalho. Dessa forma, é preciso destacar a necessidade de reorientação dos serviços de saúde de atenção básica com relação à capacitação desses profissionais, sendo importante nesse processo associarem o conhecimento técnico a uma visão humanística (BRASIL, 2010; SILVA, 2002).

Contudo, a formação acadêmica constitui uma dificuldade enfrentada pelos profissionais para promover alimentação saudável, devido a deficiências curriculares no que se refere à ciência da nutrição, como também, há uma formação fragmentada e de componente mais biológico em detrimento das áreas sociais e humanas (AMORIM et al., 2001; BOOG, 1999; CANESQUI; GARCIA, 2005).

A Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) tem desenvolvido pesquisas desde o ano 2000 sobre a temática da promoção da alimentação saudável no Sistema Único de Saúde (SUS) do Distrito Federal (DF), buscando apoiar a CGAN na área de fomento à pesquisa. Assim, o presente estudo está inserido na Pesquisa Conhecimentos, Atitudes e Práticas de profissionais de saúde na promoção da alimentação saudável no Distrito Federal, tendo como foco o conhecimento desses profissionais sobre o conceito da alimentação saudável.

## 1.1 Justificativa

A situação epidemiológica e nutricional observada em diversos países, em velocidades de acometimento da morbidade e mortalidade de forma diferenciada, determinou que a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização das Nações Unidas para a Agricultura e a Alimentação (FAO) elaborassem recomendações práticas para prevenir as doenças crônicas, como Estratégia Global (EG) para Promoção da Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde, formulada a partir de evidências científicas que demonstram que o tipo da dieta tem influência, tanto positiva, quanto negativa, na saúde ao longo da vida humana (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

Desse modo, a OMS incentiva a promoção da alimentação saudável como um dos pilares preventivos para o enfrentamento dos distúrbios nutricionais da atualidade: fome, desnutrição, carências nutricionais e obesidade; e para as DCNT (diabetes, câncer, hipertensão, doenças cardiovasculares e respiratórias), tendo em vista que a inadequação da dieta pode contribuir com esses distúrbios. A partir dessa situação, é necessário investimentos em políticas públicas relacionadas à promoção da alimentação saudável (BERMUDEZ; TUCKER, 2003; BOOG, 1999; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

O Brasil estabeleceu políticas públicas como a PNAN, a PNPS e a PNSAN que trazem o tema da promoção da alimentação saudável como ações estratégicas. Com isso, observam-se interfaces entre essas políticas quanto à temática da alimentação saudável, além da articulação intra e intersetorial por meio do reforço das diretrizes da PNAN e da EG (BRASIL, 2005; BRASIL, 2010; BRASIL, 2010a; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

Com isso, as políticas públicas voltadas à promoção da alimentação saudável cumprem o papel de disseminar a cultura da alimentação saudável e a CGAN tem a função de coordenar as diversas ações estratégicas sobre essa temática, como a elaboração, publicação, divulgação e avaliação do Guia Alimentar para a População Brasileira (GAPB) em todos os setores da sociedade (BRASIL, 2006).

O GAPB foi publicado em 2006 e serve de instrumento norteador das diretrizes da alimentação saudável no Brasil, com o objetivo de subsidiar as ações

governamentais, da indústria, dos profissionais de saúde e orientação da população, tendo em vista o perfil nutricional e epidemiológico atual do país. Esse material é dividido em três partes, sendo a primeira relativa ao referencial teórico que fundamentou a elaboração do Guia e o situa em relação à PNAN e aos objetivos preconizados pela OMS; na segunda parte encontram-se as diretrizes oficiais para a promoção da alimentação saudável com as orientações práticas para o contexto familiar e o uso da rotulagem nutricional e, na terceira parte é evidenciado o panorama epidemiológico e os dados de consumo alimentar brasileiro, além das bases científicas que fundamentam as orientações do Guia.

O GAPB assume seis atributos para a alimentação saudável como modo de colaborar na prática do profissional de saúde junto aos usuários dos serviços de saúde, principalmente da atenção básica, além de melhorar a formação desses profissionais, a partir da educação continuada com foco no respeito à diversidade social e cultural do sujeito (BRASIL, 2006).

Nesse contexto, o serviço de atenção básica apresenta-se como local adequado de inserção das ações de alimentação e nutrição na atenção primária, por ser reconhecido como a porta de entrada no sistema de saúde e também está estrategicamente localizado próximo a moradia da população local, ampliando o atendimento das necessidades e demandas de atenção em saúde para todos e em qualquer etapa do ciclo da vida. Além disso, esse nível de atendimento promove laços permanentes com a comunidade, possibilitando a participação social e ação intersetorial efetivas (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2008).

No Brasil a política de saúde utiliza as unidades básicas de saúde, além do programa de agentes comunitários (PACS), programa saúde da família (PSF) e os núcleos de apoio à saúde da família (NASF), como instrumentos de função preventiva, por meio de atendimentos individuais e em grupos, além de visitas domiciliares que possibilitam identificar problemas, realizar orientações e acompanhar procedimentos de saúde (BRASIL, 2000).

Dessa maneira, o profissional de saúde tem papel fundamental no processo de prevenção das doenças e na promoção da saúde e, no âmbito da promoção da alimentação saudável, exerce a função de educador das práticas alimentares saudáveis. Contudo, o processo de educação nutricional apresenta desafios ao sistema, devido a deficiências na formação acadêmica dos profissionais de saúde, além da formação voltada à assistência curativa e com visão fragmentada

do processo saúde- adoecimento, que não está alinhada às necessidades da prática da atenção primária à saúde (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2008).

Em função dos aspectos citados, a FIOCRUZ em parceria com a CGAN vem desenvolvendo pesquisas sobre o conceito de alimentação saudável, a partir do uso de metodologias quantitativas e qualitativas, no sentido de contribuir para o aperfeiçoamento de estratégias de informação, comunicação e educação na atenção primária de saúde.

Nessa perspectiva, a identificação de fatores conceituais da alimentação saudável na visão dos profissionais de saúde relacionados aos atributos conceituais para a promoção da alimentação saudável propostos pelo GAPB, contribuirá para a discussão das barreiras e obstáculos para a prática de ações que visam à promoção da alimentação saudável, no contexto da atenção básica de saúde.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Analisar os fatores conceituais da alimentação saudável na visão de profissionais de saúde que atuam na rede de atenção básica de saúde do Distrito Federal com base nos atributos conceituais propostos pelo Guia Alimentar da População Brasileira (GAPB).

### **2.2 Objetivos Específicos**

- a) Caracterizar o perfil dos profissionais participantes da pesquisa;
- b) Descrever os fatores de conhecimento dos profissionais de saúde relacionados ao conceito da alimentação saudável;
- c) Indicar a valoração dada pelos profissionais de saúde para os fatores de conhecimento para a promoção da alimentação saudável;
- d) Discutir os fatores de conhecimento apontados pelos profissionais de saúde para a promoção alimentação saudável e os atributos conceituais propostos pelo Guia Alimentar da População Brasileira.

### 3 MARCO TEÓRICO CONCEITUAL

#### 3.1 Breves reflexões sobre as escolhas alimentares humanas e a promoção da alimentação saudável

A complexidade na escolha alimentar humana quando discutida por Azevedo (2008), numa análise da ciência da nutrição, sob a ótica sociológica, considera que o conceito da alimentação saudável se modifica em diferentes contextos históricos e sociais e que as informações sobre alimentação saudável estão cada vez mais disseminadas e muitas vezes contraditórias, ocasionando confusão tanto para leigos, como para profissionais de saúde.

Rezende (2004) ao analisar o livro de Henrique Carneiro (*Comida e sociedade: uma história da alimentação*) descreve a contribuição da agricultura na alimentação mundial, a partir da introdução dos grãos na alimentação humana. Destaca o papel do sal como moeda, da predominância do consumo de vegetais no padrão alimentar das grandes civilizações e do consumo de carnes restritos as elites. Ainda relata como a busca por especiarias, através das navegações, propiciou uma revolução na alimentação dos povos em todo o mundo. Além das especiarias, o açúcar e o chocolate representaram papel fundamental no comércio intercontinental, contribuindo para o capital pré-industrial.

Para Maciel (2004) foi a partir das navegações que ocorreu um incremento nas “viagens dos alimentos”, ocasionado pelo deslocamento das populações, que contribuíram para diversas trocas alimentares entre países e colônias, como: alimentos, práticas culturais, técnicas, ingredientes, valores, preferências, prescrições e proibições.

Segundo Azevedo (2008), a partir do século XIX e meados do século XX, o conceito de alimentação saudável foi utilizado na Europa para o atendimento da saúde das elites e, posteriormente, a Inglaterra e os Estados Unidos focaram a distribuição de alimentos e os suplementos para as classes carentes como promoção da alimentação saudável. Para o autor, o descobrimento dos nutrientes alterou o perfil da alimentação saudável ao colaborar na padronização das necessidades nutricionais com base na análise quantitativa dos nutrientes,

influenciando a agricultura, a produtividade, os avanços tecnológicos e a industrialização.

No Brasil, Vasconcelos (2005) aponta que os programas da área de alimentação e nutrição sofreram influências dos interesses econômicos, sociais e políticos. Descreve que no período de 1930 a 1963 os programas focavam o perfil epidemiológico nutricional, que apresentava altos índices de doenças relacionadas à pobreza, como: desnutrição, anemia, hipovitaminose A e bócio.

Entre os anos de 1940-1950, o país realizou algumas ações voltadas à saúde do trabalhador, centradas no binômio alimentação-educação, que começaram a ser desenvolvidas no campo governamental. Pode-se considerar que essas ações inauguraram a educação nutricional como matriz de intervenção governamental de programas e políticas públicas de alimentação e nutrição. Já, na década de 70, esse binômio se altera para alimentação-renda, tendo em vista que estudos na época apontavam que o principal obstáculo à alimentação adequada era a renda (BOOG, 1999a).

O “milagre” econômico ocorrido no Brasil entre 1968 a 1974 não trouxe melhorias sociais, sendo que no final desse período em todo o mundo, ocorreu um agravamento da fome, devido à crise do capitalismo. Nessa conjuntura, os organismos internacionais indicaram a necessidade do planejamento nutricional atrelado ao planejamento econômico nos países subdesenvolvidos. Entre 1985 a 2003, o país passou por um processo de retomada da democracia, pela valorização da cidadania e da solidariedade, nos programas de combate a fome e na inclusão social (VASCONCELOS, 2005).

A segunda metade do século XX representou intensas alterações ocorridas nos padrões de adoecimento globais, com um aumento relativo e absoluto das DCNT, correspondendo no Brasil a maior parcela das mortes e das despesas hospitalares no SUS, com estimativa de 69% dos gastos com atenção à saúde no ano de 2002. Além disso, desde a década de 60, as doenças cardiovasculares (DCV) já lideravam as causas de óbitos no país. Dessa maneira, a OMS colocou como um dos desafios para o desenvolvimento global no século XXI a luta contra as DCNT: hipertensão, os males cardiovasculares, diabetes, câncer e as doenças respiratórias crônicas (BARRETO et al., 2005; BRASIL, 2005; MONDINI; MONTEIRO, 1994; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

Ao mesmo tempo, em decorrência da situação socioeconômica comprometida em alguns países, a OMS declarou que aproximadamente 30% da população mundial convive com os distúrbios relacionados à má nutrição, que ocasiona mortes, incapacidades físicas e atraso de crescimento físico e mental (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003, 2003).

Barreto et al. (2005) avaliaram a evolução do estado nutricional da população brasileira a partir das pesquisas ENDEF, PNSN e POFs. Esses autores descrevem o aumento do sobrepeso, principalmente entre crianças em idade escolar, adolescentes e nos estratos de baixa renda, como também, o aumento da obesidade em todos os estratos socioeconômicos e geográficos da população adulta brasileira, com exceção da população feminina adulta de maior renda da região sudeste do país.

Contudo, observou-se entre 1989 a 1996 o declínio da desnutrição infantil, como o déficit estatural em crianças e o diferencial urbano e rural, que passou da prevalência de 1,8 para 2,4 vezes maiores no meio rural se comparado ao meio urbano. Além disso, a desnutrição em idosos destaca-se como questão preocupante, devido ao envelhecimento populacional (BRASIL, 2005a).

Essas alterações no perfil antropométrico da população brasileira demonstrados pelos inquéritos populacionais, com a diminuição da desnutrição e um aumento expressivo do sobrepeso e da obesidade, caracterizam a transição nutricional que o país passou nos últimos 34 anos e, que traduz como desafios para as políticas públicas (IBGE, 2004; IBGE, 2010).

Ao avaliar a transição nutricional ocorrida no Brasil, na perspectiva do consumo de alimentos, observa-se o aumento no consumo de alimentos de origem animal: carnes, leite e derivados e ovos, de gorduras em geral e de alimentos industrializados ricos em açúcares em detrimento à diminuição no consumo de cereais, leguminosas, frutas, verduras e legumes, ocasionando efeitos favoráveis à desnutrição e desfavoráveis a obesidade e às DCNT, além de evidências quanto ao baixo gasto energético, em decorrência ao crescimento do sedentarismo (BARRETO et al., 2005; BRASIL, 2006; IBGE, 2010).

Dados do inquérito telefônico *Vigitel Brasil 2009*, realizado pelo MS nas 26 capitais e no Distrito Federal do país com adultos, oferecem alguns subsídios sobre o consumo no país, sendo observado a frequência de consumo recomendado de frutas e hortaliças de 18,9%, sendo menor em homens (14,8%) do que em mulheres



(22,4%); cerca de um terço (33,0%) das pessoas declarou ter o hábito de consumir carnes com excesso de gordura, com percentual quase duas vezes maior em homens (43,2%) do que em mulheres (24,3%); a frequência de consumo de leite integral foi de 58,4%, com (60,8%) para homens e (56,3%) para mulheres; a frequência do consumo regular de refrigerantes foi de 27,9%, sendo mais alta entre homens (31,5%) do que entre mulheres (24,8%). Nos dois sexos, o consumo regular de refrigerantes é muito frequente na faixa etária entre 18 e 24 anos, alcançando cerca de 40% das pessoas (BRASIL, 2010b).

Nesse contexto, é importante analisar o papel do gênero na alimentação, que com a atividade profissional extradomicílio da mulher trouxe implicações na vida cotidiana da família. Essas implicações estão relacionadas ao aumento do número de refeições realizadas fora de casa, que ocasionaram diminuição da frequência no compartilhamento das refeições em família, elevação no consumo de produtos alimentícios prontos ou pré-processados, perdas na identidade cultural no ato das preparações e receitas e aumento no tamanho das porções promovido pelas indústrias alimentícias. Com isso, houve mudanças nas práticas alimentares com tendências de crescimento no incremento de energia, em decorrência de preparações com alta densidade calórica, ricas em gordura e açúcar e pobres em micronutrientes, que contribuíram para o ganho de peso da população (BARRETO et al., 2005; BRASIL, 2005a; BRASIL, 2006).

A POF (2008/ 2009), ao analisar as despesas das famílias com alimentação nas últimas três décadas, observa uma redução da participação da alimentação nas despesas das famílias tanto na área urbana, quanto na área rural. Contudo, houve crescimento no percentual das despesas com alimentação fora de casa, principalmente na área urbana, que apresentou 145,5% maior que a área rural. Na análise regional, o maior percentual com alimentação fora do domicílio ocorreu na Região Sudeste (37,2%), enquanto os menores percentuais ocorreram nas Regiões Norte (21,4%) e Nordeste (23,5%) (IBGE, 2010).

Bleil (1998) discute que as mudanças nos hábitos alimentares do Brasil como o crescimento do consumo do fast-food, de alimentos industrializados e da substituição do jantar pelo lanche sofrem a influência da marca da modernidade e do fenômeno da globalização. Contudo, a autora considera que os produtos industrializados tem no país uma facilidade para conquistar espaço, que pode ser resultado da ausência de uma tradição ligada a gastronomia. No Brasil, o MS

também considera como desafio a crescente prevalência de patologias como os transtornos alimentares (anorexia e bulimia), que geram problemas de igual malignidade se comparado ao problema da obesidade (BRASIL, 2005a).

Nesse aspecto, é fundamental considerar a alimentação além de um ato biológico, porque abrange aspectos ligados a condição social e cultural. Segundo Garcia (1997), a alimentação está associada a causas diversas e, a autora destaca que a valorização de um estilo de vida saudável impõe opções de comportamento alimentar baseado na medicalização e na imagem corporal.

Portanto, a partir da atual situação epidemiológica e nutricional que o país convive determina a importância do repasse de informações adequadas, relativas à promoção da alimentação saudável para a sociedade no enfrentamento dessas questões, por meio de ações práticas efetivas dentro de políticas públicas intra e intersetoriais. Nesse sentido, destaca-se o papel preventivo da alimentação saudável, contemplada no Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA), que estabelece que o ser humano tem o direito de não passar fome e de ter acesso a uma alimentação saudável (BRASIL, 2005a).

No Brasil, esse direito é citado em várias legislações, como no artigo 5º. da Constituição Federal de 1988, na PNAN, PNPS e PNSAN. O país é signatário de todas as convenções internacionais relevantes em relação à garantia do direito fundamental a alimentação saudável, como a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), o Pacto Internacional de Direitos Humanos Econômicos, Sociais e Culturais (1966), a Convenção Internacional dos Direitos da Criança (1989) e a Estratégia Global (EG) para Promoção da Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde, da OMS (2003) (BRASIL, 2005a; BRASIL, 2006; BRASIL, 2010; BRASIL, 2010a; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008).

Desse modo, a EG elaborada pela OMS possui interfaces com a PNAN, seguindo suas propostas, a partir de ações voltadas para a promoção da alimentação saudável, como: rotulagem nutricional, valorização de alimentos regionais, respeito à cultura alimentar, prevenção e controle das doenças relacionadas à alimentação e nutrição, regulamentação da publicidade e *marketing* de alimentos, incentivo ao consumo de frutas, legumes e verduras (FLV) e ações de promoção à alimentação saudável para escolares (WHO, 2003a; BRASIL, 2005). Além disso, a PNAN e a EG buscam fomentar a responsabilidade compartilhada entre sociedade, setor produtivo e setor público, a partir de mudanças

socioambientais, em nível coletivo, que favoreçam escolhas saudáveis no nível individual (BARRETO et al., 2005).

A alimentação saudável também faz parte dos principais eixos da PNPS, publicada em 2006, e que se orienta pelas diretrizes da PNAN. As ações de promoção da alimentação saudável dessas políticas são consideradas essenciais na produção de saúde e estão focadas na atenção básica, visando o alcance da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) e a concretização do DHAA (BRASIL, 2010).

O eixo estratégico da alimentação saudável é de responsabilidade da CGAN, que com a extinção do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN) em 1998, assumiu as competências, direitos e obrigações dessa autarquia (BRASIL, 2010). Assim, as ações desenvolvidas para a promoção da alimentação saudável possuem como base as recomendações dos organismos internacionais, além das pesquisas científicas sobre essa temática.

Silva (2002) discute que os organismos internacionais de saúde relacionam ao conceito de alimentação saudável fatores como: a variedade de alimentos como fontes de nutrientes, o equilíbrio na escolha alimentar de acordo com as necessidades individuais, a moderação alimentar com o controle na ingestão de alimentos energéticos e os comportamentos envolvidos no estilo de vida saudável. Esses aspectos são corroborados pela OMS que recomenda a redução do consumo de gorduras saturadas; aumento no consumo de frutas, legumes e verduras (FLV) e o incentivo na comercialização e produção de alimentos mais saudáveis pela indústria alimentícia, que devem ser assumidos por setores governamentais responsáveis pela formulação e execução de políticas públicas no âmbito da saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

A alimentação saudável como um dos eixos de promoção da saúde foi enfocada na Primeira Conferência Mundial sobre Promoção da Saúde ocorrida em Ottawa, no Canadá, em 1986. Nesse evento, a promoção da saúde foi conceituada como um processo de capacitação e controle da comunidade na busca pela melhoria da qualidade de vida, a partir do entendimento de que a saúde não pode ser vista apenas por capacidade física ou biológica, mas pelo englobamento de aspectos sociais, culturais, de crenças e valores compartilhados coletivamente (BRASIL, 2006).

Nesse aspecto, Buss (2000) aborda a necessidade de ações conjuntas do Estado, comunidade, indivíduos, sistema de saúde e parcerias intersetoriais, além dos profissionais de saúde na viabilização de políticas públicas saudáveis, a partir da ideia de responsabilização múltipla. Já, Ferreira e Magalhães (2007) discorrem sobre como o conceito atual de promoção da saúde favorece a superação dos desafios relativos ao modelo biomédico dominante, que é reducionista, fragmentado e que não responde às demandas atuais da saúde.

Diante dos desafios apresentados para a promoção da alimentação saudável, os atores envolvidos nesse processo devem considerar que a alimentação saudável não pode ser vista como uma receita prescritiva, porque vários atributos individuais e coletivos estão inseridos no processo de escolha alimentar. Ou seja, o ato de comer preenche necessidades que incorporam aspectos biológicos, mas também funções simbólicas e sociais; como: hábitos, costumes, prazer e relações de poder (REZENDE, 2004).

A escolha alimentar não é somente uma questão individual, o sujeito pauta suas decisões por fatores ambientais, culturais, psicológicos e sociais e pela qualidade da informação. Assim, o papel do sistema de produção e de abastecimento de alimentos: indústria, agricultores, produtores, distribuidores, fornecedores, importadores e exportadores; é muito forte nesse processo, sendo importante o interesse e a mobilização do sistema na promoção da saúde (BARRETO et al., 2005; BRASIL, 2006; JAMORI et al., 2008).

Desse modo, a promoção da alimentação saudável deve abordar o alimento com todos os componentes inseridos no ato da alimentação, ou seja, o significado social, cultural, comportamental e afetivo como: a família, as lembranças, o prazer e a comensalidade); as características organolépticas, tais como: gosto, cor, forma, aroma e textura e os nutrientes (BRASIL, 2006).

### **3.2 Os seis atributos da alimentação humana do Guia Alimentar da População Brasileira (GAPB)**

A elaboração de instrumentos como guias alimentares vem sendo desenvolvidos nos últimos anos como maneira de realizar orientação alimentar em

nível individual e coletivo para públicos diversos, como: gestores, profissionais de saúde, família e indústria. Pesquisadores brasileiros participaram de reunião na Venezuela em 1987, com o objetivo de discutir sobre a necessidade de delinear princípios para elaboração de guias alimentares de acordo com as características dos países latino-americanos, culminando em 1990 com a publicação no Brasil de recomendações nutricionais adaptadas à população brasileira, por meio da Sociedade Brasileira de Alimentação e Nutrição (SBAN). Em 1988, em Ribeirão Preto (SP), a Fundação SIBAN (Simpósio Brasileiro de Alimentação e Nutrição) lançou a Campanha Nacional da Boa Alimentação com a publicação de um folheto com normas da boa alimentação (PESSA, 1998).

Destaca-se a elaboração da pirâmide alimentar, pelo Departamento de Agricultura dos Estados Unidos em 1992, em substituição ao guia em formato de roda com três grupos de alimentos e aos quatro grupos básicos. A pirâmide alimentar é um instrumento de orientação alimentar para indivíduos maiores de 2 anos, baseado em grupos de alimentos que consideram os conceitos básicos de moderação, variedade e proporcionalidade. Diversos países adaptaram esse instrumento, utilizando número de grupos e formas de representação diferenciada (PESSA, 1998).

A necessidade de guias alimentares e a iniciativa de adaptação da pirâmide alimentar americana para a realidade brasileira fomentaram a discussão técnica e científica no Workshop do Instituto Danone realizado em 1998 em Santa Catarina. O encontro trouxe contribuições para a discussão sobre a necessidade de elaboração de um guia alimentar próprio para o país que pudesse adaptar os conhecimentos científicos sobre recomendações nutricionais em um instrumento de fácil compreensão para a população, adaptado à cultura alimentar, com representatividade por meio de sua expressão gráfica, adequado ao perfil epidemiológico, com referencial na família, que considerasse as recomendações nutricionais a partir dos grupos etários e de risco e com *design* que propiciasse uma melhor comunicação (PHILIPPI, S; FISBERG, 1998).

Ainda cabe destacar a elaboração do guia alimentar para crianças menores de dois anos, iniciativa do MS e da OPAS, que contou com a colaboração de vários profissionais das diversas regiões do país. Esse guia foi elaborado a partir de conhecimentos científicos para esse grupo etário, atualizados pela OPAS em 1997, considerando que um guia é um instrumento educativo que traz os

conhecimentos científicos sobre alimentação em mensagens práticas, que facilitam a diferentes pessoas a escolha de alimentos saudáveis (BRASIL, 2002).

Sichieri et al. (2000) discutem que a elaboração de guias alimentares para o Brasil reflete o papel governamental em oferecer retorno ao crescente interesse da população em geral, dos profissionais e gestores em saúde, quanto ao papel da dieta na promoção da saúde e na prevenção de doenças crônicas. Os autores indicam que as recomendações nutricionais nos guias incluam informações sobre o consumo de gorduras, principalmente das gorduras saturadas e trans, ácido fólico, vitaminas C e E, sódio, cálcio e fibras; além do resgate dos hábitos alimentares saudáveis próprios da comida brasileira, como o arroz e o feijão e o incentivo à atividade física.

Nesse contexto, a CGAN vem nos últimos anos elaborando materiais normativos, técnicos e educativos com o objetivo de difundir informação sobre a alimentação saudável e suas dimensões, a partir da orientação de profissionais de saúde e da população, com a elaboração de diversos materiais citados no Quadro 1.

Ano	Material
2003	- Dez Passos para uma alimentação Saudável – Guia alimentar para Crianças Menores de dois anos;
2005	- Série Temática sobre os “Os 10 Passos para uma Alimentação Saudável” e Álbuns Seriados “O que é vida saudável”;
2005	- Guia Alimentar para a População Brasileira;
2006	- Caderno de Atenção Básica–Obesidade;
2007	- Manual para Agentes Comunitários de Saúde;
2007	- Glossário Temático Alimentação e Nutrição;
2007	- Guia Alimentar-versão de bolso;
2007	- Regulamentação da Comercialização de Alimentos em Escolas no Brasil: Experiências estaduais e municipais;
2008	- Manual Operacional para Profissionais da Saúde e da Educação: Promoção da Alimentação Saudável;
2008	- Caderno de Atenção Básica–Saúde da Criança: Nutrição Infantil;

QUADRO 1 – Materiais normativos, técnicos e educativos elaborados pela CGAN, por ano de elaboração.

O GAPB faz parte da responsabilidade do governo brasileiro em melhorar os perfis nutricionais e epidemiológicos atuais e, cumpre um papel essencial na prevenção das doenças causadas por deficiências nutricionais, no reforço da resistência orgânica a doenças infecciosas e na redução da incidência de DCNT, por meio da alimentação saudável (BRASIL, 2006).

No Guia são identificados seis atributos da alimentação humana saudável: (a) acesso físico e financeiro, (b) sabor, (c) cor, (d) variedade alimentar, (e) harmonia e (f) segurança sanitária (BRASIL, 2006). Esses atributos expressam a complexidade da adaptação biológico- social-simbólico e cultural da alimentação humana ao longo de sua evolução no Planeta Terra.

A partir de todo um referencial teórico que se baseia o GAPB, a alimentação saudável caracteriza-se por alimentos com alto teor de amido; preferencialmente integrais: grãos, pães, massas, tubérculos e raízes; rica em frutas, legumes, verduras e leguminosas, como os feijões, e outros alimentos que fornecem proteínas de origem vegetal; com pequenas quantidades de carnes, laticínios e outros produtos de origem animal e com baixos teores de gorduras, açúcares e sal (BRASIL, 2006).

O Guia brasileiro considera em suas recomendações a prevenção de doenças utilizando os padrões alimentares tradicionais, pelo respeito à cultura alimentar. A orientação alimentar proposta segue as recomendações dos relatórios internacionais e de estudos científicos na área, apresentando princípios e atributos da alimentação saudável, resumidos nos Quadros 1 e 2.

<b>Princípios</b>	<b>Características</b>
- Referencial científico e da cultura alimentar	- Alimentação rica em alimentos com alto teor de amido, preferindo os integrais; e de leguminosas; variada em frutas, legumes e verduras; com pequenas quantidades de carnes, laticínios e produtos de origem animal; que possua fibras alimentares; vitaminas; minerais e com baixos teores de gordura, açúcares e sal;
- Referencial positivo	- Aborda as vantagens da refeição saudável, com incentivo ao consumo de determinados alimentos;
- Explicação de quantidades	- Utiliza na orientação alimentar o número de porções diárias para consumo;
- Variações de quantidades	- Respeito à individualidade do ser humano, a partir do sexo, idade, atividade física, estado fisiológico e nutricional da pessoa. Como no Guia as orientações são para toda a população utiliza-se uma ingestão média diária de 2000 quilocalorias (kcal);
- Alimento como referência	- O indivíduo não se alimenta de nutrientes, mas de alimentos com cheiro, cor, textura e sabor;
- Sustentabilidade ambiental	- Incentivo ao consumo de alimentos nas formas mais naturais, valorização da produção familiar, da cultura alimentar e uso de tecnologias sustentáveis;
- Originalidade	- O Guia é baseado na população brasileira e na cultura alimentar;
- Abordagem multifocal	- Cada recomendação é expressa para o governo, indústria, profissionais de saúde e família.

**QUADRO 2 - Princípios da alimentação saudável segundo o Guia Alimentar para a População Brasileira (GAPB).**

Atributos	Características
- Acessibilidade física e financeira	- Alimentação saudável não é cara. Por isso, o guia indica o apoio aos alimentos produzidos regionalmente e o fomento à agricultura familiar;
- Sabor	- Propõe desmistificar o tabu de que alimentação saudável não tem sabor, a partir do estímulo ao consumo de alimentos naturais, saborosos e culturalmente reconhecidos;
- Variedade	- Incentiva o consumo de vários tipos de alimentos para fornecer diferentes nutrientes, além de evitar a monotonia alimentar;
- Cor	- Indica o consumo de vários grupos de alimentos com múltiplas colorações, como maneira de fornecer vitaminas e minerais e tornar a refeição mais atrativa;
- Harmonia	- Refere-se à garantia do equilíbrio em quantidade e qualidade dos alimentos, considerando as fases da vida e as características individuais;
- Segurança sanitária	- Indica o consumo de alimentos seguros, livre de contaminação biológica, física ou química.

**QUADRO 3 - Atributos da alimentação saudável, de acordo com o Guia Alimentar para a População Brasileira (GAPB)**

O Seminário Nacional de Alimentação e Nutrição no SUS (2010) trouxe como tema os 10 anos da PNAN e em seu relatório final enfatiza que o GAPB é um veículo de disseminação da cultura da alimentação saudável, por abordar os hábitos alimentares regionais e os sistemas de produção e biodiversidade; inserir a temática da alimentação saudável no processo de trabalho em saúde, em todos os níveis de atenção e especialmente na atenção básica e estimular a intersetorialidade para facilitar o acesso à alimentação de qualidade. Propõe a necessidade de disponibilizar o GAPB na forma impressa para a população e destaca o papel desse material na sensibilização dos profissionais, promovendo a capacitação para a sua adequada utilização, por meio da colaboração dos estados e municípios.

O Guia coloca o profissional de saúde como um dos agentes fundamentais na promoção da alimentação saudável para grupos populacionais e na prevenção de doenças, com atuação desde o âmbito nacional, regional, estadual, institucional, municipal e da comunidade (BRASIL, 2006). Dessa maneira, o conhecimento dos atributos básicos para uma alimentação saudável por parte dos atores envolvidos no processo de promoção da alimentação saudável viabiliza o incentivo de práticas alimentares saudáveis por parte da população.



### 3.2.1 Acesso físico e financeiro a alimentos

Para o ser humano escolher seus alimentos eles precisam existir. Portanto, a acessibilidade física e financeira pode ser considerada como o principal atributo da alimentação humana. Esse atributo relaciona-se diretamente com o direito humano a alimentação saudável e com o conceito de SAN utilizado pelo Brasil, que considera como:

a realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde, que respeitem a diversidade cultural e que sejam social, econômica e ambientalmente sustentáveis (BRASIL, 2006a).

A LOSAN cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN) com o objetivo de assegurar o direito humano a alimentação adequada. Trata-se de um sistema público, de gestão intersetorial e participativa, que possibilita a articulação entre os três níveis de governo para a implementação das políticas de segurança alimentar e nutricional, como a PNSAN (BRASIL, 2006a).

A PNSAN, criada em 2006, aborda as seguintes diretrizes: promoção do acesso universal à alimentação adequada e saudável; promoção do abastecimento e estruturação de sistemas sustentáveis e descentralizados; instituição de processos permanentes de educação alimentar e nutricional; promoção, universalização e coordenação das ações de segurança alimentar e nutricional voltadas para quilombolas, povos indígenas e assentados da reforma agrária; fortalecimento das ações de alimentação e nutrição em todos os níveis da atenção à saúde; promoção do acesso universal à água de qualidade e em quantidade suficiente; apoio a iniciativas de promoção da soberania alimentar, segurança alimentar e nutricional e do direito humano à alimentação adequada em âmbito internacional e monitoramento da realização do direito humano à alimentação adequada (BRASIL, 2010b; SEMINARIO NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NO SUS – PNAN 10 ANOS, 2010;).

Essa política busca avanços nas condições de acesso aos alimentos, a partir de programas e ações intersetoriais, que contribuam para mudanças na

situação alimentar e nutricional da população brasileira, como os programas de transferência de renda, programa de aquisição de alimentos (PAA), programa um milhão de cisternas, restaurantes populares, cozinhas comunitárias, bancos de alimentos e crédito a agricultura familiar para o fomento à produção de frutas, legumes e verduras (SEMINARIO NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NO SUS – PNAN 10 ANOS).

O MDS é o responsável pelos programas e ações de ampliação ao acesso aos alimentos e atua seguindo as diretrizes estabelecidas pela PNSAN, que são definidas pela Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Cabe a Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN) a coordenação intersetorial e o monitoramento da PNSAN. O CAISAN é órgão integrante do SISAN, também composto pelo Conselho Nacional de Segurança Alimentar (CONSEA) e pelas Conferências de Segurança Alimentar e Nutricional (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME, 2011).

Monteiro (2004) discute a SAN a partir de fatores ligados a oferta e a demanda de alimentos em uma sociedade. Ou seja, o lado da oferta, pressupõe a garantia de que haja disponibilidade suficiente e sustentável de alimentos que respeitem a cultura alimentar, que sejam fisicamente e economicamente acessíveis a população e que propiciem opções saudáveis de alimentação. E, no lado da demanda, pressupõe a garantia de que todos os indivíduos possam saber identificar e ter a capacidade de adotar opções saudáveis de alimentar-se, sendo necessário níveis mínimos de renda e acesso a informações como a composição nutricional dos alimentos e as recomendações nutricionais.

No Brasil, a disponibilidade de alimentos para a população pode ser avaliada pelos parâmetros do sistema FAOSTAT (FAO Statistical Database, da Food and Agriculture Organization - FAO/ Organização das Nações Unidas - ONU), que considera dados sobre produção, exportação e importação de alimentos e, descontam estimativas de desperdício e a quantidade de alimentos destinados à alimentação animal, utilizados como sementes para plantio. Os dados referentes ao país demonstram o aumento da disponibilidade de calorias per capita nas últimas décadas, sendo 2.330 kcal por pessoa/dia em 1965, 2.960 kcal por pessoa/dia em 1997 e 3.010kcal por pessoa/dia, ultrapassando os requerimentos médios diários de energia estimados para a população brasileira, que segundo a FAO é de 2.300 kcal/pessoa/dia (BARRETO et al., 2005; BRASIL, 2006).

Para Silva (2002) a alta disponibilidade de alimentos no século XX sofreu influência do aperfeiçoamento tecnológico de produção e conservação de alimentos, contudo há o desequilíbrio na distribuição alimentar como problema no abastecimento mundial. No caso brasileiro observa-se que não há problemas com a disponibilidade quantitativa de alimentos, porém o que ocorre é a desigualdade ao acesso à alimentação adequada, tanto da quantidade e da qualidade de alimentos consumidos, caracterizando no país a presença das duas faces da insegurança alimentar, com a desnutrição e outras doenças associadas à fome (dimensão quantitativa), por um lado e o sobrepeso/obesidade e as DCNT associadas (dimensão qualitativa), do outro lado (BARRETO et al., 2005; BRASIL, 2006).

Ao avaliar a POF 2002/2003 e a POF 2008/2009, observa-se que ocorreu o aumento do percentual de gastos das famílias com carnes, vísceras e pescados; frutas e bebidas e infusões, enquanto diminuiu os gastos com leite e derivados; panificados, cereais, leguminosas e oleaginosas; açúcares e derivados, aves e ovos. Ainda, em 2008/09, 64,5% das famílias declararam ter alimentos em quantidade suficiente para chegar ao fim do mês, contra 53% em 2002/03. A POF também investigou se as famílias consumiam (sempre, nem sempre ou raramente) seu alimento preferido, sendo que em 2002/2003, 73,2% declararam alguma insatisfação, contra 65% em 2008/09 (IBGE, 2010).

Nesse aspecto, Rezende (2004) discorre sobre as contradições da contemporaneidade, como a alta disponibilidade de alimentos x fome, a obesidade x desnutrição, além dos novos padrões alimentares, como os *fast-food*, os alimentos transgênicos e as obsessões por dietas. A fome e a insegurança alimentar são questões sociais e humanas que apresentam múltiplas dimensões, já que grande parte da população brasileira que não é classificada como desnutrida, vivencia situação de insegurança alimentar como a indisponibilidade e privação de alimentação adequada às suas necessidades, tendo que ser considerado nesse processo a necessidade de adequação nutricional, aliada aos aspectos simbólicos, como a cultura, a socialização e a dignidade humana, que integram o ato da alimentação (BRASIL, 2005a).

Para Oliveira e Thébaud-Mony (1997) os modelos atuais de consumo são marcados pela desigualdade, que vão desde a insuficiência até o desperdício de alimentos, propiciando os desequilíbrios nutricionais e, indicam a necessidade de estudo das relações entre os membros que compõem a cadeia alimentar, como

produtores agrícolas, indústria, comerciantes, consumidores e o Estado. As iniciativas intersetoriais de resgate aos hábitos alimentares regionais, por meio do consumo de alimentos locais, que são menos processados e de elevado valor nutritivo; como frutas, legumes e verduras; durante as fases da vida pode contribuir na melhoria do acesso da população brasileira a esses grupos de alimentos (BARRETO et al., 2005; BRASIL, 2006).

Cabe enfatizar que o estímulo ao consumo de alimentos saudáveis regionais, além de contribuir para a saúde tem papel importante na geração de emprego e renda em comunidades com tradição agrícola ou de agricultura familiar, principalmente na economia das pequenas cidades, tornando-se fator essencial na garantia da segurança alimentar para o país. Além disso, o estímulo ao consumo de alimentos produzidos a nível local pode possibilitar um movimento oposto à globalização das dietas, a partir da preservação da identidade alimentar-cultural do Brasil (BARRETO et al., 2005; BRASIL, 2006; MONTEIRO, 2004).

O sistema produtivo brasileiro é caracterizado pela predominância de padrão de produção agrícola mecanizado com a utilização de produtos químicos, que ocasionam impactos sociais e ambientais. Dessa forma, os riscos desse sistema ocorrem tanto do ponto de vista da qualidade dos alimentos (característica nutricional e sanitária), como da questão social, porque há prejuízos competitivos ao pequeno e médio agricultor, além da interferência na cultura alimentar local, quando alimentos de ampla comercialização são produzidos em larga escala, se comparado aos produtos típicos tradicionais (BRASIL, 2005a).

O GAPB discute que a insegurança alimentar e nutricional é responsabilidade governamental, que possui papel importante de implementação de políticas públicas que possam regulamentar os sistemas alimentares, que sofrem influências das condições naturais do clima e solo, da história, da cultura e das políticas e práticas econômicas e comerciais, destacando também, a participação da sociedade neste processo (BRASIL, 2006). O monitoramento da segurança alimentar de uma sociedade é complexo, já que vários elementos devem ser considerados, como a disponibilidade per capita, o tipo, a composição nutricional, a qualidade sanitária, a rotulagem nutricional, a comercialização e o preço dos alimentos ofertados para consumo, fatores esses ligados a oferta. No caso da demanda, o monitoramento deve considerar a renda, a capacidade de autoconsumo,

as preferências alimentares, os conhecimentos sobre alimentação, nutrição e saúde e os padrões de consumo alimentar da população (MONTEIRO, 2004).

Nesse aspecto, o monitoramento contínuo e integrado da situação alimentar: produção, disponibilidade, acesso e consumo; e nutricional, dimensão biológica, da população brasileira é realizado pelo Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), sendo importante a articulação intersetorial, no sentido de pactuar indicadores e promover integração dos sistemas de informação, que possibilite o acompanhamento das ações de implementação (BRASIL, 2005a). Contudo, o SISVAN não tem sido uma ferramenta utilizada de modo pleno o Brasil, oferecendo informações predominantemente em sua vertente biológica.

A rotulagem nutricional representa o meio de acesso à informação para a população e pode auxiliar o cidadão-consumidor a realizar a seleção e a aquisição de alimentos saudáveis. A rotulagem foi introduzida no Brasil em 2002 e, a partir de 2004, consolidou-se como uma legislação unificada para os países do MERCOSUL, sendo obrigatória para todos os produtos industrializados e embalados (BARRETO et al., 2005). O ser humano ao ter a condição de comer grande variedade de alimentos necessita de acesso à informação em saúde, de caráter coletivo, a partir da adoção de medidas de disciplinamento da publicidade e das práticas de *marketing* de produtos alimentícios industrializados, principalmente para a faixa etária infantil e adolescente, que requer o trabalho conjunto com as entidades representativas da área de propaganda, empresas de comunicação, entidades da sociedade civil e do setor produtivo.

Além disso, faz-se necessário regulamentar o alimento disponibilizado em ambientes como escolas, trabalho, instituições públicas e populações institucionalizadas, como também, o estímulo a espaços propícios à amamentação pelas nutrizes trabalhadoras, com o objetivo ao incentivo a alimentação saudável (BARRETO et al., 2005; BRASIL, 2005a; BRASIL, 2010). O acesso a conhecimentos é particularmente importante em sociedades onde os padrões tradicionais de alimentação não são inteiramente saudáveis e/ou onde padrões tradicionais saudáveis de alimentação estejam sendo substituídos por padrões menos saudáveis, seja por mudanças na estrutura de preços dos alimentos e/ou no nível de renda da população, como também por força de estratégias de propaganda de alimentos não saudáveis. Por isso, o próprio controle da propaganda de alimentos

não saudáveis pode ser um requisito necessário para se garantir a segurança alimentar da população (MONTEIRO, 2004).

### 3.2.2 A variedade pela condição onívora

A condição onívora do ser humano foi fundamental para a sua sobrevivência no Planeta Terra e essa característica revela o atributo da variedade do consumo de alimentos, ou seja, refere-se à capacidade humana de alimentar-se de uma variedade enorme de alimentos (BRASIL, 2006). Segundo Fischler (1993 apud SILVA, 2002), neste milênio, vivemos um paradoxo no processo de escolha alimentar, devido à grande disponibilidade de alimentos e a dificuldade enfrentada pelo ser humano em gerenciar a abundância dos alimentos.

Poulain e Proença (2003) abordam a oferta múltipla de substâncias naturais (minerais, vegetais e animais) como potenciais alimentos e denominam como “espaço do comestível” a escolha que o grupo humano faz no interior do conjunto de produtos colocados à sua disposição pelo meio natural. Por sua vez, Silva (2002) discute que o consumo de todo e qualquer alimento disponível na natureza sofre influências das preferências individuais e dos hábitos sócio-culturais, a partir das necessidades energéticas e nutricionais.

Dessa forma, o atributo da variedade determina a prática do consumo de grupos de alimentos na composição diária da dieta, fornecendo água, carboidratos, proteínas, lipídios, vitaminas, fibras e minerais. Uma alimentação variada pressupõe diversidade alimentar, porque nenhum alimento específico ou grupo deles isoladamente é suficiente para fornecer todos os nutrientes necessários a uma alimentação humana (PESSA, 1998).

Barreto et al. (2005), ao analisarem as recomendações da OMS, abordam a importância do aumento no consumo de frutas, legumes e verduras (FLV) como estratégia no controle do peso, a partir da redução da densidade energética e do aumento da saciedade, além de outros benefícios na prevenção das DCNT. Porém, dados da POF 2002/ 2003 demonstram que a disponibilidade domiciliar de FLV foi estimada em 2,3% do total de calorias, que é considerada abaixo do nível ideal e se

apresenta desse modo em todas as regiões e todos estratos econômicos da população (IBGE, 2004; MONTEIRO et al., 2007).

O GAPB usa o termo “trilogia” para se referir a frutas, legumes e verduras e segue as recomendações da OMS, que é do consumo diário de 400g desse grupo de alimentos. De acordo com os inquéritos alimentares realizados no país, o Guia discute a necessidade de aumentar em pelo menos três vezes o consumo médio atual da população brasileira para atingir a quantidade diária recomendada de FLV (BRASIL, 2006). Monteiro et al. (2007), em estudo na cidade de São Paulo, avaliando renda, preço e participação de frutas e hortaliças na dieta obteve resultados que indicam que o aumento da renda das famílias ou a redução do preço relativo de FLV representam possíveis formas de aumentar a participação desses alimentos na dieta.

O incentivo ao consumo de FLV e de cereais integrais e frutas secas também está associado à importância da fibra dietética, que está presente nesses alimentos. A fibra dietética corresponde aos resíduos das paredes e dos tecidos celulares de vegetais e são classificados em solúveis e insolúveis, de acordo com a sua solubilidade em água. O consumo diário de 25g de fibra para adultos é indicada na prevenção da obesidade, diabetes mellitus, hipercolesterolemia, constipação intestinal e câncer colo retal, devido às funções fisiológicas na saciedade, no metabolismo da glicose, insulina e gorduras e na regulação da função intestinal, respectivamente (BARRETO et al., 2005; BRASIL, 2006; POURCHET-CAMPOS, 1998).

### 3.2.3 A mediação biológica do sabor

O ato da alimentação representa uma resposta ao desejo e a necessidade de alimentos, tendo o apetite como o sentido sensorial mais completo do ser humano, por ser acionado pelo cheiro ou odor da comida, pelo sabor da refeição, por cores de alimentos e preparações culinárias, pelo tilintar de utensílios de cozinha na preparação e no consumo de alimentos e pelo seu caráter simbólico de representar em nossas vidas momentos marcantes da nossa cultura e dos sentimentos da comunicação plural da humanidade (SILVA, 2002). Portanto, os

cinco órgãos dos sentidos representados pela visão, olfato, paladar, tato e audição influenciam a qualidade sensorial de um alimento, além das condições fisiológicas, psicológicas e sociológicas do indivíduo ou do grupo que o aprecia (GINANI; PINELLI, 2009).

A qualidade sensorial do alimento corresponde as suas características organolépticas como o aspecto, a cor, o aroma, o sabor e a consistência, que possuem estreita relação com os órgãos dos sentidos. Essa interação entre as características organolépticas dos alimentos e os sentidos humanos proporciona ao indivíduo diferentes graus de aceitabilidade ou de rejeição a alimentos. Quando ocorrem impressões favoráveis, o alimento desperta sensações de atração ou desejo e, quando a ingestão desses alimentos e/ ou preparações se torna constante na dieta do indivíduo há a formação do hábito alimentar (EVANGELISTA, 1992).

Silva (2002) discorre sobre a preferência nata do ser humano ao sabor doce e a rejeição ao sabor azedo e amargo. Essa rejeição demonstra um mecanismo de adaptação à chamada “segurança apreendida”, que reflete a aceitação à introdução de um novo alimento, que não ocasiona desconforto ao ser ingerido. Com isso, o ser humano inicia a sua vida consumindo uma alimentação láctea e passa por uma transição alimentar no primeiro ano de vida, em que tem contato com alimentos e consistências novas, sendo fundamental no processo de aceitação alimentar a familiarização aos alimentos novos, representando a preferência inata ao alimento.

Assim, o sabor é manifestação significativa para ingestão de um alimento. Do ponto de vista organoléptico o sabor e o gosto são considerados semelhantes, sendo que a sensação gustativa conecta-se ao sentido do olfato. O sabor é percebido por meio de receptores situados na língua e em outros pontos de sensibilidade gustativa situado na gengiva, palato duro, amígdalas e na epiglote. A gustação está condicionada aos excitantes padrões como o doce, o salgado, o ácido e o amargo (EVANGELISTA, 1992).

O GAPB discute o atributo do sabor a partir da necessidade de desmistificar que a alimentação saudável não é saborosa e, propõe o incentivo ao consumo de alimentos naturais, típicos das regiões brasileiras e de fácil produção por pequenos agricultores familiares, além da participação dos alimentos naturais em locais de atendimento a grupos, como creches e instituições para crianças, adolescentes, idosos e população carcerária (BRASIL, 2006).



### 3.2.4 A cor como representação de integração com a oferta da natureza

A natureza oferece uma grande diversidade de alimentos coloridos para o ser humano. A cor se origina pela presença de pigmentos como a clorofila (verde), antocianina (vermelha), flavonas ou xantonas (branco) e caroteno, xantofila e licopeno (amarela). Esses pigmentos podem sofrer modificações ou conservação de cor por contato com ácidos, alcalinos, metais, solubilidade e pelo calor (EVANGELISTA, 1992).

A coloração do alimento é importante fator para a promoção da alimentação saudável, porque quanto mais colorida é a alimentação, mais rica é em termos de vitaminas e minerais, além de tornar a refeição atrativa (BRASIL, 2006).

Para Ginani e Pinelli (2009) a combinação de cores na montagem de uma preparação estimula a aceitação alimentar, além de ter o papel na identificação da qualidade do alimento, como a verificação do grau de maturação de hortaliças e frutas.

A variedade de pigmentos presentes em frutas e vegetais motiva a ingestão desses grupos de alimentos e revela que no processo de escolha alimentar humana tem que haver uma harmonização, que atenda a aspectos sensoriais determinados pelas necessidades metabólicas durante várias fases do ciclo de vida humana.

### 3.2.5 A harmonia alimentar como representação dos ciclos de vida humana

A harmonia alimentar expressa o equilíbrio quantitativo e qualitativo da alimentação, sendo necessário considerar as fases da vida, estado nutricional e fisiológico, idade, sexo e grau de atividade física (BRASIL, 2006).

Martins (1998, p. 354) conceitua as necessidades nutricionais “como as quantidades de energia e nutrientes que um determinado indivíduo sadio precisa ingerir para satisfazer as demandas do organismo”. Esse autor considera que essas estimativas devem contemplar as necessidades de todos os indivíduos do grupo.

Nesse sentido, Padovani et al. (2006) referem que as *Dietary Reference Intakes* (DRIs) constituem-se na mais recente revisão dos valores de recomendação de nutrientes e energia, que foram adotados inicialmente pelos Estados Unidos e Canadá, e vem sendo publicadas desde 1997, na forma de relatórios parciais elaborados por comitês de especialistas, organizados por uma parceria entre o *Institute of Medicine* norte-americano e a agência *Health Canada*. As DRI substituem as sucessivas versões das *Recommended Dietary Allowances* (RDA), cuja décima revisão foi editada em 1989.

Além do objetivo de realizar a atualização de cotas dietéticas, as DRIs trazem um novo sistema de aplicação de quatro categorias de valores de referência para avaliação e planejamento de consumo, rotulagem e fortificação de alimentos, como a *Estimated Average Requirement* (EAR), que corresponde à mediana da distribuição das necessidades de um nutriente que atenda às necessidades de 50% de uma população; as *Recommended Dietary Allowances* (RDA), que é derivada da EAR e deve atender às necessidades de um nutriente para 97% a 98% dos indivíduos saudáveis; a *Adequate Intake* (AI), que representa o valor de consumo recomendável baseado em estimativas de ingestão de nutrientes para grupo de pessoas saudáveis e é usado quando os valores de EAR ou da RDA não podem ser determinados e a *Tolerable Upper Intake Level* (UL), que é definido como o mais alto valor de ingestão diária prolongada de um nutriente que não ofereça risco de efeito adverso à saúde. Todas as categorias de valores de referência consideram que as estimativas refletem a população sadia, que esteja no mesmo estágio de vida e de mesmo sexo (PADOVANI et al., 2006).

Ao avaliar os requerimentos nutricionais sugeridos pelas DRIs observa-se que são estimados os estágios da vida e suas divisões por idade em meses (m) ou anos (a), sendo os bebês (0-6m e 7-12m); crianças (1-3a, 4-8a e 9-13a); adolescentes (14-18a), adultos (acima de 18a); gestantes (menores de 18a e 19-50a) e lactantes (menores de 18a e 19-50a). No caso das gestantes há estimativas para o primeiro, segundo e terceiro trimestre e para lactantes há diferenças para o primeiro e segundo semestre (PADOVANI et al., 2006). Portanto, esses requerimentos nutricionais consideram indivíduos saudáveis, sendo importante que a alimentação supra os gastos vitais e as atividades diárias, mantendo o bom estado nutricional. No caso de portadores de patologias há outras estimativas nutricionais, que consideram fatores como a injúria da doença.

A promoção da alimentação saudável, nos dois primeiros anos de vida, inicia com o estímulo ao aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade e pela introdução adequada e oportuna da alimentação complementar, que estão contemplados no Guia Alimentar para crianças menores de 2 anos e complementados pela Estratégia Nacional de Promoção da Alimentação Complementar Saudável–ENPACS, em parceria com a Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar (IBFAN) e com a Organização Pan- Americana da Saúde (OPAS) (BRASIL, 2002).

Nesse contexto, ressalta-se a Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008, que criou o Programa Empresa Cidadã, destinado à prorrogação da licença-maternidade mediante concessão de incentivo fiscal, e alterou a Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991, aumentando o tempo da licença de 120 para 180 dias. Além disso, o Guia Alimentar para crianças menores de 2 anos traz as diretrizes para alimentação saudável para esse grupo etário, fase que se inicia a formação do hábito alimentar (SEMINARIO NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NO SUS – PNAN 10 ANOS, 2010).

No que diz respeito à promoção da alimentação saudável no ambiente escolar, o MS em parceria com o Ministério da Educação (MEC) publicou a Portaria Interministerial nº 1.010 em 2006, que estabeleceu as diretrizes para a promoção da alimentação saudável nas escolas públicas e privadas do país, com a regulamentação da comercialização de alimentos em escolas no Brasil, além das ações voltadas a promoção da alimentação no Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) (SEMINARIO NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NO SUS – PNAN 10 ANOS, 2010). Portanto, a alimentação saudável na infância e na adolescência é indispensável para o crescimento e desenvolvimento adequados e os requerimentos nutricionais consideram esses fatores nas suas estimativas.

O GAPB traz as diretrizes alimentares para a população adulta brasileira, a partir do perfil epidemiológico e nutricional atual e das orientações da OMS, que recomenda em termos percentuais no valor energético total (VET) como parâmetros para uma alimentação saudável: carboidratos totais (55-75%), carboidratos complexos (45-65%), açúcares simples (<10%), proteínas (10-15%), gorduras totais (15-30%), gorduras saturadas (<10%), ácidos graxos poliinsaturados (6-10%) e colesterol diário de 300mg. Além disso, a OMS recomenda manter o peso saudável; limitar o consumo energético proveniente das gorduras, dos açúcares livres e do sal;

substituir as gorduras saturadas por gorduras insaturadas e eliminar as gorduras trans; aumentar o consumo de FLV, de cereais integrais e frutas secas e incentivar a atividade física (BARRETO et al., 2005; BRASIL, 2006).

Os requerimentos nutricionais na gravidez são estimados para garantir o crescimento e o desenvolvimento do feto e para proteger o organismo materno e prepará-lo para a lactação. No puerpério a alimentação deve assegurar o processo da lactação. Tanto a gestante e a lactante adolescente necessita de um requerimento nutricional maior, por considerar que também está em fase de crescimento.

A orientação nutricional para o idoso contribui na prevenção de doenças e na promoção da saúde e, esse grupo ainda apresenta o agravante de apresentar comprometimento devido às alterações fisiológicas, morfológicas, bioquímicas e psicológicas, que acarretam alterações na absorção, no metabolismo e nas necessidades nutricionais. Ressalta-se que a população brasileira está envelhecendo e as ações governamentais na área de saúde e nutrição devem considerar esse processo que se instala no país. Com isso, o MS publicou em 2009 um guia sobre alimentação saudável para o idoso para subsidiar os profissionais de saúde para a promoção da alimentação saudável para esse grupo, contribuindo para a segurança alimentar e nutricional e para a qualidade de vida desse grupo etário (BRASIL, 2009a).

### 3.2.6 A segurança sanitária dos alimentos com reflexo do desenvolvimento econômico social

A escolha alimentar humana deve estar pautada por aspectos de segurança sanitária, tendo em vista que na evolução humana a escolha dos alimentos foi relacionada com a experiência de consumo de venenos tóxicos de origem vegetal ou animal e, modernamente pela indústria alimentar pela comercialização de alimentos e preparações coletivas, tanto para fins comerciais como para instituições públicas.

Os aspectos de segurança sanitária são priorizados na sociedade mundial em função do grande contingente de pessoas em cidades e pelos riscos de

contaminações físico-químicas e microbiológicas, que demonstra a importância da utilização do conceito de alimentos seguros. Esse conceito contribui para a compreensão de que existem contaminantes de natureza biológica, física, química ou outros perigos que comprometam a saúde a nível individual ou coletivo (BRASIL, 2006).

A ambiguidade do conceito de segurança alimentar, em que até os anos 90 estava associado ao risco da fome que afetava certas regiões do mundo, relacionava-se com a disponibilidade de recursos alimentares suficientes para garantir a sobrevivência e reprodução humana (*food security*). Contudo, recentemente as sociedades industrializadas deram um novo sentido à expressão segurança alimentar, considerando como risco ou a ausência de segurança a inclusão de uma série de perigos, ligados a inocuidade sanitária (*food safety*) (FISCHLER, 1995 apud ARNAIZ, 2005).

Esses riscos relacionam-se com as intoxicações químicas ou microbiológicas; com as consequências e o uso de novas tecnologias aplicadas à produção e à transformação alimentar; ou também com as patologias provocadas pela p/-íon (proteína responsável pela Encefalopatia Espongiforme Bovina– EEB). Dessa forma, os recursos de produção industrial como o engordamento artificial de animais, o uso de pesticidas, antibióticos, hormônios, aditivos químicos e de técnicas de transformações complexas coloca em foco a discussão sobre a qualidade e a segurança do que é oferecido, gerando produtos novos denominados de objetos comestíveis não identificados (FISCHLER, 1995 apud ARNAIZ, 2005).

No Brasil, a CGAN e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) colocam em discussão a necessidade de monitoramento e o estabelecimento de limites de ingestão aceitável de agrotóxicos, já que o país utiliza 700 mil toneladas dessa substância na agricultura, ampliando ainda o debate sobre o monitoramento da qualidade da água potável e dos alimentos processados com relação à presença de agrotóxicos e de outras contaminações alimentares em defesa da saúde da população brasileira (SEMINARIO NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NO SUS– PNAN 10 ANOS, 2010).

A contaminação dos alimentos por substâncias químicas tóxicas, como agrotóxicos, toxinas de algas, metais pesados e drogas veterinárias representa problema de saúde pública, porque essas substâncias podem causar danos à saúde após uma única exposição ou em função de uma exposição continuada (BRASIL,

2006). Nesse contexto, surge o interesse pelo alimento natural, devido às desconfianças quanto à comida industrial (suas origens e os ingredientes utilizados), com o temor dos processos agroalimentares, como aditivos e os alimentos transgênicos.

Lifschitz (1997 apud ARNAIZ, 2005) identificou e analisou quatro tipos de representações sociais em que na percepção das tribos alimentares o alimento natural é igual a “artesanal” e “natureza”; para os profissionais de saúde está associado ao saber sobre a “boa alimentação” e a “adequação entre as propriedades dos alimentos e os requerimentos fisiológicos”; no caso da indústria o natural é referido como “produtos sem aditivos” e na publicidade é “signo de marca comercial”.

Portanto, as questões ligadas ao apoio do consumo de alimento natural como prática de promoção da alimentação saudável pode ser destacada pelas seguintes ações: apoio a agricultura familiar por meio da implantação de uma política de desenvolvimento rural e urbano; incorporação da concepção agroecológica sustentável; estabelecimento de convênios com instituições do setor da agricultura para realizar cursos sobre alimentação saudável; apoio ao desenvolvimento de hortas comunitárias e a criação de política federal de incentivo para a manutenção das pequenas propriedades rurais, reajustando preços da produção agrícola e oferecendo insumos com preços mais acessíveis, incentivando a permanência do homem no campo e o consumo de produtos naturais produzidos pelas agroindústrias familiares dos municípios nas instituições públicas locais, como escolas e creches (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2009).

A função da ANVISA na garantia de acesso da população brasileira a serviços e produtos de fontes seguras e de qualidade monitorada ocorre a partir do cumprimento de normas vigentes, por meio de análises laboratoriais; atendendo as atividades programadas, denúncias e surtos e promovendo ações de educação sanitária com participação da comunidade e do controle social (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2009). Dentre os perigos causados pela manipulação incorreta no preparo dos alimentos estão as Doenças Transmitidas por Alimentos e Água (DTA), que podem ser transmitidas pela ingestão de alimento que contenha microorganismos prejudiciais (infecção alimentar), ingestão das toxinas produzidas pelos microorganismos (intoxicação) e ingestão de microorganismos que liberam toxinas (toxi-infecção). Os sintomas mais comuns das DTA são vômitos e diarreias,

como também, dores abdominais, dor de cabeça, febre, alteração da visão, olhos inchados, podendo causar a morte a depender da severidade do microorganismo causador e do estado de saúde da vítima (SILVA JÚNIOR, 1995).

A vigilância sanitária cumpre o papel importante de fiscalizar as indústrias de alimentos, os serviços de alimentação e as unidades de comercialização de alimentos. Além disso, a orientação da população, quanto à higiene e manipulação dos alimentos deve ser uma das ações adotadas nas políticas públicas de promoção da alimentação saudável (BRASIL, 2006).

### **3.3 Aspectos sociais, antropológicos, culturais e de comensalidade da alimentação humana**

A alimentação é um objeto de pesquisa amplo e que desperta o interesse de várias áreas do conhecimento. Canesqui (1998) enfoca a importância das contribuições antropológicas para explicar as práticas, concepções e saberes sobre a produção e consumo alimentar entre os setores sociais. Já para Maciel (2004), a alimentação é muito mais que um ato biológico, compreende também um ato social e cultural, que envolve representações, imaginários, escolhas, classificações e símbolos, criando um “sistema simbólico” presente nas relações dos homens entre si e com a natureza.

Os antropólogos destacam a sociabilidade no ato de comer, por envolver seleção, escolhas, ocasiões e rituais, e esse ato imbrica-se com ideias e significados, com as interpretações de experiências e situações (CANESQUI; GARCIA, 2005). Para Poulain e Proença (2003) o ato da alimentação implica em valorização simbólica, em que os alimentos não são apenas comidos, mas são também pensados. Garcia (1997) conceitua o comportamento alimentar como algo amplo, que envolve todo o ato alimentar e relaciona os aspectos socioculturais e os psicológicos com as escolhas alimentares e o desejo pela comida.

Assim, a comida se torna uma linguagem que fala do corpo, da família, do trabalho, das relações sociais e da visão de mundo de uma pessoa. Os aspectos culturais, sociais e históricos “saciam” a fome e a sede. E, nesse contexto, “o quê se

come, com quem se come, quando, como e onde se come, as prescrições e proscricções alimentares são definidas pela cultura” (MENASHE, 2008).

A diferença entre os termos “alimentação” e “nutrição” x “comida” são abordados por Gonçalves (2004) ao discutir categorias culinárias da cultura popular brasileira, baseada em estudos etnográficos de Luís da Câmara Cascudo e por Garcia (1997). Esses autores observam que alimentação e nutrição são termos mais associados a aspectos fisiológicos e técnicos, como modo de saciar a fome, tendo um enfoque da norma e da dieta regulada. A comida, termo usado na linguagem informal, retém a ideia de ser isenta de valores nutricionais, tem haver com apetite e paladar culturalmente formado, contendo aspectos da experiência pessoal e social. Mintz (2001) discute que a comida e o comer estão em uma posição central, por ser vital para o ser humano, mas também por representar a cultura que o indivíduo está inserido.

Silva (2002) entende que a comida é a junção da dimensão biológica e simbólica da alimentação e representa a chave do diálogo entre o real e o ideal alimentar, apontando que a dimensão simbólico-cultural deve estar presente nas políticas públicas de promoção à saúde. O comer compreende aspectos além de ingestão de nutrientes, pois está associado às relações sociais, às recordações e às sensações proporcionadas pelos sentidos. Dessa maneira, o que comemos é comida, que é tudo que se ingere com prazer, conforme normas de comunhão e de comensalidade (DA MATTA, 1986 apud FERRACCIOLI; SILVEIRA, 2010).

A partir da grande disponibilidade da produção, distribuição e consumo de alimentos na sociedade moderna, cabe à cultura definir o que é ou não comida, prescrever as permissões e interdições alimentares, o que é adequado ou não, moldar o gosto, os modos de consumir e a própria comensalidade (FISCHLER, 1990 apud CANESQUI; GARCIA, 2005).

Maciel (2001) enfoca a importância da partilha ou da comensalidade na alimentação humana, e está relacionado *com quem* comemos, que transforma o ato alimentar em um acontecimento social. Portanto, a comensalidade é o “comer juntos”, em que a comida compartilhada torna-se uma experiência sensorial compartilhada. Assim, a comida envolve emoção, trabalha com a memória e com sentimentos, evocando infância, aconchego, segurança, ausência de sofisticação ou de exotismo, ou seja, a comida traz lembranças pessoais.



O gosto e o paladar são cultivados no emaranhado da história do indivíduo, da economia, da política e da própria cultura. As recordações palatáveis representam a infância, a comida compartilhada com os familiares e as investidas sobre novos sabores (CANESQUI; GARCIA, 2005; FERRACCIOLI; SILVEIRA, 2010). Gomes (2007) enfatiza que para promover alimentação saudável é necessário considerar o alimento “como comida, como lembrança, como sabor e como prazer”, ou seja, como expressão cultural.

### **3.4 A formação do profissional de saúde e suas implicações no processo de educação alimentar**

O profissional de saúde desempenha um papel fundamental na promoção da alimentação saudável. Porém, existem aspectos ligados à sua formação acadêmica, que limitam a sua atuação e trazem dificuldades no processo de educação nutricional na prática cotidiana de trabalho.

Amorim et al. (2001), em estudo sobre a percepção da prática pedagógica da formação acadêmica de médicos pediatras e nutricionistas, indica que a formação é voltada para o desempenho técnico específico da profissão, da especialização e da divisão do conhecimento, necessitando que as instituições de ensino reformulem o currículo para formar um profissional competente tecnicamente, mas que também tenha uma visão humanizada e ampliada da realidade para poder atuar de maneira transformadora. Os autores sugerem um projeto pedagógico, que leve “à superação do paradigma cartesiano”.

Boog (1999) recomenda a discussão entre o MEC, Universidades e Sociedades Científicas sobre a inclusão do ensino da nutrição nos cursos de medicina e de enfermagem com o objetivo de formar o profissional para a aplicação prática de conhecimentos. Analisa ainda, a importância dos profissionais utilizarem o referencial teórico das ciências humanas, na perspectiva de contextualizar os problemas alimentares.

Silva (2002) em pesquisa com profissionais de saúde que atuam na atenção básica do DF verificou que aproximadamente 81% dos profissionais sentem falta de conhecimentos na área de alimentação e nutrição, principalmente pelas

deficiências na formação acadêmica; 86% relataram a necessidade da introdução de disciplina de nutrição na graduação e, 46% apontaram para a necessidade de capacitação, a partir de cursos ou da presença de profissionais da área de nutrição nos centros de saúde.

Boog (1999) no estudo de serviços de saúde da cidade de Campinas com médicos e enfermeiros, utilizando uma abordagem qualitativa, detectou que esses profissionais enfrentam dificuldades no processo de orientação alimentar, tais como: falta de embasamento teórico e de critérios para identificar e analisar problemas nutricionais, dificuldades para diferenciar problemas alimentares de problemas financeiros, necessidade de trabalhar com dietas padronizadas, desconhecimento do papel do nutricionista e conflitos entre conhecimento teórico e a vivência.

Segundo, Canesqui e Garcia (2005) a deficiência nos currículos de nutrição ocorre devido a não inserção de disciplinas das ciências sociais e humanas, a partir da fragmentação e da agregação aleatória de disciplinas ao currículo, com matérias que não se articulam com a formação de um profissional que possua uma visão interdisciplinar da alimentação humana. As políticas públicas na área de saúde como a PNPS e a PNAN enfatizam que no processo de prevenção de doenças e na promoção da saúde é importante incorporar às orientações clínicas, a educação em saúde e o aconselhamento, como também, o fomento à formação e educação continuada de profissionais de saúde, principalmente aqueles que trabalham na atenção básica (BRASIL, 2010).

Nesse contexto, o MS e o MEC devem de forma articulada formular uma política de redirecionamento dos cursos de graduação e pós-graduação, considerando as mudanças necessárias na estrutura formal da educação na saúde a partir da utilização do SUS como campo de práticas, que favoreça a melhoria da qualidade da formação, visando ao atendimento das necessidades de saúde e da população (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2009).

Assim, é necessário pautar junto às instituições formadoras em saúde e nutrição um redirecionamento dessa formação, no sentido de apoiar tecnicamente a inserção de conteúdos de nutrição em saúde coletiva e a valorização da prática do nutricionista na atenção básica, com o objetivo de influenciar positivamente o perfil desses profissionais (SEMINÁRIO NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NO SUS– PNAN 10 ANOS, 2010).

Ceccim e Feuerwerker (2004) propõem a discussão do quadrilátero da formação para a área da saúde-ensino, gestão setorial, práticas de atenção e controle social. Assim, a discussão se daria a partir da organização de uma educação voltada por processos interativos e de ação na realidade para operar mudanças, negociar e pactuar processos, convocar protagonismos (pedagogia *in acto*) e detectar a paisagem interativa e móvel de indivíduos, coletivos e instituições, como cenário de conhecimentos e invenções.

Com isso, o quadrilátero compreende aspectos éticos, estéticos, tecnológicos e organizacionais, a partir da mudança da arquitetura do organograma para a dinâmica da roda, apresentando a entrada das instituições formadoras, do movimento estudantil e do movimento popular nas discussões em que todos os que *entram na roda* têm poderes iguais sobre o território de que falam. Ainda, destaca-se a importância da sensibilização dos profissionais de saúde no processo de orientação nutricional, a partir do respeito à diversidade cultural, antropológica e religiosa dos usuários da atenção básica, reconhecendo suas tradições, saberes e crenças (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

A educação alimentar e nutricional possui elementos conceituais e estratégicos, em função de seu arcabouço ideológico e conceitual, que inclui a compreensão de aspectos geográficos, econômicos e culturais. Essas características revelam a importância do desenvolvimento de técnicas e métodos do processo educativo com uma visão ideológica abrangente e de grande capacidade para agregar a participação popular (BRASIL, 2005). Algumas questões são importantes a serem analisadas à luz das dificuldades encontradas por profissionais de saúde em realizar a orientação alimentar. Esses aspectos, provenientes da própria complexidade do tema, das deficiências da formação profissional e acadêmica, constituem-se como barreiras à promoção da alimentação saudável.

As contradições relativas à utilização do conhecimento científico para conceituar alimentação de forma ampla, com base em fatores biológicos, sociais e simbólicos- culturais ocasiona o “dilema” de abordagem dessa problemática no setor saúde (BOOG, 1999; SILVA, 2002). A educação nutricional ressurgiu demandando políticas públicas e sociais para uma segurança alimentar e nutricional da população baseada em práticas pedagógicas que consideram que é possível mudar o comportamento alimentar (BOOG, 1999a). Mas, a modificação de comportamentos e práticas alimentares é um processo muito complexo que pressupõe o

desenvolvimento de estratégias com foco educativo que deve associar informação com os valores, costumes e símbolos sociais do sujeito (GAZZINELLI et al., 2005).

Estudos demonstram que a orientação alimentar realizada por profissionais de saúde, com base em recomendações científicas, valorização dos aspectos nutricionais prioritariamente são ineficazes, porque a abordagem dos profissionais de saúde nos serviços de saúde privilegia mais o discurso biomédico (SILVA, 2002). A promoção da alimentação saudável deve considerar os aspectos sociais e culturais envolvidos no processo alimentar, porque os alimentos trazem significações culturais, comportamentais e afetivas, que são importantes para a abordagem da educação nutricional (BRASIL, 2005).

Santos (2005) analisa a educação nutricional no Brasil sobre o aspecto histórico, considerando que as práticas da alimentação saudável foram introduzidas entre 1940 e 1960 para melhorar o estado nutricional da população com o objetivo de acompanhar a ideologia desenvolvimentista. A partir de 1980, surgiu a educação nutricional crítica, embasada nos princípios da pedagogia de orientação marxista, que visava o direito à cidadania e a luta contra a exploração geradora da fome e da desnutrição. Nos anos 90, o foco foi à discussão do acesso ao alimento de qualidade em quantidade suficiente como um direito humano, e ao contexto da alimentação com caráter de prevenção de doenças. Atualmente, esse enfoque permanece e, no caso brasileiro, a PNAN também considera o enfoque cultural associado ao aspecto biológico.

Freitas, Fontes e Oliveira (2008), em um estudo de caso com abordagem qualitativa da fala de pacientes obesos, percebem que a dieta prescrita pelo profissional nutricionista está inserida em um discurso normativo, que não considera o paciente na sua integralidade, ou seja, nos âmbitos biológico, psicológico e cultural. A atenção nutricional se mostrou mais eficiente quando o discurso é mais humanizado, com boa relação de comunicação entre o profissional e o paciente, como também, com a formação de laços de afetividade. Já Boog (1999) propõe que no processo de educação nutricional faz-se necessário que os profissionais de saúde possuam conhecimentos adequados para abordar os problemas alimentares e orientarem as mudanças de hábitos alimentares.

Garcia (1997) em pesquisa com funcionários administrativos na cidade de São Paulo, utilizando o modelo de representações sociais, discute que no processo de orientação alimentar é importante considerar a complexidade do comportamento

alimentar do sujeito, sendo necessário propor alternativas que considerem os aspectos simbólicos da alimentação como forma de buscar alternativas de mudanças no padrão alimentar.

Freitas, Fontes e Oliveira (2008) analisam a importância da ciência na formação das ideias e na orientação de práticas cotidianas, porém ressalta a necessidade de se considerar os aspectos religiosos, culturais e de outras naturezas. Esses aspectos contribuem para a orientação alimentar e a comunicação e, ultrapassa o estado de saúde ou de doença, porque se refere ao cotidiano do indivíduo e ao prazer relacionado ao ato de comer. Para as autoras, tanto as ciências da nutrição como as ciências da saúde valorizam parâmetros científicos para delinear o que seria o bem-estar nutricional e, o discurso normativo ignora outros tipos de saberes e, por isso, levantam questionamentos sobre a eficácia desse discurso.

Silva (2002) em pesquisa qualitativa com profissionais de saúde da rede básica de saúde do DF demonstra que esses profissionais consideram os nutrientes como símbolos de alimentação saudável, contudo relatam dificuldades na abordagem da orientação alimentar aos usuários, porque não unem a necessidade biológica do corpo humano aos valores sócio-culturais que envolvem hábitos e desejos. Considera que a alimentação saudável toma um “duplo sentido”, em que “o profissional desloca a questão alimentar do usuário para si e, passa a questionar sobre si mesmo, conceituando a alimentação saudável a partir de sua experiência alimentar”. Além disso, o profissional utiliza o saber científico para conceituar a alimentação ideal, porém situa a realidade do usuário como um espaço externo ao seu trabalho, não sabendo lidar com a questão de educar o paciente de baixo poder aquisitivo.

Essa relação entre alimentação ideal x alimentação real também foi encontrada por Freitas, Fontes e Oliveira (2008) em um estudo com funcionários de uma Unidade de Alimentação e Nutrição (UAN), observando um processo de reestruturação pelo senso comum em que o jargão “frutas, verduras, carne branca, pouca gordura, pouco sal” tem origem no discurso da norma científica, sendo verificado que os funcionários demonstram ter aprendido o jargão que é o discurso idealizado, porém não o praticam no cotidiano. Silva (2002) enfatiza o papel do profissional de saúde como fonte de opinião confiável e segura para o usuário, contudo, enfatiza a necessidade que este profissional consiga desenvolver

habilidades para promover alimentação saudável em um contexto que considere esse processo como “biocultural”.

Santos (2005) considera a importância do desenvolvimento de habilidades e competências dos profissionais de saúde para que assumam função mais de comunicadores do que educadores, ou seja, que os profissionais sejam vistos como veiculadores de informações, mais do que como sujeitos das ações educativas na promoção das práticas alimentares saudáveis. Ramalho e Saunders (2000) sugerem que no processo de educação na área alimentar o profissional de saúde deve considerar não somente os aspectos econômicos, mas também os aspectos culturais, que podem contribuir na transformação de hábitos alimentares inadequados.

Nessa perspectiva, o desenvolvimento de pesquisas sobre o conceito de alimentação saudável deve incluir o advento do uso de metodologias qualitativas e quantitativas para contribuir para o aperfeiçoamento de estratégias de informação, comunicação e educação na atenção básica de saúde.

## 4 METODOLOGIA

Esta dissertação de mestrado utiliza dados secundários da pesquisa *Promoção da Alimentação Saudável no SUS-DF: Conhecimento, Atitudes e Práticas de Profissionais de Saúde para a Promoção da Alimentação Saudável no Distrito Federal*, que foi realizada em 2008-2009 a partir de um convênio entre a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e a Fundação de Amparo a Pesquisa do Distrito Federal (FAP-DF).

Essa pesquisa contou, também, com a participação da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) e da Universidade de Brasília (UnB). O objetivo foi investigar possíveis avanços sobre o tema da promoção da alimentação saudável na rede de atenção básica do Distrito Federal e se baseou em outro estudo realizado em 2000-2001 pela FIOCRUZ e a UnB sobre a promoção da alimentação saudável entre profissionais de saúde que atuavam na rede de atenção básica de saúde do Distrito Federal.

A seguir será descrito o processo metodológico da pesquisa *Promoção da Alimentação Saudável no SUS-DF: Conhecimento, Atitudes e Práticas de Profissionais de Saúde para a Promoção da Alimentação Saudável no Distrito Federal*.

### **4.1 Desenho Metodológico da Pesquisa Conhecimentos, Atitudes e Práticas de Profissionais de Saúde na Promoção da Alimentação Saudável no Distrito Federal (2008- 2009)**

#### 4.1.1 Tipo de Estudo

A pesquisa é do tipo descritiva, com corte transversal e de abordagem quantitativa.

#### 4.1.2 Local e Caracterização dos Participantes

A Pesquisa ocorreu em 112 unidades de saúde da atenção básica do Distrito Federal, distribuídas por centros e postos de saúde de áreas urbana e rural. Utilizou-se também 14 unidades hospitalares, com o objetivo de incluir nutricionistas, devido ao papel estratégico desse profissional na promoção da alimentação saudável.

A população do estudo foi formada por profissionais de saúde, incluindo médicos (pediatras, clínico-gerais e gineco-obstretas), enfermeiros e odontólogos que atuavam nas unidades básicas de saúde, além de nutricionistas da atenção básica e dos hospitais públicos do Distrito Federal.

#### 4.1.3 Delineamento Amostral

A estimativa de profissionais de saúde foi considerada a partir dos registros do setor de Recursos Humanos da SES-DF para o mês de novembro de 2008, com levantamento de 1057 profissionais.

Para determinar o tamanho da amostra adotou-se a equação para população finita e amostragem sem reposição. A amostra foi do tipo aleatória-simples, considerando um nível de significância de 95% e uma estimativa com uma margem de erro de 3%.

Ao considerar o universo da pesquisa (1057 sujeitos) e utilizando-se os critérios amostrais, foi estimada uma amostra de 650 profissionais, que foram escolhidos aleatoriamente da base de dados, sendo usado o software SPSS 13.0.

O resultado final da amostra para análise foi de 624 questionários válidos, porque 26 questionários não foram considerados, devido a recusas para responder o instrumento, férias, licenças e questionários mal preenchidos.



#### 4.1.4 O Instrumento de Pesquisa (Elaboração, Validação e Aplicação)

O modelo de investigação da pesquisa foi o CAP (conhecimentos, atitudes e práticas), a partir da elaboração de questionário de auto-resposta com 03 questões de conhecimento, 16 de atitudes e 07 de práticas, além de 13 questões sobre aspectos sócio-demográficos.

A elaboração do questionário de auto-resposta utilizou como referência o instrumento desenvolvido por Silva (2002) em sua pesquisa sobre promoção da alimentação saudável no ano 2000 em centros de saúde do DF. Assim, esse questionário ficou composto por perguntas com respostas fechadas de múltipla escolha, contendo itens de Likert, com cinco escalas de respostas (discordo plenamente, discordo, nem discordo/ nem concordo, concordo, concordo plenamente ou um gradiente de 1 a 5 associado a nada importante até muito importante) a serem assinalados para cada um dos enunciados da pergunta.

O instrumento passou por teste piloto em que foram analisadas a forma gráfica, a compreensão do conteúdo temático e a dinâmica de abordagem nos serviços de saúde. Nesta etapa, houve a participação voluntária de profissionais de saúde da CGAN, de profissionais de saúde de 02 centros de saúde, de alunos do curso de mestrado em nutrição humana da UnB e de profissionais do setor de comunicação social da FIOCRUZ- Brasília.

A versão final do questionário (Anexo A) ficou composta por 39 questões, sendo 30 perguntas de respostas fechadas e 09 de perguntas abertas. As temáticas abordadas no questionário referem-se à formação profissional, capacitação profissional sobre o tema de promoção da alimentação saudável, opinião sobre os princípios e os conceitos relacionados à alimentação saudável, fontes de informação usadas para tratar essa temática, atitudes relacionadas à adoção das recomendações das entidades nacionais e internacionais sobre o tema, atitudes de promoção da alimentação saudável na vida pessoal e profissional, barreiras enfrentadas para a promoção da alimentação saudável, opinião sobre dimensões corporais de homens, mulheres, meninos e meninas, satisfação pessoal com o próprio corpo, além dos dados de identificação e de aspectos sociais.

Os aplicadores dos questionários passaram por processo de seleção, treinamento e capacitação, sendo formado por alunos do curso de nutrição. Além disso, o grupo de aplicadores recebeu orientação da coordenação da pesquisa para

eventuais dúvidas surgidas nas atividades de campo. Os entrevistadores ofereciam um questionário de auto-resposta ao profissional de saúde, com um termo de consentimento livre e esclarecido, que deveria ser preenchido no dia da entrega do questionário, data agendada pelo profissional.

Os questionários preenchidos passaram por revisão com o objetivo de identificar possíveis erros de preenchimento.

#### 4.1.5 Processamento dos Dados

O banco de dados foi criado com a utilização do programa SPSS for Windows versão 15.0. No processamento dos dados houve a transformação das perguntas em variáveis, as quais foram alimentadas com as informações dos questionários. A digitação dos dados foi realizada por auxiliares da pesquisa treinados especificamente para esta função, sendo que todos os questionários foram digitados em dupla, com uma pessoa ditando os dados e a outra digitando. Com o objetivo de minimizar e controlar possíveis erros de digitação realizou-se a repetição da digitação, criando dois bancos de dados, um para cada dupla de digitadores. O acompanhamento dos erros de digitação ocorreu pela extração de tabelas de frequência simples a partir da identificação de dados *outliers*, conferência junto ao questionário e correções.

## 4.2 Análise dos Dados

O presente estudo utiliza dados secundários da pesquisa Conhecimentos, Atitudes e Práticas de Profissionais de Saúde na Promoção da Alimentação Saudável no Distrito Federal, tendo como o foco deste estudo a análise dos fatores do conhecimento relacionados ao conceito da alimentação saudável, que faz parte de 1(uma) pergunta do instrumento da pesquisa, situada na página 6 do questionário.

Dentro do modelo de investigação CAP, a pergunta objeto desse estudo faz parte de uma das questões do questionário que se refere ao conhecimento. A pesquisa considera aspectos generalistas estabelecidos no senso do significado semântico da palavra conhecimento. Com isso, há incorporação das diversas dimensões desse termo.

A definição conceitual de conhecimento possui dimensões multidisciplinares como na filosofia, epistemologia, psicologia e na educação, entre outras. Ou seja, em todas essas áreas do conhecimento há postulados sobre o conhecimento humano.

Em estudos do tipo CAP, Launiala (2009) considera que o conhecimento medido por esses estudos visa avaliar o grau de conhecimento de uma determinada população sobre um determinado tema. Alves e Lopes (2008) descrevem que não há consenso na definição conceitual da categoria conhecimento, podendo ser definido como “recordar fatos específicos dentro do sistema educacional do qual o indivíduo faz parte ou a habilidade para aplicar fatos específicos para a resolução de problemas”.

Desse modo, o conceito de conhecimento desta pesquisa, considera a definição semântica, que segundo o Dicionário Aurélio é o “ato ou efeito de conhecer”; “ideia, noção” (FERREIRA, 2010).

Com isso, a pesquisa aborda a importância que o profissional de saúde considera sobre o conceito de alimentação saudável, a partir de 16 itens de análise. As categorias de resposta são ancoradas em uma escala de 1 a 5 entre nada importante até muito importante.

No processo de análise dos dados houve a transformação dos itens de análise em variáveis. O Quadro 3 enumera e descreve essas variáveis de 1 a 16, conforme a sequência apresentada na pergunta.

<b>Número da Variável</b>	<b>Descrição da Variável</b>
1	Balanceda com todos os nutrientes necessários
2	Benefícios para a qualidade à saúde
3	Adequada às características sócio-econômicos
4	Natural sem alimentos industrializados
5	Pouca caloria
6	Higiênica
7	Baixo teor de gordura
8	Conter variedade de alimentos
9	Natural sem agrotóxicos
10	Legumes, verduras e frutas
11	Oferecer prazer ao paladar
12	Ter fibras e cereais integrais
13	Trazer lembranças de nossa cultura
14	Comer com os outros
15	Mais tempo para se alimentar
16	Lembrança de nossa família

**QUADRO 4 - Numeração e descrição das variáveis analisadas.**

No presente estudo buscou-se distribuir os itens ou variáveis de análise sobre o conceito da alimentação saudável, contemplados no questionário da pesquisa, com os atributos conceituais da alimentação saudável propostos pelo Guia Alimentar da População Brasileira (GAPB), demonstrados no Quadro 4.

Essa distribuição das variáveis da pesquisa com os atributos do GAPB ocorreu, porque o estudo utilizou o Guia como parâmetro na análise dos fatores de conhecimento relacionados ao conceito da alimentação saudável para profissionais da saúde da rede de atenção básica do DF, já que o GAPB é um importante norteador da alimentação saudável para o país.

A maioria das variáveis foram distribuídas de acordo como o Guia conceitua cada atributo da alimentação saudável. Porém, as variáveis “Trazer lembranças de nossa cultura”, “Comer com os outros”, “Mais tempo para se alimentar” e “Lembrança de nossa família” não estão contempladas no Guia como atributo conceitual da alimentação saudável.

<b>Atributos conceituais da alimentação saudável propostos pelo Guia Alimentar para a População Brasileira (GAPB)</b>	<b>Itens de análise relacionados ao conceito da alimentação saudável contemplados no instrumento da Pesquisa</b>
Acessibilidade física e financeira	- Adequada às características sócio-econômicas
Sabor	- Oferecer prazer ao paladar
Variedade	- Conter variedade de alimentos - Ter fibras e cereais integrais
Cor	- Legumes, verduras e frutas
Harmonia	- Balanceada com todos os nutrientes necessários - Benefícios para a qualidade à saúde - Pouca caloria - Baixo teor de gordura
Segurança Sanitária	- Higiênica - Natural sem alimentos industrializados - Natural sem agrotóxicos
	- Trazer lembranças de nossa cultura - Comer com os outros - Mais tempo para se alimentar - Lembrança de nossa família

**QUADRO 5 - Distribuição dos atributos conceituais da alimentação saudável do GAPB e as variáveis relacionadas ao conceito da alimentação saudável do instrumento da pesquisa.**

Na análise dos dados utilizou-se o banco de dados da pesquisa Conhecimentos, Atitudes e Práticas de Profissionais de Saúde na Promoção da Alimentação Saudável no Distrito Federal, a partir do uso da técnica de análise fatorial. Optou-se em analisar apenas os grupos de enfermeiros (n= 243) e médicos (n=237). Este processo de escolha se baseou por questões estatísticas, já que o número de odontólogos e nutricionistas foi insuficiente para análise estatística fatorial.

#### 4.2.1 A Técnica de Análise Fatorial

A análise fatorial é uma técnica multivariada utilizada desde o início do século XX, principalmente nas áreas de psicologia e ciências sociais. Mas, com o passar dos tempos outras áreas do conhecimento também se apropriaram dessa técnica em pesquisas (MINGOTI, 2005). Pett, Lackey e Sullivan (2003) descrevem o uso da análise fatorial como um importante instrumento no desenvolvimento de

pesquisas na área da saúde e relatam um incremento importante (16.000%) entre os anos de 1985 a 2000 na utilização da técnica nas pesquisas em saúde.

Na técnica de análise fatorial um grupo de variáveis medidas e correlacionadas entre si podem ser reagrupadas em um número menor de novas variáveis alternativas, não correlacionadas e que conseguem reter as informações principais das variáveis originais a partir da criação de novas variáveis denominadas de fatores ou variáveis latentes (MINGOTI, 2005).

Esta pesquisa utilizará a análise fatorial do tipo exploratória, já que o objetivo é identificar dentre as 16 variáveis da pergunta objeto do estudo, os possíveis fatores subjacentes às variáveis originais, também chamados de fatores latentes ou constructos (FIELD, 2009).

## 5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este estudo utilizou parte dos resultados da pesquisa *Promoção da Alimentação Saudável no SUS-DF: Conhecimento, Atitudes e Práticas de Profissionais de Saúde para a Promoção da Alimentação Saudável no Distrito Federal*, que foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde do Distrito Federal (protocolo 241/08).

## 6 RESULTADOS

### 6.1 Dados sociais das categorias profissionais de enfermeiros e médicos

A Tabela 1 aborda os dados sociais dos enfermeiros e médicos, a partir da faixa etária, gênero e região de nascimento.

**Tabela 1 - Distribuição de enfermeiros e médicos entrevistados na pesquisa Conhecimento, Atitudes e Práticas de profissionais de saúde para a promoção da alimentação saudável no Distrito Federal, segundo faixa etária, gênero e região de nascimento. Brasília, 2008-2009.**

	Enfermeiros		Médicos	
	N	Porcentagem Válida (%)	N	Porcentagem Válida (%)
<b>Faixa Etária (anos)</b>				
20 – 29	24	9,9	15	6,3
30 – 39	56	23,2	61	25,7
40 – 49	82	33,9	75	31,6
50 – 59	72	29,8	72	30,4
≥ 60	07	2,8	11	4,6
Missing System	02	-	03	1,4
Total	243	100,0	237	100,0
<b>Gênero</b>				
Masculino	23	9,7	89	38,2
Feminino	215	90,3	144	61,8
Missing System	05	-	04	-
Total	243	100,0	237	100,0
<b>Região de Nascimento</b>				
Norte	06	2,5	09	3,9
Nordeste	74	31,0	67	28,7
Centro – Oeste	96	40,2	58	24,8
Sudeste	52	21,8	83	35,5
Sul	11	4,5	16	6,8
Estrangeiros	00	0,0	01	0,4
Missing System	04	-	03	-
Total	243	100,0	237	100,0

Ao analisar os dados sociais é possível observar que é na faixa etária de 40– 49 anos que se concentra a maior porcentagem, seguidas pelas faixas de 50– 59 anos e 30– 39 anos nas duas categorias profissionais. No que se refere ao gênero, nota-se que a maior porcentagem é do gênero feminino nos dois grupos,



contudo na categoria médica há uma diferença percentual menor entre os gêneros, se comparado à categoria de enfermagem.

Ao avaliar as regiões de nascimento, apresentam-se diferenças entre as categorias, sendo que os enfermeiros são em sua maioria nascidos na região centro-oeste, seguido pelas regiões nordeste, sudeste, sul e norte. Já os médicos em sua maioria são provenientes da região sudeste, seguido pelas regiões nordeste, centro-oeste, sul, norte e ainda há presença de 1 (um) estrangeiro.

## **6.2 Frequências e histogramas das variáveis analisadas nas categorias profissionais de enfermeiros e médicos**

Os Anexos B e C demonstram as frequências e os histogramas das variáveis analisadas para os grupos de enfermeiros e médicos, respectivamente. Ao avaliar as frequências das 16 variáveis da pergunta sobre o conceito da alimentação saudável em uma escala de 1 a 5, sendo 1 (nada importante), 2 (pouco importante), 3 (mais ou menos importante), 4 (importante) e 5 (muito importante), observar-se que no grupo de enfermeiros a nota média e a mediana foi 5 (muito importante) em 63% das variáveis e a nota 4 (importante) para as 27% variáveis restantes.

No grupo médico a nota 5 está em 56% das variáveis e as 44% restantes obtiveram média e mediana 4. Nos dois grupos a moda em todas as variáveis foi 5, o que demonstra que a nota com mais frequência em todas as variáveis foi 5 (muito importante). As Tabelas 2 e 3 trazem a porcentagem válida das frequências das variáveis estudadas, considerando a escala de 1 a 5, no grupo de enfermeiros e médicos, respectivamente.

Nas duas categorias profissionais os percentis em 31% das variáveis possuem nota 5 sendo estas: 1 (balanceada com todos os nutrientes necessários), 2 (benefícios para a qualidade a saúde), 6 (higiênica), 8 (conter variedades de alimentos) e 10 (legumes, verduras e frutas).

**Tabela 2- Distribuição da porcentagem válida das frequências das variáveis analisadas na pergunta sobre o conceito da alimentação saudável na pesquisa Conhecimento, Atitudes e Práticas de profissionais de saúde para a promoção da alimentação saudável no Distrito Federal, no grupo de enfermeiros, segundo itens de Likert. Brasília, 2008-2009.**

Variáveis	Porcentagem Válida (%)				
	1	2	3	4	5
1. Balanceada com todos os nutrientes necessários	0,0	0,0	2,1	7,4	90,5
2. Benefícios para a qualidade a saúde	0,4	0,0	2,5	9,1	88,0
3. Adequada às características sócio- econômicas	1,2	1,7	8,8	23,2	65,1
4. Natural sem alimentos industrializados	1,2	2,5	17,9	27,4	51,0
5. Pouca caloria	1,7	4,6	26,9	27,7	39,1
6. Higiênica	0,0	0,4	2,5	11,1	86,0
7. Baixo teor de gordura	0,8	2,9	10,4	22,0	63,9
8. Conter variedades de alimentos	0,0	0,4	5,8	14,8	79,0
9. Natural sem agrotóxicos	0,4	1,2	12,3	19,8	66,3
10. Legumes, verduras e frutas	0,0	0,0	3,7	10,3	86,0
11. Oferecer prazer ao paladar	0,4	1,7	7,5	25,7	64,7
12. Ter fibras e cereais integrais	0,8	1,7	4,6	22,4	70,5
13. Trazer lembrança de nossa cultura	3,3	11,3	21,3	27,5	36,6
14. Comer com os outros	6,2	11,9	24,7	25,1	32,1
15. Mais tempo para se alimentar	2,5	4,1	11,2	25,2	57,0
16. Lembrança de nossa família	5,0	9,9	17,8	28,5	38,8

**Nota: Itens de Likert – 1 (nada importante), 2 (pouco importante), 3 (mais ou menos importante), 4 (importante) e 5 (muito importante).**

**Tabela 3- Distribuição da porcentagem válida das frequências das variáveis analisadas na pergunta sobre o conceito da alimentação saudável na pesquisa Conhecimento, Atitudes e Práticas de profissionais de saúde para a promoção da alimentação saudável no Distrito Federal, no grupo de médicos, segundo itens de Likert. Brasília, 2008-2009.**

Variáveis	Porcentagem Válida (%)				
	1	2	3	4	5
1. Balanceada com todos os nutrientes necessários	0,0	0,8	0,8	9,2	89,0
2. Benefícios para a qualidade a saúde	0,0	0,0	1,3	8,0	90,7
3. Adequada às características sócio- econômicas	1,3	0,8	10,2	19,5	68,2
4. Natural sem alimentos industrializados	4,2	6,7	20,7	24,1	44,3
5. Pouca caloria	5,6	8,5	28,6	26,5	30,8
6. Higiênica	0,0	1,3	1,7	11,8	85,2
7. Baixo teor de gordura	1,3	2,1	17,8	24,6	54,2
8. Conter variedades de alimentos	0,0	0,0	3,4	14,5	82,1
9. Natural sem agrotóxicos	0,4	0,8	10,2	23,8	64,8
10. Legumes, verduras e frutas	0,0	0,4	3,4	9,8	86,4
11. Oferecer prazer ao paladar	0,8	0,8	11,5	23,3	63,6
12. Ter fibras e cereais integrais	0,4	0,8	7,2	23,2	68,4
13. Trazer lembrança de nossa cultura	6,8	6,3	23,6	23,6	39,7
14. Comer com os outros	8,0	9,3	22,4	26,1	34,2
15. Mais tempo para se alimentar	3,4	1,7	12,7	31,4	50,8
16. Lembrança de nossa família	5,9	6,3	24,5	22,8	40,5

**Nota: Itens de Likert – 1 (nada importante), 2 (pouco importante), 3 (mais ou menos importante), 4 (importante) e 5 (muito importante).**

As variáveis 5 (pouca caloria), 13 (trazer lembrança de nossa cultura), 14 (comer com os outros) e 16 (lembranças de nossa família) são as que apresentam

maior variabilidade nas notas no grupo de enfermeiros. No grupo dos médicos, a variável 4 (natural sem alimentos industrializados) e, também, a 5, 13, 14 e 16 possui maior variabilidade.

As tabelas de frequência e os histogramas das duas categorias profissionais mostram claramente uma assimetria à esquerda, sendo menos acentuada nas variáveis de maior variabilidade, citadas acima.

### **6.3 Análise Fatorial**

O processo de análise fatorial para as duas categorias profissionais está descrito no Anexo D.

Esta técnica demonstrou que do total das variáveis analisadas na pergunta sobre o conceito da alimentação saudável, houve o agrupamento das variáveis inter-relacionadas, que nas duas categorias profissionais formaram 5 (cinco) fatores, também chamados de variáveis latentes ou constructos.

Para nomear os fatores formados na análise fatorial buscou-se utilizar como parâmetro os atributos do GAPB. Desse modo, esses fatores representam o fatores conceituais da alimentação saudável para os enfermeiros e médicos participantes da pesquisa.

Ao avaliar os valores das cargas fatoriais verifica-se que foram adequados nos dois grupos, já que apresentaram valores acima de 0,3. Para Comrey e Lee (1992 apud PETT, LACKEY, SULLIVAN, 2003) as cargas fatoriais em torno de 0,7; 0,6; 0,5 e 0,4 são excelentes, muito boas, boas e razoáveis, respectivamente.

#### **6.3.1 Análise Fatorial no grupo dos Enfermeiros**

Na análise fatorial dos enfermeiros, observa-se que o fator 1 é responsável por 17,308% da variância, o fator 2 por 13,390%, fator 3 por 12,067%, fator 4 por 11,483% e o fator 5 por 10,375% e, aproximadamente 65% do total da variância nos itens pode ser explicada com a extração de 5 fatores.

A determinação dos fatores em 1, 2, 3, 4 e 5 explica a “força” que cada fator possui na análise. E, nesse grupo profissional o valor da variância do fator 1 tem uma diferença significativa para o fator 2 e, essa diferença diminui a partir do fator 2. Ao analisar os resultados da análise fatorial (Tabela 4), observa-se que as variáveis se correlacionam positivamente.

O fator 1 (um) é representado pelas variáveis “trazer lembrança de nossa cultura”, “comer com os outros” e “lembrança de nossa família” com cargas fatoriais excelentes e “oferecer prazer ao paladar” com carga fatorial boa. Assim, o fator agregou as variáveis ligadas a aspectos sociais, culturais e de comensalidade e, por isso foi nomeado como fator “Sócio- cultural e de Comensalidade”. Esse fator não tem correspondência a qualquer atributo do Guia, já que o GAPB não traz como atributo da alimentação saudável os aspectos sócio- culturais e de comensalidade, contudo os considera no instrumento.

O fator 2 (dois) contém as variáveis “higiênica”, “balanceada com todos os nutrientes necessários” e “conter variedade de alimentos” com cargas fatoriais muito boas e “legumes, verduras e frutas” com carga fatorial boa. Nesse fator, houve o agrupamento dos atributos de harmonia, variedade, cor e de segurança sanitária do GAPB. Contudo, a variável “higiênica” ficou separada das demais variáveis do atributo de segurança sanitária do Guia. Com isso, o fator foi rotulado de fator “Nutricional e de Higiene”, já que harmonia, variedade e cor representam aspectos nutricionais da alimentação e a higiene refere-se a alimentação segura do ponto de vista da sanidade.

Ao observar o fator 3 (três) verifica-se a presença das variáveis “natural sem alimentos industrializados” com excelente carga fatorial e “natural sem agrotóxicos” e “ter fibras e cereais integrais” com cargas fatoriais muito boas. Dessa maneira, o fator foi nomeado de “Segurança Alimentar”, que tem correspondência ao atributo do GAPB, porém como descrito anteriormente, a variável higiênica, que no Guia está inserido no atributo da Segurança Sanitária, na pesquisa formou juntamente com os aspectos nutricionais o fator 2.

No fator 4 (quatro) encontramos as variáveis “benefícios para qualidade à saúde” e “adequada às características sócio- econômicas com excelentes cargas fatoriais e “mais tempo para se alimentar” com carga fatorial boa. Considerando as variáveis, o fator foi rotulado de “Qualidade de Vida e Acessibilidade Física e

Financeira”. Cabe ressaltar, que a acessibilidade física e financeira é um dos atributos do GAPB.

**Tabela 4- Fatores conceituais da alimentação saudável, a partir da técnica de análise fatorial no grupo de enfermeiros participantes da pesquisa Conhecimento, Atitudes e Práticas de profissionais de saúde para a promoção da alimentação saudável no Distrito Federal. Brasília, 2008-2009.**

	FATORES				
	1	2	3	4	5
<b>Sócio- cultural e de Comensalidade</b>					
Trazer lembranças de nossa cultura	0,844				
Comer com os outros	0,809				
Lembrança de nossa família	0,790				
Oferecer prazer ao paladar	0,566				
<b>Nutricional e de Higiene</b>					
Higiênica		0,699			
Balanceada com todos os nutrientes necessários		0,643			
Conter variedade de alimentos		0,643			
Legumes, verduras e frutas		0,580			
<b>Segurança Alimentar</b>					
Natural sem alimentos industrializados			0,742		
Natural sem agrotóxicos			0,665		
Ter fibras e cereais integrais			0,642		
<b>Qualidade de Vida e Acessibilidade Física e Financeira</b>					
Benefícios para a qualidade à saúde				0,759	
Adequada às características sócio-econômicos				0,728	
Mais tempo para se alimentar				0,562	
<b>Harmonia Alimentar</b>					
Pouca caloria					0,806
Baixo teor de gordura					0,791

O fator 5 (cinco) representa as variáveis “pouca caloria” e “baixo teor de gordura” com cargas fatoriais excelentes. Essas variáveis estão relacionadas a harmonia alimentar e, por isso foram nomeadas desse modo, correspondendo ao atributo do GAPB. A partir dessa análise e considerando as cargas fatoriais de cada variável em cada fator, foi possível rotular os fatores conceituais da alimentação saudável na visão dos enfermeiros da seguinte forma: fator 1 (Sócio-cultural e de Comensalidade), fator 2 (Nutricional e de Higiene), fator 3 (Segurança Alimentar), fator 4 (Qualidade de Vida e Acessibilidade Física e Financeira) e fator 5 (Harmonia Alimentar).

### 6.3.2 Análise Fatorial no grupo dos Médicos

No grupo médico, o fator 1 é responsável por 20,821% da variância, o fator 2 por 12,639%, fator 3 por 10,434%, fator 4 por 9,900% e o fator 5 por 9,896%, além de apresentar uma variância acumulada de aproximadamente 64%. Com isso, igualmente ao grupo de enfermeiros, há uma diferença importante nos valores das variâncias do fator 1 para o fator 2 e nesse grupo apresenta-se ainda mais acentuada. Da mesma maneira, que no grupo de enfermeiros, na categoria médica as diferenças entre os fatores 2, 3, 4 e 5 são pequenas.

Na análise da categoria profissional dos médicos (Tabela 5) o fator 1 (um) contém seis variáveis, representado pelas variáveis “trazer lembrança de nossa cultura”, “lembrança de nossa família”, “comer com os outros” e “oferecer prazer ao paladar” com cargas fatoriais excelentes e “adequadas às características sócio-econômicas” e “mais tempo para se alimentar” com cargas fatoriais boas. Esse fator agrupou as variáveis relacionadas aos aspectos sócio-culturais e de comensalidade, como também a variável da acessibilidade física e financeira da alimentação humana. Portanto, foi nomeado de fator “Sócio- cultural e de Comensalidade e de Acessibilidade Física e Financeira. Como discutido anteriormente, o GAPB não traz como atributo os aspectos sócio-culturais e de comensalidade, mas o acesso físico e financeiro a alimentos compõe um dos atributos do Guia.

No fator 2 (dois) houve o agrupamento das variáveis “higiênica” e “legumes, verduras e frutas” com excelentes cargas fatoriais, “conter variedade de alimentos” com carga fatorial muito boa e “ter fibras e cereais integrais” com carga fatorial razoável. Desse modo, esse fator agregou os atributos da variedade, cor e de segurança sanitária do GAPB. E, como discutido anteriormente também apresentou a variável “higiênica” dissociada das demais variáveis do atributo de segurança sanitária propostos pelo Guia. Assim, o fator foi rotulado de fator “Nutricional e de Higiene”, já que variedade e cor representam aspectos nutricionais da alimentação e a higiene refere-se a alimentação a sanidade da alimentação.

O fator 3 trouxe as variáveis “baixo teor de gordura” e “pouca caloria” com excelentes cargas fatoriais. Com isso, o fator foi rotulado de “Harmonia Alimentar” e corresponde a um dos atributos do GAPB.

**Tabela 5- Fatores conceituais da alimentação saudável, a partir da técnica de análise fatorial no grupo de médicos participantes da pesquisa Conhecimento, Atitudes e Práticas de profissionais de saúde para a promoção da alimentação saudável no Distrito Federal. Brasília, 2008-2009.**

	FATORES				
	1	2	3	4	5
<b>Sócio- cultural e de Comensalidade e de Acessibilidade Física e Financeira</b>					
Trazer lembranças de nossa cultura	0,836				
Lembrança de nossa família	0,820				
Comer com os outros	0,747				
Oferecer prazer ao paladar	0,706				
Adequada às características sócio-econômicos	0,583				
Mais tempo para se alimentar	0,546				
<b>Nutricional e de Higiene</b>					
Higiênica		0,725			
Legumes, verduras e frutas		0,703			
Conter variedade de alimentos		0,672			
Ter fibras e cereais integrais		0,474			
<b>Harmonia Alimentar</b>					
Baixo teor de gordura			0,899		
Pouca caloria			0,835		
<b>Segurança Alimentar</b>					
Natural sem agrotóxicos				0,772	
Natural sem alimentos industrializados				0,711	
<b>Qualidade de Vida e Harmonia Alimentar</b>					
Benefícios para a qualidade à saúde					0,863
Balanceada com todos os nutrientes necessários					0,772

O fator 4 contém as variáveis “natural sem agrotóxicos” e “natural sem alimentos industrializados” com excelentes cargas fatoriais. Assim, esse fator foi nomeado de “Segurança Alimentar”, que corresponde a um dos atributos do GAPB. Além disso, igualmente como ocorreu na categoria de enfermagem, a higiene, que no Guia compreende o atributo da segurança alimentar ficou no fator 2.

O fator 5 agregou as variáveis “benefícios para qualidade à saúde” e “balanceada com todos os nutrientes necessários” com excelentes cargas fatoriais, sendo rotulada como fator “Qualidade de Vida e Harmonia Alimentar”.

A partir da análise e considerando as cargas fatoriais de cada variável em cada fator, foi possível nomear os fatores conceituais da alimentação saudável na visão da categoria médica da seguinte maneira: fator 1 (Sócio-cultural e de Comensalidade e de Acessibilidade Física e Financeira), fator 2 (Nutricional e de

Higiene), fator 3 (Harmonia Alimentar), fator 4 (Segurança Alimentar) e fator 5 (Qualidade de Vida e Harmonia Alimentar).



## 7 DISCUSSÃO

Para analisar o conhecimento de enfermeiros e médicos que atuam na rede de atenção básica do Distrito Federal sobre o conceito da alimentação saudável foi utilizada a técnica estatística de análise fatorial. Essa técnica tem característica exploratória e reagrupa um conjunto de variáveis correlacionadas em um conjunto menor de variáveis latentes ou constructos. Assim, foram analisadas 16 variáveis conceituais, que a partir da análise fatorial foram reagrupadas em 5 (cinco) fatores ou atributos conceituais da alimentação saudável nas duas categorias profissionais.

A promoção da alimentação saudável está inserida em várias políticas públicas relacionadas à alimentação e nutrição adotadas pelo Brasil, como a PNAN, PNPS e PNSAN. As ações dessas políticas no âmbito da alimentação saudável são estratégicas, porque os estudos científicos e os organismos internacionais como a OMS colocam as práticas alimentares saudáveis como o “caminho” para a prevenção de doenças, como as DCNT e as doenças carenciais e, também como um dos componentes para a promoção da saúde.

Nesse contexto, o Guia alimentar da população brasileira (GAPB) propõe diretrizes da promoção da alimentação saudável para o país, assumindo os atributos de acessibilidade física e financeira, sabor, variedade, cor, harmonia e segurança sanitária. Dessa forma, este estudo possui característica exploratória e traz reflexões e questionamentos sobre os atributos conceituais da alimentação saudável na visão das categorias profissionais de enfermeiros e médicos à luz do GAPB.

Portanto, ao analisar os resultados da análise fatorial dos enfermeiros observa-se que esse profissional considera 5 fatores ou atributos conceituais na alimentação saudável, como: fator 1 (Sócio-cultural e de Comensalidade), fator 2 (Nutricional e de Higiene), fator 3 (Segurança Alimentar), fator 4 (Qualidade de Vida e Acessibilidade Física e Financeira) e fator 5 (Harmonia Alimentar).

Na categoria médica também foi verificada a formação de 5 atributos: fator 1 (Sócio-cultural e de Comensalidade e Acessibilidade Física e Financeira), fator 2 (Nutricional e de Higiene), fator 3 (Harmonia Alimentar), fator 4 (Segurança Alimentar) e fator 5 (Qualidade de Vida e Harmonia Alimentar).

A alimentação como um fenômeno biológico e sócio- cultural vem sendo amplamente discutido por diversas áreas do conhecimento humano e neste estudo o agrupamento das variáveis em fatores demonstram que as categorias profissionais analisadas conseguem perceber essa característica da alimentação. Nesse sentido, Oliveira e Thébaud- Mony (1997) indicam que a característica multidisciplinar da alimentação tem despertado o interesse de vários autores de especialidades diversas, sugerindo a importância da análise em conjunto das perspectivas econômica, nutricional, social e cultural da alimentação humana.

Canesqui e Garcia (2005) discutem a alimentação além da dimensão biológica, com enfoque para a dimensão sócio- cultural e de comensalidade, considerando que o ato do comer envolve seleção, escolhas, ocasiões e rituais imbrincados com a sociabilidade, com ideia, significados, interpretações de experiências e situações. Nesse aspecto, Silva (2002) considera que o setor saúde deve assumir a alimentação como o resultado das múltiplas relações entre o biológico e o sociocultural, por meio da rede de serviços, principalmente da rede básica e de programas, que possibilitem o processo de aprendizagem para contribuir na formação da opinião confiável e segura para a população sobre os princípios e recomendações da alimentação saudável.

Boog (2008) aborda os vários aspectos da alimentação humana que devem estar inseridos no processo educativo para a alimentação saudável, considerando como pano de fundo a comensalidade, a convivialidade e a preocupação com a sustentabilidade ambiental, além da saúde e do prazer, exigindo nesse processo as representações sociais e o significado simbólico da alimentação para os sujeitos. Já Recine e Vasconcelos (2011) referem que as políticas públicas brasileiras envolvidas com a alimentação valorizam as múltiplas dimensões da alimentação e nutrição e, que o GAPB assume o conceito de alimentação saudável como resultado da interação entre o biológico e o sociocultural.

Em outro achado desta pesquisa foi observado que tanto para enfermeiros como para médicos os atributos sócio- culturais e de comensalidade da alimentação humana estão no fator 1(um), representando 17,3% e 20,8% de variância explicativa para enfermeiros e médicos, respectivamente. Esses resultados representam a “força” que esse fator possui no conhecimento dos profissionais de saúde sobre alimentação saudável. Cabe destacar, também, que o grupo médico agrega no fator 1 (um) o atributo da acessibilidade física e financeira, sugerindo possíveis reflexões

sobre o porquê da categoria médica valorar os aspectos econômicos no mesmo fator dos atributos sócio- culturais e de comensalidade, ampliando dessa maneira a discussão do conceito da alimentação saudável.

### **7.1 A acessibilidade física e financeira como limite de um conceito mais ampliado da alimentação saudável**

A importância dos aspectos sócio-econômicos para o conceito da alimentação saudável na visão da categoria médica traz reflexões e questionamentos sobre este atributo conceitual. Será que alimentação saudável está associada à renda ou ao poder aquisitivo? Quem possui maior renda tem uma alimentação mais saudável?

Para refletir sobre esses questionamentos pode-se utilizar os resultados das POFs (2002-2003 e 2008-2009). Essas pesquisas analisaram a disponibilidade domiciliar de alimentos e o estado nutricional da população adulta brasileira, considerando as classes de rendimento mensal familiar per capita entre  $\frac{1}{4}$  de salário mínimo a valores acima de 5 salários mínimos.

Os resultados demonstraram em todas as classes de rendimento, em todas as regiões e no meio urbano e rural que houve uma adequação positiva no consumo de proteínas, principalmente as de alto valor biológico, contudo ocorreu tendências negativas no padrão alimentar com o incremento no consumo de açúcar e insuficiência na ingestão de frutas e hortaliças (IBGE, 2004; LEVY- COSTA et al., 2005).

Além disso, os dados das POFs demonstram que os produtos ricos em carboidratos são mais presentes nas famílias com menor rendimento se comparado às famílias com maiores rendas, além de uma tendência comum entre as regiões do aumento no consumo de lipídios em conformidade ao aumento da renda dos domicílios. Ou seja, observou-se que nas regiões economicamente mais desenvolvidas do país e, de modo geral, no meio urbano e entre famílias com maior rendimento, houve o aumento do consumo de gorduras em geral, principalmente da gordura saturada (BATALHA, 2010; IBGE, 2004; IBGE, 2010; LEVY- COSTA et al., 2005; LUCHESE-CHEUNG).

Com relação ao estado nutricional as POFs revelaram que o excesso de peso é um problema em todas as regiões do Brasil, no meio urbano e rural, desde a faixa etária infantil até a fase adulta e em todas as classes de rendimento. Em 2008-2009 a prevalência de excesso de peso nos homens ultrapassou a das mulheres, sendo mais evidente nos homens com maior rendimento. Assim, o excesso de peso e a obesidade atingiram duas a três vezes mais os homens de maior renda, além de se destacarem nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste e nos domicílios urbanos. Nas mulheres, as duas condições se destacaram no Sul do país e nas classes intermediárias de renda (IBGE, 2010).

As POFs trazem subsídios para demonstrar que o consumo alimentar e o perfil nutricional do brasileiro seguem perfis semelhantes em todas as faixas de rendimento. Nesse sentido, as relações que se estabelecem entre a produção e o consumo não são apenas determinadas por fatores de ordem econômica, ou seja, há várias dimensões em torno das necessidades dos consumidores. É preciso utilizar a cautela para evitar generalizações, sobretudo a partir de interpretações econômicas, que poderiam camuflar as características locais de adaptação ou mesmo a rejeição ao modelo de consumo dominante, assim como a permanência de certos hábitos próprios a cada cultura (OLIVEIRA; THÉBAUD-MONY, 1996; 1997).

Romanelli (2006) discute que a população de baixa renda possui dificuldades de acesso a certos alimentos, porém não é a sua suposta ignorância que os impede de consumir alimentos adequados e de baixo custo. A questão da escolha alimentar reflete na dificuldade das famílias pobres em substituir hábitos alimentares sólidos ou para adequá-los ao saber científico, porque esses hábitos fazem parte de um sistema cultural. O autor considera o dilema do profissional de saúde em se defrontar com a realidade cultural da população pobre, no entanto, os códigos culturais conflitantes não ocorrem apenas entre essa população carente, queixa comum dos profissionais, ou seja, ela está inserida com toda força e intensidade dentro das camadas médias e altas, que desfrutam de maior acesso ao conhecimento científico, em função de escolaridade mais elevada e de condições financeiras para se alimentarem de acordo com padrões considerados adequados.

Considerando o aspecto da acessibilidade física e financeira, o GAPB enfatiza que a alimentação saudável não é cara e cita que a visão contrária sobre essa questão se dá a partir de informações equivocadas veiculadas pela mídia. Além disso, o instrumento informa que o acesso a alimentos saudáveis pode ser

estimulado pelo apoio e fomento aos agricultores familiares e as cooperativas no sistema produtivo, contribuindo para a geração de renda e a integração com as políticas públicas de produção de alimentos (BRASIL, 2006).

Ao analisar os atributos do GAPB, observa-se que o instrumento traz seis atributos conceituais da alimentação saudável, que se fossem resumidos ou agrupados representariam o atributo da acessibilidade física e financeira (relacionada ao sistema produtivo: produção, disponibilidade, acesso e consumo); atributo nutricional, que agregaria os atributos de variedade, harmonia, sabor e cor e o atributo da segurança alimentar. Além desses aspectos, vale ressaltar que o incentivo e o respeito à cultura alimentar permeia todo o instrumento, porém não insere os aspectos sócio- culturais e de comensalidade no mesmo “patamar” dos atributos do Guia.

Nesse contexto, Paiva e Santos [ca. 2009] discutem a presença do respeito à diversidade cultural, hábitos e tradições alimentares em diversos conceitos orientadores das políticas públicas relacionadas à alimentação no Brasil, inclusive no GAPB. Para as autoras esses aspectos fazem parte da dimensão da alimentação saudável, no entanto, colocam como uma contradição ao discurso fundamentador, porque esses aspectos culturais e de comensalidade só são respeitados caso estejam compreendidos no âmbito do que é considerado saudável.

O GAPB considera a concepção atual de saúde, enfatizada pela OMS e pelas políticas de saúde brasileira, a partir de um conceito abrangente e positivo, ou seja, que compreende os recursos sociais, pessoais e não apenas a capacidade física ou as condições biológicas dos sujeitos. Assim, o modo de viver se apoia na cultura, nas crenças e nos valores que são compartilhados coletivamente (BRASIL, 2006).

O fenômeno biológico e sócio- cultural da alimentação nos faz refletir se o profissional de saúde consegue incorporá-lo na sua prática de trabalho. Nesse aspecto, Silva (2002) realizou pesquisa qualitativa sobre conhecimentos, atitudes e práticas de profissionais de saúde da atenção básica do Distrito Federal, com a participação de 481 profissionais de saúde (enfermeiros, médicos, nutricionistas e odontólogos) e que serviu de base para a pesquisa quantitativa realizada em 2008-2009, que o presente estudo analisa parte dos resultados.

Na primeira pesquisa a autora observou que os profissionais de saúde consideravam os atributos de variedade, harmonia, benefícios à saúde, alimentos

naturais e integrais, ou seja, atributos relacionados a biomedicina, exteriores à realidade do usuário, como uma alimentação ideal. Para esses profissionais o componente nutricional da alimentação humana não pode faltar no repertório da alimentação saudável, porque esse reúne a necessidade biológica do corpo humano aos valores socioculturais que envolvem hábitos e desejos. Os profissionais retrataram a valorização dos hábitos culturais e da adequação com a renda monetária, contudo se sentiam sem preparo técnico e pessoal para transmitir a gramática científica de uma alimentação saudável e, com isso demonstraram que algo em sua formação havia sido insuficiente. Dessa maneira, assumiram suas dificuldades na promoção da alimentação saudável e, colocaram o enfrentamento dessa questão a partir da humanização da linguagem na abordagem nutricional em seu cotidiano de atuação, considerando a sua vivência profissional e experiência de vida.

Diversos autores discutem as dificuldades enfrentadas por profissionais de saúde para promover alimentação saudável, entre eles diferenciar problemas nutricionais dos problemas financeiros. Essas dificuldades refletem as deficiências na formação acadêmica, já que o currículo dos cursos da área da saúde tem grande componente biológico em detrimento de disciplinas da área humana, ou seja, seguem o modelo biológico cartesiano. Outro fator é a falta de disciplina de nutrição para os demais cursos da saúde, como a medicina e enfermagem. A questão da especialização ou da fragmentação do aprendizado também contribui para o despreparo dos profissionais para lidar com as dificuldades na abordagem da alimentação, porque dificulta a percepção do profissional quanto aos determinantes do processo saúde-doença e do indivíduo em sua integralidade. Nesse contexto, há a discussão da busca por melhorias na formação, a partir da parceria entre as instituições formadoras e os ministérios da saúde e da educação, no sentido de possibilitar que o profissional seja formado para atender as demandas do SUS e como profissional receba capacitação continuamente (AMORIM, 2001; BOOG, 1999; BOOG, 1999a; SILVA, 2002).

Outra questão que pode interferir na promoção da alimentação saudável pelo profissional de saúde é a medicalização da alimentação, que de acordo com Lupton (1996, apud CASOTTI et al., 1998), a relação entre o alimento e o físico saudável iniciou na década de 70 do século XX. Beardsworth e Keil (1997 apud AZEVEDO, 2008) discutem o processo de racionalização e medicalização da

alimentação, enfrentada atualmente pela sociedade, em que modelos de alimentação racionais, restritivos e de caráter dietoterápico exercem uma enorme influência sobre a percepção do público em geral. Assim, essa percepção pode gerar confusão no sentido de associar que para se ter uma alimentação saudável há necessidade do consumo de alimentos light, funcionais, entre outros, como também, a medicalização está associada à visão biológica, ou seja, prescritiva não considerando os determinantes inseridos no processo saúde- doença.

A terceira questão deve destacar que o fenômeno da transição nutricional é relativamente recente e tem obrigado os profissionais de saúde a atuarem de forma diferenciada a sua formação e as características dos serviços em nível da atenção básica. Ou seja, não é mais a desnutrição, causada pela fome e pela desigualdade social o grande problema de crianças e gestantes que freqüentavam os serviços de saúde de atenção primária. Hoje é o excesso de peso, a hipercolesteronemia, o diabetes e outras doenças de forte componente comportamental. Temos que destacar que as pessoas estão adoecendo porque praticam de forma “voluntária” induzidos ou não pela mídia a ter comportamentos de riscos inadequados em relação à alimentação. Essa característica é completamente nova para os profissionais de saúde e eles não estão formados e preparados para lidar com isso, porque esses aspectos são tratados por disciplinas sociais e de comportamento e são pouco privilegiados nos cursos de graduação. O resultado é a incompreensão da rede de determinação causal de forma mais ampliada, formando uma tensão na arena de contato entre profissional de saúde e usuário.

Nesse contexto, Silva (2002) verificou que os profissionais de saúde da atenção básica de saúde do DF colocaram em mesma posição de preferência a mídia de massa e o meio científico-acadêmico, como fontes para a obtenção de informações sobre alimentação saudável. Com isso, parece que a mídia tem conseguido com maior sucesso esse propósito do que os instrumentos oficiais do governo. Em alguns depoimentos, os profissionais demonstraram dificuldades de aceitação dos instrumentos institucionais de informação, comunicação e educação em saúde e o divulgam como ato de desvalia de si próprios e da instituição. Enfermeiros, pediatras e clínicos gerais consideraram que esses instrumentos devem ser auto-explicativos, práticos e de fácil assimilação. O uso de tabelas, gráficos, folhetos e pirâmides são considerados como instrumentos de importância no processo de educação nutricional, mas insuficiente para a mudança de

comportamento. A pesquisa observou que os instrumentos mais utilizados para informar e comunicar são a pirâmide de alimentos adaptada pela Universidade de São Paulo da USDA1 (33%), tabelas (29%), guias de revistas da mídia (13,6%). As pirâmides são mais utilizadas pelos nutricionistas; as tabelas, pelos enfermeiros e pediatras; e os guias de revistas da mídia de massa, pelos enfermeiros.

Diante dessas discussões o GAPB foi publicado para dentre um rol de ações, servir de base conceitual para os profissionais de saúde utilizar na promoção da alimentação saudável em sua prática de trabalho. Contudo, ainda não há avaliação do uso desse instrumento nos serviços de saúde do Brasil e no DF. Dessa forma, será que houve a incorporação do instrumento pelos profissionais de saúde na sua rotina de trabalho? Para responder a esse questionamento, serão necessários estudos avaliativos sobre o GAPB.

## **7.2 A valoração da dimensão biológica- higiênica e segura da alimentação e os benefícios da alimentação saudável para a qualidade de vida**

O atributo nutricional e de higiene corresponde ao fator 2 com 13,3% e 12,6% de variância para enfermeiros e médicos, respectivamente. A alimentação livre de alimentos industrializados e de alimentos sem agrotóxicos configura no fator 3 para o grupo dos enfermeiros com 12% de variância, mas no grupo dos médicos encontra-se no fator 4 com 9,9% de variância. O atributo da harmonia alimentar, que traz variáveis ligadas a redução no consumo de gorduras e calorias configura no fator 3 para o grupo dos médicos com 10,4% de variância e corresponde ao fator 5 no grupo dos enfermeiros com 10,3% de variância. Já a alimentação saudável como benefício para qualidade de vida representa o fator 4 no grupo dos enfermeiros com 11,4% de variância e como fator 5 nos médicos com 9,8% de variância.

Diante desses resultados podemos inferir a valoração da dimensão biológica- higiênica e segura da alimentação humana e os benefícios da alimentação saudável para a qualidade de vida na visão das categorias profissionais analisadas. Desse modo, os fatores nutricionais e higiênicos, de segurança alimentar, de harmonia alimentar e de qualidade de vida constituem essa dimensão.



O fator nutricional representa a função biológica do alimento, sob o ponto de vista da necessidade da alimentação para as funções vitais do organismo humano, considerando os estágios da vida e o estado fisiológico do indivíduo, como também, a alimentação saudável como fator preventivo de doenças e promotor da saúde. Para isso, essa dimensão traz questões discutidas pela literatura científica, OMS, PNAN e pelo GAPB como o incentivo ao consumo de legumes, verduras e frutas, com fibras e cereais integrais, com redução no consumo de gorduras e a manutenção do peso saudável, que estão inseridos nos atributos de variedade, sabor, harmonia e cor, propostos pelo Guia e, também, verificados nesta pesquisa.

A valoração da alimentação higiênica e segura pelos profissionais pode ser analisada pela consideração dos riscos e perigos apresentados pelo alimento a partir da contaminação de origem física, química ou biológica. As contaminações alimentares se constituem problema de saúde pública que geram internações até óbitos. Assim, o profissional de saúde valora esse aspecto, já que é no serviço de saúde que esses problemas são tratados e fazem parte da sua rotina de trabalho. E, os problemas relacionadas à segurança alimentar constituem como os mais graves da sociedade mundial na atualidade, porque traz uma pluralidade de fatores, como a contaminação alimentar doméstica, comercial e industrial, com destaque ao uso de aditivos e de agrotóxicos e da tecnologia transgênica.

Pesquisa realizada por Silva (2002) com profissionais de saúde da atenção básica do DF detectou que esses profissionais se mostram preocupados com o uso de aditivos químicos alimentares; combinação de alimentos dentro da realidade brasileira; interação droga-nutriente; resíduos de pesticidas nos alimentos; antioxidantes; transgênicos; interpretação de rótulos de alimentos, e alimentos novos lançados no mercado, além da alimentação e as condições de vida. Nesse contexto, a alimentação natural é estimulada como uma das estratégias de superação dos riscos alimentares. Bleil (1998) refere que alguns estudos dos anos 30 do século passado marcam o início de um movimento por uma alimentação saudável e, que se intensificou com o movimento hippie, que deflagrou uma preocupação com a comida e fez com que o “natural” interferisse na escolha de um número crescente de consumidores e, atualmente o gosto pelo “natural” apresenta resquícios desse movimento, persistindo principalmente na faixa etária dos 30 e 40 anos.

Canesqui (2007) ao analisar categorias alimentares relacionadas à dietética popular como comidas “naturais” e “orgânicas”, além das categorias que

permeiam as dietas alternativas, prescritas por outras medicinas (chinesa, indiana, homeopatia) discute que essas categorias costumam ser mais acessíveis e apropriadas pelos segmentos médios e altos de nossa sociedade do que pelos populares. No que se refere à alimentação saudável como benefício para saúde, verifica-se que se encontra inserida em ações de políticas públicas como a PNAN e a PNPS. Nesse sentido, Santos (2005) analisa a ampliação do conceito da promoção da saúde, considerando que a saúde está intimamente ligada ao conjunto de fatores relacionados à qualidade de vida, dentre eles a alimentação saudável.

### **7.3 A comensalidade como questão agregadora dos atributos de alimentação saudável do GAPB**

O homem é o único ser humano capaz de produzir cultura, através das práticas sociais, da criação de símbolos e ritos e, essa pluralidade de significações da alimentação tem haver com as diferentes camadas sociais e as situações existenciais em que ocorrem (FERNANDES, 1997). Dessa maneira, a cultura é universal pois os seres humanos só conseguem viver através de regras e modelos culturais, ou seja, de ordenações socialmente criadas e que constituem sistemas simbólicos organizadores da vida social (ROMANELLI, 2006).

Assim, a comensalidade constitui de regras que fazem parte de um sistema social e cultural, já que a alimentação não é prática isolada, mas integra um sistema simbólico e relaciona-se com outros sistemas (ROMANELLI, 2006).

Fernandes (1997) analisa a comensalidade a partir de uma abordagem acerca da própria sociedade e do universo simbólico da comensalidade com suas diversas modalidades de expressão: poderio, estima, associada a concepções de beleza do corpo humano, ritualização sagrada e conviabilidade, ou seja, para o autor a comensalidade está presente em todas as camadas sociais e se reveste em cada uma delas de ritualizações próprias.

De acordo com Ackerman (1992, apud CASOTTI, 1998), a comida é grande fonte de prazer, um mundo complexo de satisfação, tanto fisiológica, quanto emocional, que guarda grande parte das lembrança da nossa infância.

Romanelli (2006) discute o afeto e a comensalidade. Considera que o caráter social da alimentação está presente desde o nascimento, a partir da amamentação que se associa tanto ao afeto e proteção quanto ao universo feminino. Ainda, discorre sobre a relação com o outro, que está presente nas refeições familiares, momentos de encontro, de conversação e de troca de informações. O autor considera que hoje se almoça principalmente com amigos, com colegas de trabalho, ou com desconhecidos que se sentam à mesma mesa. Nesse último caso, pode ser momento para entrar em contato com quem se partilha a mesa e para dar início à conversação, mesmo que seja transitória e limitada àquele momento.

Podemos observar que o GAPB traz os atributos conceituais da alimentação saudável (acessibilidade física e financeira, sabor, cor, variedade, harmonia e higiene) de forma objetiva e a comensalidade permeia o instrumento, contudo sem haver agregação entre os atributos como maneira adequada a uma visão ampliada do fenômeno da alimentação saudável. O atributo da acessibilidade física e financeira introduz a idéia da troca e da partilha e se constitui de estratégia de convivibilidade, mas fundamentalmente de rede de solidariedade. Já a comensalidade é uma estratégia de saborear novos sabores pela mistura de tradições e hábitos, de grupos sociais e culturais de geração a geração. São os pratos culinários a garantia do patrimônio alimentar de várias nações que tem a “guarda” de sabores de preparações como sua principal expressão.

No atributo da variedade a comensalidade pode trazer a idéia de “comer junto”, que permite a troca de alimentos entre várias gerações. Um bom exemplo disto é à entrada da alimentação da família para as crianças. É na experiência com o consumo de alimentos da família, da “comida de prato” que a criança aprende a se alimentar. É vendo seus pais, familiares, amigos comerem que a criança forma hábitos alimentares, que ela experimenta e degusta seus primeiros alimentos e pode com esta experiência ter uma alimentação mais variada.

A cor dos alimentos representa a mesa e a celebração do comer. Em geral as cores que atraem o consumo de alimentos e uma mesa com muitas cores oferece a ideia de fartura a ser partilhada e degustada por mais de uma pessoa. A comensalidade é partilhar o que se come, segundo função biológica e social. Na família existem pessoas que comem diferente por razões de priorização de necessidades biológicas como crianças, gestantes, idosos, adolescentes,

trabalhadores, chefes de família. Portanto, a função social da alimentação deve ser harmônica para atender esses requisitos.

O comer junto é a expressão de partilha de alimentos. Este momento deve oferecer segurança. O alimento nutre o corpo e a alma e para isto ele deve ser adequado e não causar danos de espécie alguma. Na sociedade moderna a produção dos alimentos com agrotóxicos, o uso de aditivos químicos da indústria alimentar e as contaminações biológicas e físico-químicas em nível comercial e doméstico constitui-se um problema frequente na alimentação coletiva.

Nesse contexto, os resultados demonstram que a comensalidade foi considerada no fator 1 nas duas categorias profissionais, confirmando a força dessa dimensão. Com isso, esses profissionais podem estar demonstrando a importância de incluir este atributo, não como um novo atributo, mas como uma questão agregadora. Dessa maneira, o presente estudo não tem como objetivo conceituar a comensalidade, contudo é importante enfatizar que esta pesquisa se baseou nas variáveis “trazer lembranças de nossa cultura”, “comer com os outros”, “mais tempo para se alimentar” e “lembrança de nossa família” como aspectos da comensalidade considerados pelos profissionais de saúde.

Considerando a problemática alimentar e nutricional brasileira e a complexidade comportamental sobre hábitos e práticas alimentares, a valoração da comensalidade por estes profissionais de saúde é algo positivo e que pode permitir inferências iniciais sobre a importância dos aspectos sócio-culturais na promoção da alimentação saudável na atenção básica.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo buscou de maneira exploratória conhecer os fatores ou atributos conceituais da alimentação saudável na visão dos profissionais de saúde (enfermeiros e médicos) que trabalham na rede de atenção básica de saúde do Distrito Federal.

O desenvolvimento de linhas de investigação na área da promoção da alimentação saudável vem sendo estimulada pelas políticas de alimentação e, o profissional de saúde é um dos agentes envolvidos nesse processo, principalmente o que atua na atenção básica, local com excelente potencial para desenvolver atividades de prevenção de doenças e de promoção da saúde.

Os resultados encontrados demonstram que tanto enfermeiros e médicos percebem o fenômeno biológico e sócio- cultural da alimentação, a partir da formação dos cinco fatores conceituais da alimentação saudável. Esses profissionais valoraram o atributo sócio-cultural e de comensalidade como o de maior “força” no conceito da alimentação saudável, mas o grupo médico considerou o atributo da acessibilidade física e financeira da alimentação juntamente com o atributo sócio-cultural e de comensalidade. Cabe destacar, ainda, outro ponto relevante do estudo que foi o surgimento da comensalidade como questão agregadora do conceito da alimentação saudável.

O estudo apresenta alguns aspectos limitantes a serem considerados, relacionados a população e ao tema. Quanto a população estudada há limitações estatísticas, que impossibilitaram a análise dos profissionais nutricionistas e odontólogos. Outras categorias profissionais tais como psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, educadores físicos que eventualmente também abordam a promoção da alimentação saudável foram excluídos da pesquisa, o que poderia gerar mais informações e discussões sobre a questão da PAS. Além disso, poderia ser analisada a questão de gênero, já que nas categorias profissionais participantes do estudo é grande a porcentagem do gênero feminino.

Ou seja, qual seria a visão dos nutricionistas, odontólogos e demais profissionais ligados a promoção da alimentação saudável sobre esse tema? E haveria diferenças na percepção do gênero masculino e feminino?

Ainda sobre as questões de limitação, cabe ressaltar que o tema da alimentação saudável está em construção e tem uma dimensão complexa que exige uma análise multidisciplinar para a sua compreensão.

É importante destacar que os aspectos limitantes se relacionam a busca de descrição e análise de itens relacionados ao conhecimento dos profissionais de saúde com base nas recomendações contidas no Guia Alimentar para a População Brasileira (GAPB). Ainda não há estudos sobre a utilização desse instrumento pelo país. Assim, será que os profissionais de saúde da atenção básica conhecem o instrumento? O GAPB é utilizado pelos profissionais como parâmetro de promoção da alimentação saudável? Esses profissionais estão treinados para abordar alimentação saudável para a população?

Nesse sentido, a falta de treinamento dos profissionais de saúde sobre o tema da alimentação saudável pode permitir que esse profissional assumam conceitos em função de seus próprios parâmetros conceituais. Desse modo, esse problema pode interferir na interpretação e nas respostas do questionário da pesquisa.

Com isso, os resultados trazem um cenário exploratório do conhecimento dos enfermeiros e médicos sobre o conceito da alimentação saudável e sugerem outras pesquisas que possam aprofundar os achados deste estudo, a partir da utilização de metodologias complementares.

## REFERÊNCIAS

- ALVES, A. S.; LOPES, M. H. B. M. Conhecimento, atitude e prática do uso de pílula e preservativo entre adolescentes universitários. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 61, n. 1, p. 11-17, jan./fev. 2008.
- AMORIM, S. T. S. P. et al. A formação de pediatras e nutricionistas: a dimensão humana. Revista de Nutrição, Campinas, v. 14, n. 2, p. 111-118, 2001.
- ARNAIZ, M. G. Em direção a uma nova ordem alimentar? In: CANESQUI, A. M.; GARCIA, R. W. (Org.). Antropologia e nutrição: um diálogo possível. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005. p. 147-160.
- AZEVEDO, E. Reflexões sobre riscos e o papel da ciência na construção do conceito de alimentação saudável. Revista de Nutrição, Campinas, v. 21, n.6, p. 717-723, nov./dez. 2008.
- BERMUDEZ, O. I.; TUCKER, K. L. Trends in dietary patterns of Latin American populations. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. S87-S99, 2003.
- BATISTA FILHO, M. et al. Anemia e obesidade: um paradoxo da transição nutricional brasileira. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. S247-S257, 2008.
- BARRETO, S. M. et al. Análise da Estratégia Global para Alimentação, Atividade Física e Saúde, da Organização Mundial da Saúde. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 14, n. 1, p. 41-68, jan./mar. 2005.
- BLEIL, S. I. O Padrão Alimentar Ocidental: considerações sobre a mudança de hábitos no Brasil. Revista Cadernos de Debate, Campinas, v. VI, p. 1-25, 1998.
- BOOG, M. C. F. Dificuldades encontradas por médicos e enfermeiros na abordagem de problemas alimentares. Revista de Nutrição, Campinas, v. 12, n. 3, p. 261-272, set./dez. 1999.
- BOOG, M. C. F. Educação nutricional em serviços públicos de saúde. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 139-147, 1999a.

BOOG, M. C. F. Atuação do nutricionista em saúde pública na promoção da alimentação saudável. Revista Ciência & Saúde, Porto Alegre, v.1, n.1, p. 33-42, jan./jun. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Ações Prioritárias na Atenção Básica em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 24p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Organização Pan Americana da Saúde. Guia alimentar para crianças menores de dois anos. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 152p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 107).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN). 2ª. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 48p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Estudo de Caso Brasil: a integração das ações de alimentação e nutrição nos planos de desenvolvimento nacional para o alcance das metas do milênio no contexto do direito humano à alimentação adequada. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a. 303p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação- Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 303p.

BRASIL. Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 18 set. de 2006a. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/Lei/L11346.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/Lei/L11346.htm)>. Acesso em: 15 de jan. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Alimentação saudável para a pessoa idosa: um manual para profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. 36p.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). 3ª. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 60 p.



BRASIL. Decreto nº 7.272, de 25 de agosto de 2010. Institui a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional- PNSAN. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 26 ago. de 2010a. Disponível em: [www.http://www.in.gov.br](http://www.in.gov.br). Acesso em: 15 de jan. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Vigitel Brasil 2009: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. 150p.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. Ciência & Saúde Coletiva, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

CANESQUI, A. M. Antropologia e Alimentação. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 207-216, 1998.

CANESQUI, A. M.; GARCIA, R. W. Ciências Sociais e Humanas nos Cursos de Nutrição. In: CANESQUI, A. M.; GARCIA, R. W. (Org.). Antropologia e nutrição: um diálogo possível. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005. p. 255-274.

CANESQUI, A. M. A qualidade dos alimentos: análise de algumas categorias da dietética popular, Revista de Nutrição, Campinas, v. 22, n. 2, p. 203-216, mar./abr. 2007.

CASOTTI et al. Consumo de Alimentos e Nutrição: dificuldades práticas e teóricas. Revista Cadernos de Debate, Campinas, v. VI, p. 26-39, 1998.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n.1, p. 41-65, 2004.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 13., 2009, Brasília, DF. Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 246 p.

COORDENAÇÃO GERAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO. Promoção da Alimentação Saudável. Disponível em <http://nutricao.saude.gov.br/pas.php>. Acesso em: 05 de mar. 2011.

EVANGELISTA, J. Alimentos um estudo abrangente. São Paulo: Atheneu, 1992. 450p.

FIELD, A. Descobrimos a estatística usando o SPSS. 2ª. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 688p.

FERNANDES, A. T. Ritualização da comensalidade. Porto: Universidade do Porto. Faculdade de Letras, 1995. Separata da Revista da Faculdade de Letras. Sociologia, Porto, I Série, v. 7, 1997.

FERRACCIOLI, P; SILVEIRA, E. A. A influência cultural alimentar sobre as recordações palatáveis na culinária habitual brasileira. Revista de Enfermagem, UERJ, v. 18, n. 2, p. 198-203, abr./jun. 2010.

FERREIRA, A. B. H. Conhecimento. In: \_\_\_\_\_. Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa. 5. ed. Curitiba: Positivo, 2010. p. 558.

FERREIRA, V. A.; MAGALHÃES, R. Nutrição e promoção da saúde: perspectivas. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p.1674-1681, jul. 2007.

FREITAS, M. C. S.; FONTES, G. A. V.; OLIVEIRA, N. (Org.) Escritas e narrativas sobre alimentação e cultura. Salvador: EDUFBA, 2008. 422p.

GARCIA, R. W. D. Representações Sociais da Alimentação e Saúde e suas Repercussões no Comportamento Alimentar. PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 51-68, 1997.

GAZZINELLI, M. F. et al. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n.1, p. 200-206, jan./fev. 2005.

GINANI, V. C; PINELLI, L.L.O. A estética do gosto. In: ARAÚJO, W. M. C. et al. (Org.). Alquimia dos alimentos. Brasília: Ed. SENAC- DF, 2009. p. 59-79.

GOMES, F. S. Frutas, legumes e verduras: recomendações técnicas *versus* constructos sociais. Revista de Nutrição, Campinas, v. 20, n. 6, p. 669-680, nov./dez. 2007.

GONÇALVES, J. R. S. A fome e o paladar: a antropologia nativa de Luis da Câmara Cascudo. Estudos Históricos, Rio de Janeiro, n. 33, p. 40-55, jan./jun. 2004.

IBGE. Normas de apresentação tabular. 3. ed. Rio de Janeiro, 1993. 62p.

IBGE. Pesquisa de orçamentos familiares no Brasil, 2002/ 2003. Análise da Disponibilidade Familiar e do Estado Nutricional no Brasil. Rio de Janeiro, 2004.

IBGE. Pesquisa de orçamentos familiares no Brasil, 2008/ 2009. Análise da Disponibilidade Familiar e do Estado Nutricional no Brasil. Rio de Janeiro, 2010.

JAMORI, M. M. et al. Determinantes de escolha alimentar. Revista de Nutrição, Campinas, v. 2, n. 1, p. 63-73, jan./fev. 2008.

LAUNIALA, A. How much can a KAP survey tell us about peoples's knowledge, attitudes and practices? Some observations from medical anthropology research on malaria in pregnancy in Malawi. Anthropology Matters, v. 11, n. 1, 2009.

LEVY- COSTA, R. B. et al. Disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil: distribuicao e evolucao (1974-2003). Revista de Saude Publica, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 530-40, 2005.

LUCCHESI-CHEUNG, T.; BATALHA, M.O. Brasileiros urbanos e seus diferentes comportamentos de consumo alimentar: quais as implicações para a organização das cadeias produtivas de alimentos? Informações Econômicas, São Paulo, v. 40, n. 8, ago. 2010.

MACIEL, M. E. Cultura e alimentação ou o que têm a ver os macaquinhos de koshima com brillat-savarin? Horizontes Antropológicos, Porto Alegre, v. 7, n. 16, p. 145-156, dez. 2001.

MACIEL, M. E. Uma cozinha à brasileira. Estudos históricos: Alimentação, Rio de Janeiro, v. 33, p. 25-39, 2004.

MARTINS, I. S. Recomendações de Energia e Nutrientes. In: DUTRA-DE-OLIVEIRA, J. E.; MARCHINI, J. S. Ciências Nutricionais. São Paulo: SARVIER, 1998. p. 353-361.

MENASCHE, R. et al. Autoconsumo e segurança alimentar: a aricultura familiar a partir dos saberes e práticas da alimentação. Revista de Nutrição, Campinas, v. 1(Suplemento), p. 145s-158s, jul./ ago. 2008.

MINGOTI, S. A. Análise dos dados através de métodos de estatística multivariada: uma abordagem aplicada. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2005. 297p.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME. Segurança Alimentar e Nutricional. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/segurancaalimentar>. Acesso em: 02 de fev. 2011.

MINTZ, S. W. Comida e antropologia: Um breve revisão. Revista Brasileira de Ciências Sociais, v. 16, n. 47, p. 31-41, out. 2001.

MONDINI, L; MONTEIRO, C. A. Mudanças no padrão de alimentação da população urbana brasileira (1962-1988). Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 28, n. 6, p. 433-439, 1994.

MONTEIRO, C. A. Segurança alimentar e nutrição no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde no Brasil: Contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa. Brasília, DF, 2004. p. 225-242. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

MONTEIRO, C. A. et al. Renda, preço dos alimentos e participação de frutas e hortaliças na dieta. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 557-64, 2007.

OLIVEIRA, S.; THÉBAUD-MONY, A. Modelo de Consumo Agro- industrial: homogeneização ou Diversificação dos Hábitos Alimentares. Revista Cadernos de Debate, Campinas, v. IV, p. 1-13, 1996.

OLIVEIRA, S.; THÉBAUD-MONY, A. Estudo de consumo alimentar: em busca de uma abordagem multidisciplinar. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 201-208, 1997.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Diet, nutrition and prevention of chronic diseases, Geneva, 2003, 149p. Disponível em < <http://www.who.int> >. Acesso em: 22 de out. 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Integrated prevention of noncommunicable diseases: Draft global strategy on diet, physical activity and Diet, nutrition and prevention of chronic diseases health (annex), Geneva, 2003a. 18p. Disponível em < <http://www.who.int> >. Acesso em: 22 de out. 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Prevention and control of noncommunicable diseases: implementation of the global strategy, Genebra, 2008. 21p. Disponível em < <http://www.who.int> >. Acesso em: 24 de out. 2009.

ORGANIZAÇÃO PAN- AMERICANA DA SAÚDE. Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Washington, D.C, 2008. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/servico/arquivos/Sala5575.pdf> >. Acesso em: 08 fev. 2011.

PADOVANI, R. M. et al. Dietary reference intakes: aplicabilidade das tabelas em estudos nutricionais. Revista de Nutrição, Campinas, v. 19, n. 6, p. 741-760, nov./dez. 2006.

PAIVA, J. B.; SANTOS, L. A. S. Respeito aos hábitos e tradições alimentares no Brasil: reflexões sobre alcances, limites e possibilidades na dimensão da alimentação e da comensalidade. Salvador: UFBA, [ca. 2009]. Disponível em: <<http://www.ram2009.unsam.edu.ar>>. Acesso em: 31 jan. 2011.

PESSA, R. P. Seleção de uma Alimentação Adequada. In: DUTRA-DE-OLIVEIRA, J. E.; MARCHINI, J. S. Ciências Nutricionais. São Paulo: SARVIER, 1998. p. 19-37.

PETT, M. A; LACKEY, N.R.; SULLIVAN, J. J. Making Sense of factor analysis: the use of factor analysis for instrument development in health care research. Thousand Oaks: SAGE Publications, 2003. 348p.

PHILIPPI, S. T.; FISBERG, R. M. Proposta de guia alimentar: a pirâmide para escolha de alimentos. In: WORKSHOP ALIMENTAÇÃO EQUILIBRADA PARA A POPULAÇÃO BRASILEIRA, 1., 1998, Florianópolis. Anais... Florianópolis: Instituto Danone, 1998. p.101-106.

POULAIN, J. P.; PROENÇA, R. P. C. O espaço social alimentar: um instrumento para o estudo dos modelos alimentares. Revista de Nutrição. Campinas, v. 16, n. 3, p. 245-256, 2003.

POURCHET- CAMPOS, M. A. Fibra dietética. In: DUTRA-DE-OLIVEIRA, J. E.; MARCHINI, J. S. Ciências Nutricionais. São Paulo: SARVIER, 1998. p. 209-215.

RAMALHO, R. A.; SAUNDERS, C. O papel da educação nutricional no combate às carências nutricionais. Revista de Nutrição, Campinas, v. 13, n. 1, p. 11-16, jan./abr. 2000.

RECINE, E.; VASCONCELOS, A. B. Políticas nacionais e o campo da Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva: cenário atual. Ciência & Saúde Coletiva, v.16, n. 1, p. 73-79, 2011.

REZENDE, M. T. Alimentação como objeto histórico complexo: relação entre comidas e sociedades. Estudos históricos: Alimentação, Rio de Janeiro, v. 33, p. 175-179, 2004.

ROMANELLI, G. O significado da alimentação na família: uma visão antropológica. Medicina. Ribeirão Preto, v. 39, n. 3, p. 333-339, jul./ set. 2006.

SANTOS, L. A. S. Educação nutricional no contexto de promoção de práticas alimentares saudáveis. Revista de Nutrição. Campinas, v. 18, n. 5, p. 681-692, 2005.

SEMINARIO NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NO SUS – PNAN 10 ANOS, 2010, Brasília. Relatório Final. Brasília, 2010. Disponível em <<http://nutricao.saude.gov.br/seminarioPnan2010.php>>. Acesso em: 08 fev. 2011.

SICHERI, R. et al. Recomendações de Alimentação e Nutrição Saudável para a População Brasileira. Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabolismo, v. 44, n. 3, p. 227-232, jun. 2000.

SILVA, D. O. Conhecimento, atitudes e práticas de profissionais de saúde da atenção básica sobre a promoção da alimentação saudável no Distrito Federal. 2002. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2002.

SILVA JÚNIOR, E. A. Manual de Controle Higiênico-Sanitário em Alimentos. São Paulo: Livraria Varela, 1995. 475p.

VASCONCELOS, F. A. G. Combate à fome no Brasil: uma análise histórica de Vargas a Lula. Revista de Nutrição. Campinas, v. 18, n. 4, p. 439-457, 2005.

**ANEXO A – Questionário da Pesquisa Promoção da Alimentação Saudável no SUS – DF.**

**Hora do início do preenchimento:** \_\_\_\_\_

**Local:** \_\_\_\_\_

**Número do Questionário:** \_\_\_\_\_

**Você participou de cursos sobre promoção da alimentação saudável nestes últimos 12 meses?**

(1) *sim* (2) *não*

**Você gostaria de fazer um curso sobre alimentação saudável?**

(1) *sim* (2) *não*

**Quanto tempo (em meses) faz que você leu alguma informação sobre alimentação saudável? (marque apenas uma opção)**

( ) quinze dias ( ) há

30 dias

( ) menos de 6 meses ( ) de

6 a 12 meses

**Avalie os itens abaixo. Marque X para cada um dos itens**

<b>Alimentação saudável está relacionada?</b>	<b>Discordo plenamente</b>	<b>Discordo</b>	<b>Nem discordo, nem concordo</b>	<b>Concordo</b>	<b>Concordo Plenamente</b>
À variedade					
Ao equilíbrio					
À moderação					
Ao prazer					
À família					
A comer com os outros					
À cultura alimentar					





Leia os itens abaixo e marque com X para indicar o que considera importante sobre o conceito de ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL, conforme a escala de 1 a 5:

1

2

3

4

5

Nada importante

Muito importante

Marque X para cada um dos itens	Quanto à Importância				
	1	2	3	4	5
Balanceada com todos os nutrientes necessários					
Benefícios para a qualidade a saúde					
Adequada às características sócio-econômicas					
Natural sem alimentos industrializados					
Pouca caloria					
Higiênica					
Baixo teor de gordura					
Conter variedades de alimentos					
Natural sem agrotóxicos					
Legumes, verduras e frutas					
Oferecer prazer ao paladar					
Ter fibras e cereais integrais					
Trazer lembranças de nossa cultura					
Comer com os outros					
Mais tempo para se alimentar					
Lembranças de nossa família					

Leia os itens abaixo e marque com X para indicar o que considera importante para o conceito de ALIMENTAÇÃO VARIADA, conforme a escala de 1 a 5:

1

2

3

4

5

Nada importante

Muito importante

Marque X para cada um dos itens	Importância				
	1	2	3	4	5
Contém todos nutrientes					
Contém todos os grupos de alimentos					
Variedade de legumes, verduras e frutas					
Sem monotonia					
Contém proteína					
Sem excessos de nutrientes					
Praticidade diária					
Contém carboidrato					
Sem excessos de calorias					
Contém vitaminas e sais minerais					
Proporção adequada da refeição					

Leia os itens abaixo e marque com X para indicar o que considera importante para o conceito de ALIMENTAÇÃO EQUILIBRADA:

1

2

3

4

5

Nada importante

Muito importante

Marque X para cada um dos itens	Importância				
	1	2	3	4	5
Fornecer todos os nutrientes					
Ingestão equilibrada de nutrientes					
Variedade de legumes, verduras e frutas					
Proporção correta de consumo de macro e micro-nutrientes					
Adequada ao ciclo de vida					
Atende as necessidades biológicas					
Boa ingestão de carboidratos					
Sem excessos					
Ter proteínas					
Ter legumes, frutas e legumes					

Leia os itens abaixo e marque com X para indicar o que considera importante para o conceito de ALIMENTAÇÃO MODERADA:

	1	2	3	4	5
	Nada importante		Muito importante		
Marque X para cada um dos itens	Importância				
	1	2	3	4	5
Sem excessos e exageros					
Supre necessidades de nutrientes					
Valor calórico de acordo com as necessidades diárias					
Equilíbrio entre desejo e necessidade					

Expresse sua opinião sobre cada uma das frases abaixo:

Marque X para cada um dos itens	Discordo plenamente	Discordo	Nem discordo, nem concordo	Concordo	Concordo plenamente
Eu tenho uma alimentação saudável.					
Eu tenho uma alimentação equilibrada.					
Eu tenho uma alimentação moderada .					
Eu como conforme minha renda financeira.					
Eu busco me alimentar com prazer.					
Eu gosto de comer preparações culinárias que aprendi com minha família.					
Eu gosto de comer com outras pessoas.					
Eu gosto de comer preparações culinárias de minha da cidade onde nasci.					

Opine: manter uma alimentação saudável é difícil para você por quê?:

Marque X para cada um dos itens	Discordo plenamente	Discordo	Nem discordo, nem concordo	Concordo	Concordo plenamente
Falta tempo					
Estilo de vida					
Não cozinha em casa					
Limitações financeiras					
Não sabe cozinhar					
Não consegue controlar a vontade de comer					
Mora sozinho					
Não conhece preparações e alimento saudáveis					

**Eu verifico as informações nutricionais (calorias, gorduras, vitaminas, etc.) antes de comprar ou consumir alimentos.**

Assinale X em uma das opções ao lado	Discordo plenamente	Discordo	Nem discordo, nem concordo	Concordo	Concordo plenamente

**Eu verifico o prazo de validade antes de comprar ou consumir alimentos.**

Assinale X em uma das opções ao lado	Discordo plenamente	Discordo	Nem discordo, nem concordo	Concordo	Concordo plenamente

**Para informar o seu paciente sobre o que é “alimento light” opine sobre os itens abaixo:**

Marque X para cada um dos itens	Discordo plenamente	Discordo	Não discordo e nem concordo	Concordo	Concordo plenamente
É aquele que apresenta redução mínima de 25% em determinado nutriente ou em calorias, se comparado com o alimento convencional;					
É o restrito em carboidratos ou gorduras, podendo conter, no máximo, a adição de 0,5g do nutriente por 100g do produto;					
É aquele com 80% do teor de calorias e nutrientes, quando comparado ao alimento convencional.					

**Para informar o seu paciente sobre o que é “alimento diet” opine sobre os itens abaixo:**

Marque X para cada um dos itens	Discordo plenamente	Discordo	Nem discordo, nem concordo	Concordo	Concordo plenamente
É o alimento com baixo teor de calorias e nutrientes					
É o que apresenta redução mínima de 25% em determinado nutriente ou em calorias, se comparado com o alimento convencional;					
É o alimento isento ou praticamente isento de um determinado nutriente;					

Qual é o seu peso atual em quilos? \_\_\_\_\_

**Eu estou satisfeito (a) com meu peso atual:**

Assinale X em uma das opções ao lado	Discordo plenamente	Discordo	Nem discordo, nem concordo	Concordo	Concordo plenamente

Qual é sua estatura? \_\_\_\_\_

**Não há tempo suficiente na consulta para promoção da alimentação saudável.**

Assinale X em uma das opções ao lado	Discordo plenamente	Discordo	Nem discordo, nem concordo	Concordo	Concordo plenamente

**Avalie o quanto cada um dos itens abaixo interfere na boa promoção da alimentação saudável junto aos seus pacientes:**

Marque X para cada um dos itens	Discordo plenamente	Discordo	Nem discordo, Nem Concordo	Concordo
O alto número de pacientes por turno				
O conhecimento sobre o assunto pelos profissionais é deficiente.				
As baixas condições financeiras dos pacientes				
O baixo nível de instrução dos pacientes				
A maioria só procura o Centro de Saúde em caso de doença.				
Outras atividades profissionais				

**Qual a importância que você atribui aos itens abaixo para explicar aos seus pacientes sobre alimentação saudável?**

1

2

3

4

5

Nada importante

Muito importante

Marque X para cada um dos itens	Importância				
	1	2	3	4	5
Guias e tabelas de porções de alimentos de revistas					
A experiência profissional					
Guias e tabelas do Ministério da Saúde					
INTERNET					
Informações baseadas em sua experiência de vida pessoal e familiar.					
Pirâmide alimentar					
Realização de grupos de discussão					
Tabelas de livros e manuais técnicos com a descrição de nutrientes dos alimentos					
Livros e artigos científicos de saúde e alimentação					

**Você sente falta de algum conhecimento sobre alimentação e nutrição relacionado aos temas abaixo?**

Marque X para cada um dos itens	Discordo plenamente	Discordo	Nem discordo e nem concordo	Concordo	Concordo Plenamente
Eu gostaria de saber mais sobre a função nutricional dos alimentos					
Eu gostaria de saber mais sobre a relação da nutrição e os ciclos de vida					
Dietética/ Dietoterapia					
Eu gostaria de saber mais sobre nutrição e os estados patológicos					
Eu gostaria de saber mais sobre estratégias de Informação, Comunicação e Educação em Saúde					
Eu gostaria de saber mais sobre Nutrição esportiva					

**Opine sobre a relevância das recomendações de alimentação saudável, abaixo:**

1

2

3

4

5

**Nada importante**

**Muito importante**

Marque X para cada um dos itens	Importância				
	1	2	3	4	5
Pratique uma alimentação variada.					
Comer o necessário para satisfazer as suas necessidades.					
Observe as condições higiênico-sanitárias dos alimentos.					
Diminua a quantidade de sal na comida e retire o saleiro da mesa					
Coma feijão com arroz todos os dias, ou pelo menos cinco vezes por semana					
Faça pelo menos 3 refeições (desjejum, almoço e jantar) e 2 lanches saudáveis por dia.					
Pratique pelo menos 30 minutos de atividade física todos os dias					
Coma pelo menos 3 porções de legumes e verduras e 3 porções ou mais de frutas todos os dias.					
Consuma diariamente 3 porções de leite e derivados e uma porção de carnes.					
Tome pelo menos 2 litros de água por dia.					
Coma alimentos ricos em cálcio.					
Inclua diariamente seis porções do grupo de cereais e de tubérculos nas refeições.					
Dê preferência aos grãos integrais e aos alimentos na sua forma mais natural.					
Promova o aleitamento materno.					
Consuma, no máximo, uma porção por dia de óleos vegetais, azeite, manteiga ou margarina, evitando as gorduras trans.					
Evite refrigerantes e sucos artificiais.					
Reduzir a ingestão de conservas, defumadas e salgados.					

**Avalie: O que você gostaria de falar com os seus pacientes sobre alimentação saudável?**

<b>Marque X para cada um dos itens</b>	<b>Discordo plenamente</b>	<b>Discordo</b>	<b>Nem discordo, Nem Concordo</b>	<b>Concordo</b>	<b>Concordo Plenamente</b>
Eu gostaria de falar sobre alimentação e doença					
Eu gostaria de falar sobre aleitamento materno					
Eu gostaria de falar sobre requerimentos nutricionais					
Eu gostaria de falar sobre alimentação natural					
Eu gostaria de falar sobre grupos de alimentos					
Eu gostaria de falar sobre dieta não cariogênica					
Eu gostaria de falar sobre alimentação e condições de vida					
Eu gostaria de falar sobre alimentação moderada sem excessos					
Eu gostaria de falar sobre benefícios da alimentação saudável					
Eu gostaria de falar sobre diferença entre alimentos "diet" e "light"					
Eu gostaria de falar sobre alimentação saudável para perda de peso					



**As barreiras que enfrento em meu cotidiano de atuação no Centro de Saúde, para promover a alimentação saudável, são:**

<b>Marque X para cada um dos itens</b>	<b>Discordo plenamente</b>	<b>Discordo</b>	<b>Nem discordo, Nem Concordo</b>	<b>Concordo</b>	<b>Concordo Plenamente</b>
Falta de Integração interprofissionais					
Precárias condições de vida dos pacientes					
Falta de recursos humanos					
Falta de conhecimentos					
Ausência de treinamentos e reciclagem profissional					
Falta de material didático					
Resistência a mudanças pelo paciente					
Grande número de pacientes					
Baixa instrução dos pacientes					
Hábitos culturais dos pacientes					
Falta de interesse dos pacientes					
Influência de estímulo de consumo de alimentos inadequados pela mídia					
Falta de espaço físico nos serviços de saúde para orientações					
Falta de interesse dos profissionais de saúde para orientar					
Desorganização do serviço					

**O profissional de saúde precisa praticar a alimentação saudável para poder promovê-la?**

<b>Marque X para cada um dos itens</b>	<b>Discordo plenamente</b>	<b>Discordo</b>	<b>Nem discordo, Nem Concordo</b>	<b>Concordo</b>	<b>Concordo Plenamente</b>
O profissional de saúde precisa ser um exemplo;					
O profissional de saúde é um ser humano com os mesmos problemas dos pacientes;					
As dúvidas nas escolhas alimentares afetam tanto quem tem instrução como aqueles que não tem;					
Basta que o profissional de saúde conheça como promover a alimentação saudável.					

**Escreva sua idade:** \_\_\_\_\_

**Sexo:** (1)Feminino      (2) Masculino

**Escreva em que Estado você nasceu:** \_\_\_\_\_

**Marque com um X sua profissão:**

(1) *Enfermeira(o)* (2) *Médica(o)*

(3) *Odontóloga(o)*, (4) *Nutricionista*

(5) *Clínico-Geral* (6) *Pediatra*

**Tem alguma especialidade:** (1) *sim* (2) *não*

Qual? \_\_\_\_\_

**Quantas horas semanais você dedica no centro de saúde?** \_\_\_\_\_ horas.

**Escreva o ano que você concluiu sua graduação:** \_\_\_\_\_

**Você fez alguma pós-graduação:** (1) *sim* (2) *não*.

**Em que ano você concluiu sua última pós-graduação?** \_\_\_\_\_

**Qual foi a temática abordada?** \_\_\_\_\_

**Sua última pós-graduação foi de:**

(1) *atualização*    (2) *aperfeiçoamento*    (3) *especialização*    (4) *mestrado*

(5) *doutorado* (6) *Outro:* \_\_\_\_\_

**Horário de finalização:** \_\_\_\_\_

**ANEXO B - Frequências e Histogramas das variáveis analisadas para o grupo de enfermeiros.**

**Frequencies**

**Statistics**

	Valid	Missing	243	241	241	241	238	242	241	243	243	243	241	241	240	243	242	242
N	Valid	Missing	0	2	2	2	5	1	2	0	0	0	2	2	3	0	1	1
Mean			4,88	4,84	4,49	4,24	3,98	4,83	4,45	4,72	4,50	4,82	4,53	4,60	3,83	3,65	4,30	3,86
Median			5,00	5,00	5,00	5,00	4,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	4,00	4,00	5,00	4,00
Mode			5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Std. Deviation			,379	,483	,822	,919	1,000	,468	,856	,584	,789	,470	,742	,730	1,143	1,218	,992	1,182
Percentil 25			5,00	5,00	4,00	4,00	3,00	5,00	4,00	5,00	4,00	5,00	4,00	4,00	3,00	3,00	4,00	3,00
50			5,00	5,00	5,00	5,00	4,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	4,00	4,00	5,00	4,00
75			5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00

**Frequency Table**

**Conceito de alimentação saudável: Balanceada com todos os nutrientes necessários**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid mais ou menos importante	5	2,1	2,1	2,1
importante	18	7,4	7,4	9,5
muito importante	220	90,5	90,5	100,0
Total	243	100,0	100,0	

**Conceito de alimentação saudável: Benefícios para a qualidade a saúde**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid nada importante	1	,4	,4	,4
mais ou menos importante	6	2,5	2,5	2,9
importante	22	9,1	9,1	12,0
muito importante	212	87,2	88,0	100,0
Total	241	99,2	100,0	
Missing System	2	,8		
Total	243	100,0		

**Conceito de alimentação saudável: Adequada às características sócio-econômicas**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nada importante	3	1,2	1,2	1,2
	pouco importante	4	1,6	1,7	2,9
	mais ou menos importante	21	8,6	8,7	11,6
	importante	56	23,0	23,2	34,9
	muito importante	157	64,6	65,1	100,0
	Total	241	99,2	100,0	
Missing	System	2	,8		
Total		243	100,0		

**Conceito de alimentação saudável: Natural sem alimentos industrializados**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nada importante	3	1,2	1,2	1,2
	pouco importante	6	2,5	2,5	3,7
	mais ou menos importante	43	17,7	17,8	21,6
	importante	66	27,2	27,4	49,0
	muito importante	123	50,6	51,0	100,0
	Total	241	99,2	100,0	
Missing	System	2	,8		
Total		243	100,0		

**Conceito de alimentação saudável: Pouca caloria**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nada importante	4	1,6	1,7	1,7
	pouco importante	11	4,5	4,6	6,3
	mais ou menos importante	64	26,3	26,9	33,2
	importante	66	27,2	27,7	60,9
	muito importante	93	38,3	39,1	100,0
	Total	238	97,9	100,0	
Missing	System	5	2,1		
Total		243	100,0		

**Conceito de alimentação saudável: Higiênica**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	pouco importante	1	,4	,4	,4
	mais ou menos importante	6	2,5	2,5	2,9
	importante	27	11,1	11,2	14,0
	muito importante	208	85,6	86,0	100,0
	Total	242	99,6	100,0	
Missing	System	1	,4		
Total		243	100,0		

**Conceito de alimentação saudável: Baixo teor de gordura**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nada importante	2	,8	,8	,8
	pouco importante	7	2,9	2,9	3,7
	mais ou menos importante	25	10,3	10,4	14,1
	importante	53	21,8	22,0	36,1
	muito importante	154	63,4	63,9	100,0
	Total	241	99,2	100,0	
Missing	System	2	,8		
Total		243	100,0		

**Conceito de alimentação saudável: Conter variedades de alimentos**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	pouco importante	1	,4	,4	,4
	mais ou menos importante	14	5,8	5,8	6,2
	importante	36	14,8	14,8	21,0
	muito importante	192	79,0	79,0	100,0
	Total	243	100,0	100,0	

**Conceito de alimentação saudável: Natural sem agrotóxicos**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nada importante	1	,4	,4	,4
	pouco importante	3	1,2	1,2	1,6
	mais ou menos importante	30	12,3	12,3	14,0
	importante	48	19,8	19,8	33,7
	muito importante	161	66,3	66,3	100,0
	Total	243	100,0	100,0	

**Conceito de alimentação saudável: Legumes, verduras e frutas**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	mais ou menos importante	9	3,7	3,7	3,7
	importante	25	10,3	10,3	14,0
	muito importante	209	86,0	86,0	100,0
	Total	243	100,0	100,0	

**Conceito de alimentação saudável: Oferecer prazer ao paladar**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nada importante	1	,4	,4	,4
	pouco importante	4	1,6	1,7	2,1
	mais ou menos importante	18	7,4	7,5	9,5
	importante	62	25,5	25,7	35,3
	muito importante	156	64,2	64,7	100,0
	Total	241	99,2	100,0	
Missing	System	2	,8		
	Total	243	100,0		

**Conceito de alimentação saudável: Ter fibras e cereais integrais**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nada importante	2	,8	,8	,8
	pouco importante	4	1,6	1,7	2,5
	mais ou menos importante	11	4,5	4,6	7,1
	importante	54	22,2	22,4	29,5
	muito importante	170	70,0	70,5	100,0
	Total	241	99,2	100,0	
Missing	System	2	,8		
	Total	243	100,0		

**Conceito de alimentação saudável: Trazer lembranças de nossa cultura**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nada importante	8	3,3	3,3	3,3
	pouco importante	27	11,1	11,3	14,6
	mais ou menos importante	51	21,0	21,3	35,8
	importante	66	27,2	27,5	63,3
	muito importante	88	36,2	36,7	100,0
	Total	240	98,8	100,0	
Missing	System	3	1,2		
Total		243	100,0		

**Conceito de alimentação saudável: Comer com os outros**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nada importante	15	6,2	6,2	6,2
	pouco importante	29	11,9	11,9	18,1
	mais ou menos importante	60	24,7	24,7	42,8
	importante	61	25,1	25,1	67,9
	muito importante	78	32,1	32,1	100,0
	Total	243	100,0	100,0	

**Conceito de alimentação saudável: Mais tempo para se alimentar**

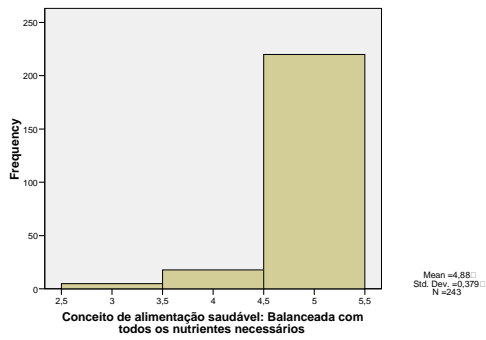
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nada importante	6	2,5	2,5	2,5
	pouco importante	10	4,1	4,1	6,6
	mais ou menos importante	27	11,1	11,2	17,8
	importante	61	25,1	25,2	43,0
	muito importante	138	56,8	57,0	100,0
	Total	242	99,6	100,0	
Missing	System	1	,4		
Total		243	100,0		

**Conceito de alimentação saudável: Lembranças de nossa família**

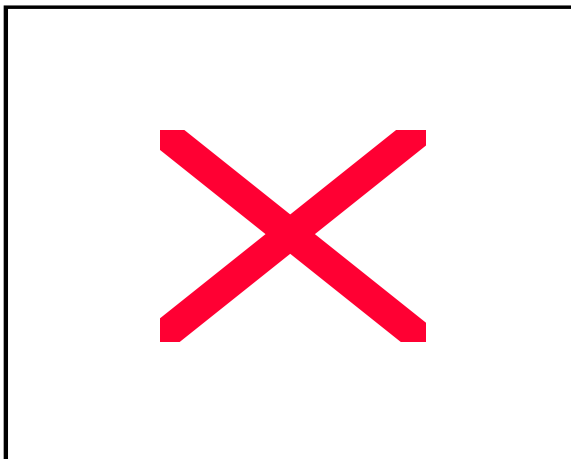
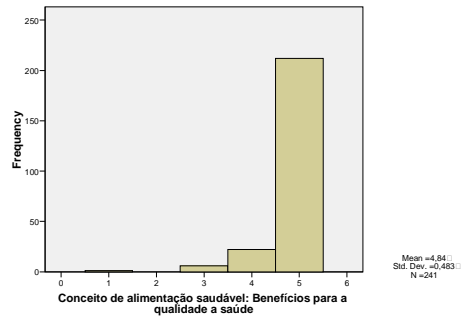
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nada importante	12	4,9	5,0	5,0
	pouco importante	24	9,9	9,9	14,9
	mais ou menos importante	43	17,7	17,8	32,6
	importante	69	28,4	28,5	61,2
	muito importante	94	38,7	38,8	100,0
	Total	242	99,6	100,0	
Missing	System	1	,4		
Total		243	100,0		

**Histogram**

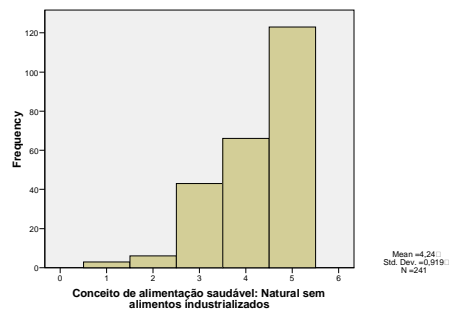
Conceito de alimentação saudável: Balanceada com todos os nutrientes necessários



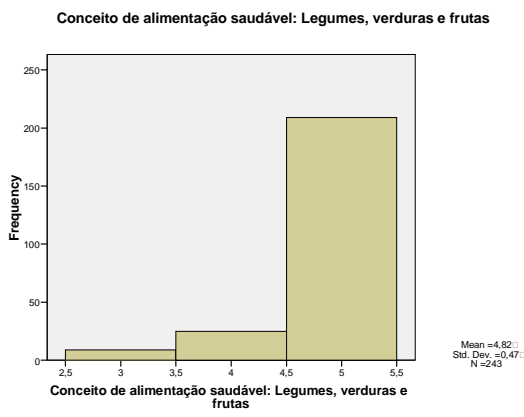
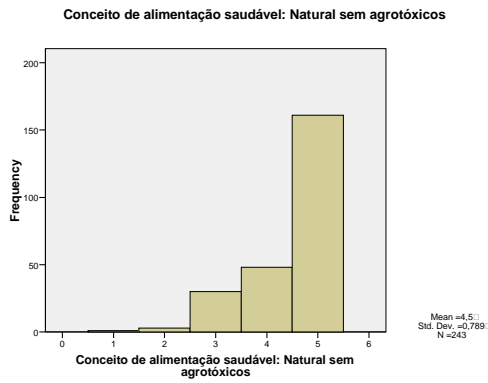
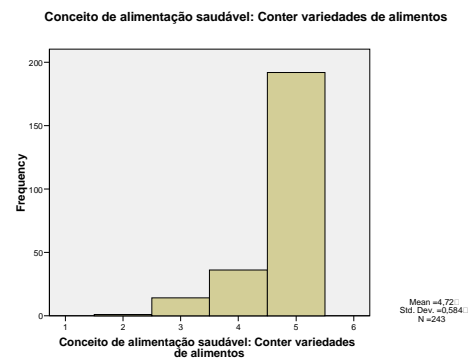
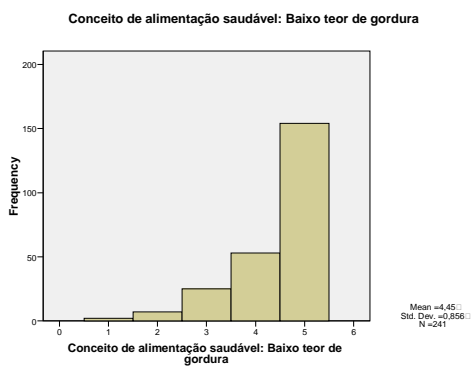
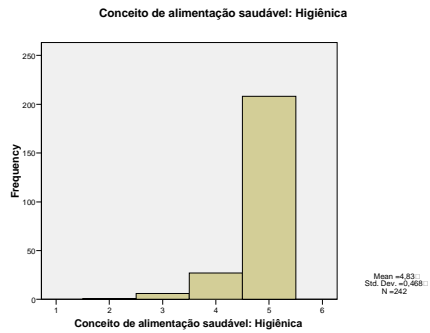
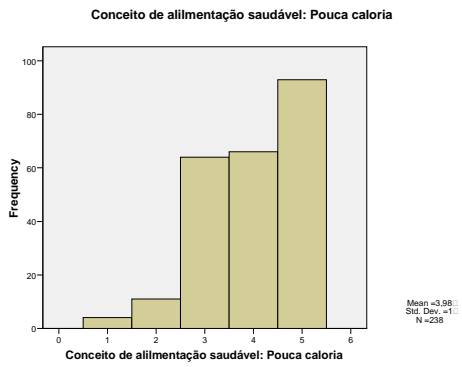
Conceito de alimentação saudável: Benefícios para a qualidade a saúde



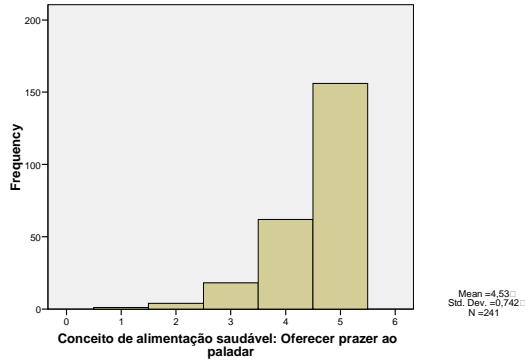
Conceito de alimentação saudável: Natural sem alimentos industrializados



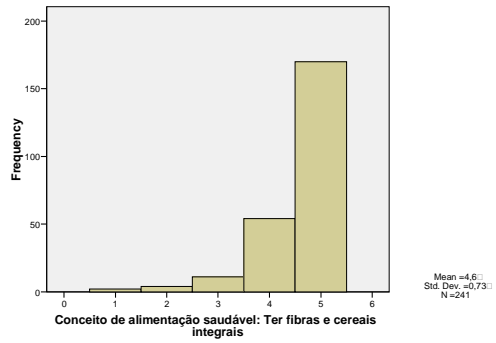




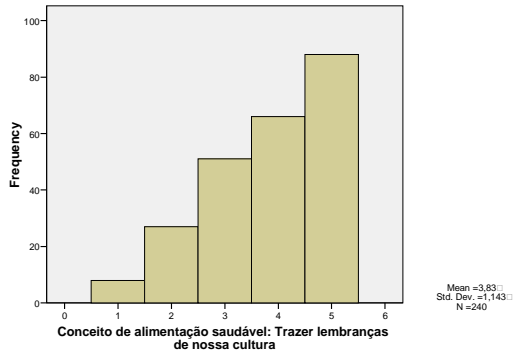
Conceito de alimentação saudável: Oferecer prazer ao paladar



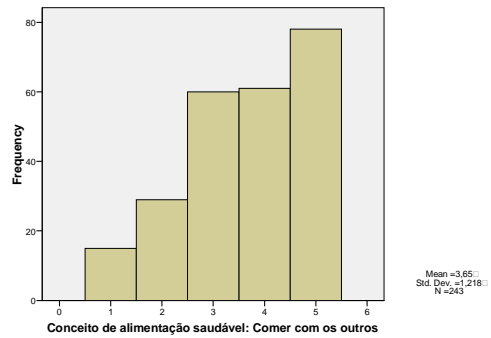
Conceito de alimentação saudável: Ter fibras e cereais integrais



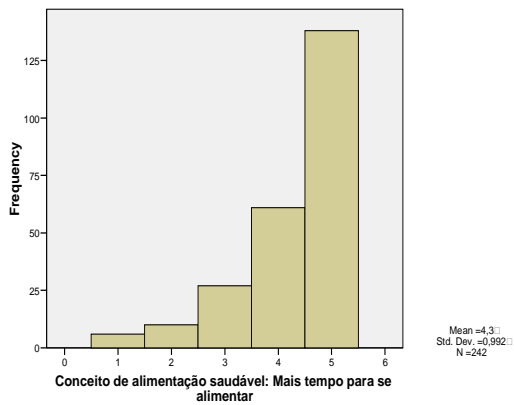
Conceito de alimentação saudável: Trazer lembranças de nossa cultura



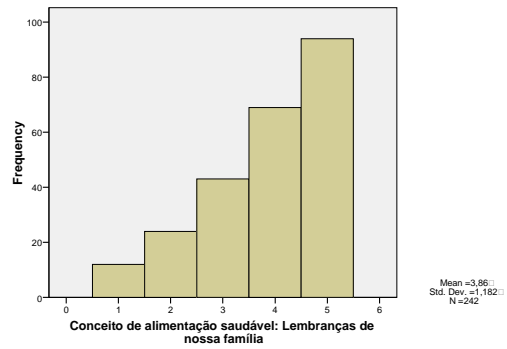
Conceito de alimentação saudável: Comer com os outros



Conceito de alimentação saudável: Mais tempo para se alimentar



Conceito de alimentação saudável: Lembranças de nossa família



**ANEXO C - Frequências e Histogramas das variáveis analisadas para o grupo de médicos.**

**Statistics**

		Conceito de alimentação saudável: Balanceada com todos os nutrientes necessários	Conceito de alimentação saudável: Benefícios para a qualidade a saúde	Conceito de alimentação saudável: Características dos alimentos industrializados	Conceito de alimentação saudável: Alimentos ricos em fibras e fibras integrais	Conceito de alimentação saudável: Alimentos ricos em fibras e fibras integrais	Conceito de alimentação saudável: Alimentos ricos em fibras e fibras integrais	Conceito de alimentação saudável: Alimentos ricos em fibras e fibras integrais	Conceito de alimentação saudável: Alimentos ricos em fibras e fibras integrais	Conceito de alimentação saudável: Alimentos ricos em fibras e fibras integrais	Conceito de alimentação saudável: Alimentos ricos em fibras e fibras integrais	Conceito de alimentação saudável: Alimentos ricos em fibras e fibras integrais	Conceito de alimentação saudável: Alimentos ricos em fibras e fibras integrais	Conceito de alimentação saudável: Alimentos ricos em fibras e fibras integrais	Conceito de alimentação saudável: Alimentos ricos em fibras e fibras integrais	Conceito de alimentação saudável: Alimentos ricos em fibras e fibras integrais	Conceito de alimentação saudável: Alimentos ricos em fibras e fibras integrais
N	Valid	237	237	236	237	234	237	236	235	236	235	236	237	237	237	236	237
	Missing	0	0	1	0	3	0	1	2	1	2	1	0	0	0	1	0
Mean		4,86	4,89	4,53	3,97	3,68	4,81	4,28	4,79	4,52	4,82	4,48	4,58	3,83	3,69	4,25	3,86
Median		5,00	5,00	5,00	4,00	4,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	4,00	4,00	5,00	4,00
Mode		5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Std. Deviation		,430	,347	,812	1,142	1,158	,514	,918	,486	,746	,491	,796	,700	1,213	1,253	,976	1,192
Percent 25		5,00	5,00	4,00	3,00	3,00	5,00	4,00	5,00	4,00	5,00	4,00	4,00	3,00	3,00	4,00	3,00
50		5,00	5,00	5,00	4,00	4,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	4,00	4,00	5,00	4,00
75		5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00

**Frequency Table**

**Conceito de alimentação saudável: Balanceada com todos os nutrientes necessários**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	pouco importante	2	,8	,8	,8
	mais ou menos importante	2	,8	,8	1,7
	importante	22	9,3	9,3	11,0
	muito importante	211	89,0	89,0	100,0
	Total	237	100,0	100,0	

**Conceito de alimentação saudável: Benefícios para a qualidade a saúde**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	mais ou menos importante	3	1,3	1,3	1,3
	importante	19	8,0	8,0	9,3
	muito importante	215	90,7	90,7	100,0
	Total	237	100,0	100,0	

**Conceito de alimentação saudável: Adequada às características sócio-econômicas**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nada importante	3	1,3	1,3	1,3
	pouco importante	2	,8	,8	2,1
	mais ou menos importante	24	10,1	10,2	12,3
	importante	46	19,4	19,5	31,8
	muito importante	161	67,9	68,2	100,0
	Total	236	99,6	100,0	
Missing	System	1	,4		
Total		237	100,0		

**Conceito de alimentação saudável: Natural sem alimentos industrializados**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nada importante	10	4,2	4,2	4,2
	pouco importante	16	6,8	6,8	11,0
	mais ou menos importante	49	20,7	20,7	31,6
	importante	57	24,1	24,1	55,7
	muito importante	105	44,3	44,3	100,0
	Total	237	100,0	100,0	

**Conceito de alimentação saudável: Pouca caloria**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nada importante	13	5,5	5,6	5,6
	pouco importante	20	8,4	8,5	14,1
	mais ou menos importante	67	28,3	28,6	42,7
	importante	62	26,2	26,5	69,2
	muito importante	72	30,4	30,8	100,0
	Total	234	98,7	100,0	
Missing	System	3	1,3		
Total		237	100,0		

**Conceito de alimentação saudável: Higiênica**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	pouco importante	3	1,3	1,3	1,3
	mais ou menos importante	4	1,7	1,7	3,0
	importante	28	11,8	11,8	14,8
	muito importante	202	85,2	85,2	100,0
Total		237	100,0	100,0	

**Conceito de alimentação saudável: Baixo teor de gordura**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nada importante	3	1,3	1,3	1,3
	pouco importante	5	2,1	2,1	3,4
	mais ou menos importante	42	17,7	17,8	21,2
	importante	58	24,5	24,6	45,8
	muito importante	128	54,0	54,2	100,0
	Total	236	99,6	100,0	
Missing	System	1	,4		
Total		237	100,0		

**Conceito de alimentação saudável: Conter variedades de alimentos**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	mais ou menos importante	8	3,4	3,4	3,4
	importante	34	14,3	14,5	17,9
	muito importante	193	81,4	82,1	100,0
	Total	235	99,2	100,0	
Missing	System	2	,8		
Total		237	100,0		

**Conceito de alimentação saudável: Natural sem agrotóxicos**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nada importante	1	,4	,4	,4
	pouco importante	2	,8	,8	1,3
	mais ou menos importante	24	10,1	10,2	11,4
	importante	56	23,6	23,7	35,2
	muito importante	153	64,6	64,8	100,0
	Total	236	99,6	100,0	
Missing	System	1	,4		
Total		237	100,0		

**Conceito de alimentação saudável: Legumes, verduras e frutas**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	pouco importante	1	,4	,4	,4
	mais ou menos importante	8	3,4	3,4	3,8
	importante	23	9,7	9,8	13,6
	muito importante	203	85,7	86,4	100,0
	Total	235	99,2	100,0	
Missing	System	2	,8		
Total		237	100,0		

**Conceito de alimentação saudável: Oferecer prazer ao paladar**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nada importante	2	,8	,8	,8
	pouco importante	2	,8	,8	1,7
	mais ou menos importante	27	11,4	11,4	13,1
	importante	55	23,2	23,3	36,4
	muito importante	150	63,3	63,6	100,0
	Total	236	99,6	100,0	
Missing	System	1	,4		
Total		237	100,0		

**Conceito de alimentação saudável: Ter fibras e cereais integrais**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nada importante	1	,4	,4	,4
	pouco importante	2	,8	,8	1,3
	mais ou menos importante	17	7,2	7,2	8,4
	importante	55	23,2	23,2	31,6
	muito importante	162	68,4	68,4	100,0
	Total	237	100,0	100,0	

**Conceito de alimentação saudável: Trazer lembranças de nossa cultura**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nada importante	16	6,8	6,8	6,8
	pouco importante	15	6,3	6,3	13,1
	mais ou menos importante	56	23,6	23,6	36,7
	importante	56	23,6	23,6	60,3
	muito importante	94	39,7	39,7	100,0
	Total	237	100,0	100,0	

**Conceito de alimentação saudável: Comer com os outros**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nada importante	19	8,0	8,0	8,0
	pouco importante	22	9,3	9,3	17,3
	mais ou menos importante	53	22,4	22,4	39,7
	importante	62	26,2	26,2	65,8
	muito importante	81	34,2	34,2	100,0
	Total	237	100,0	100,0	

**Conceito de alimentação saudável: Mais tempo para se alimentar**

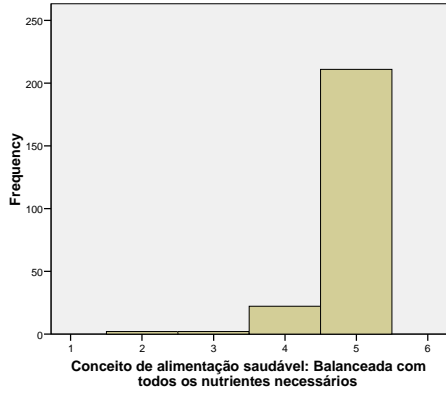
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nada importante	8	3,4	3,4	3,4
	pouco importante	4	1,7	1,7	5,1
	mais ou menos importante	30	12,7	12,7	17,8
	importante	74	31,2	31,4	49,2
	muito importante	120	50,6	50,8	100,0
	Total	236	99,6	100,0	
Missing	System	1	,4		
Total		237	100,0		

**Conceito de alimentação saudável: Lembranças de nossa família**

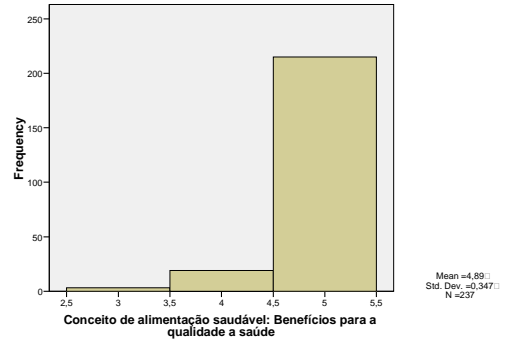
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nada importante	14	5,9	5,9	5,9
	pouco importante	15	6,3	6,3	12,2
	mais ou menos importante	58	24,5	24,5	36,7
	importante	54	22,8	22,8	59,5
	muito importante	96	40,5	40,5	100,0
	Total	237	100,0	100,0	

# Histogram

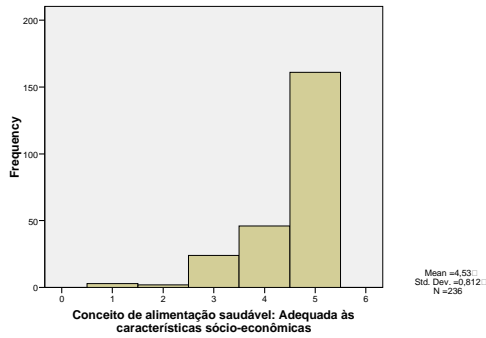
**Conceito de alimentação saudável: Balanceada com todos os nutrientes necessários**



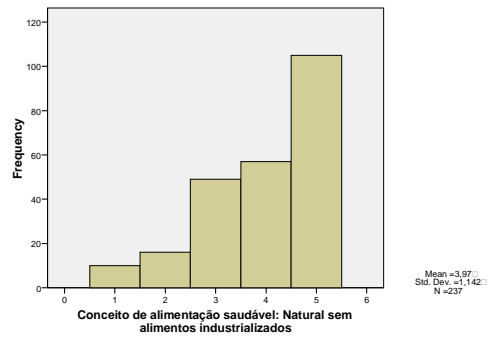
**Conceito de alimentação saudável: Benefícios para a qualidade a saúde**



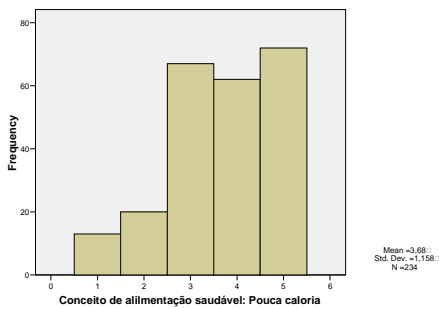
**Conceito de alimentação saudável: Adequada às características sócio-econômicas**



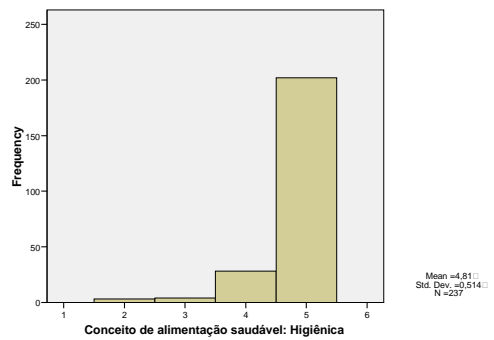
**Conceito de alimentação saudável: Natural sem alimentos industrializados**



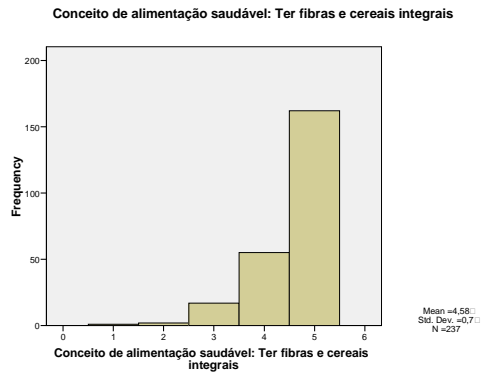
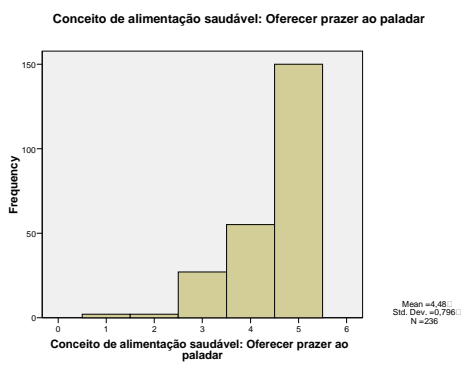
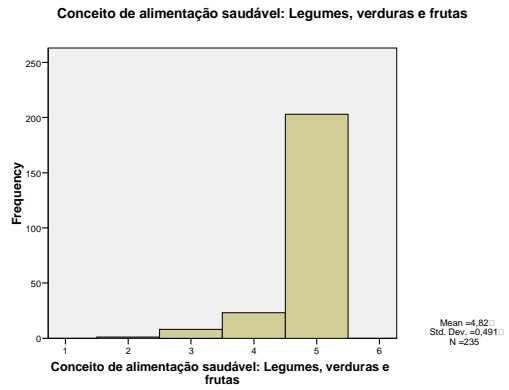
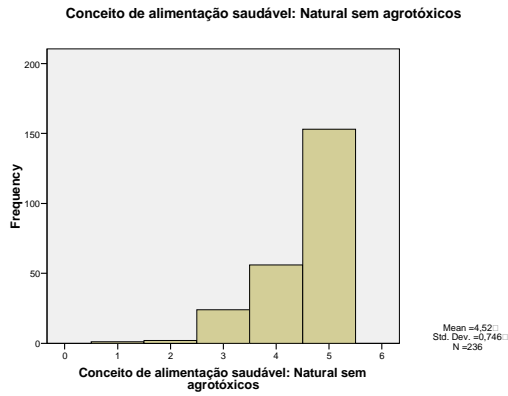
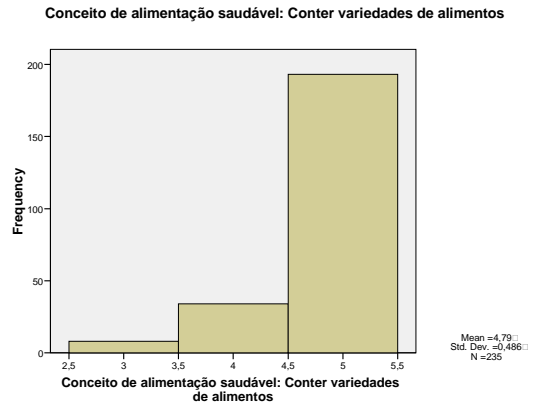
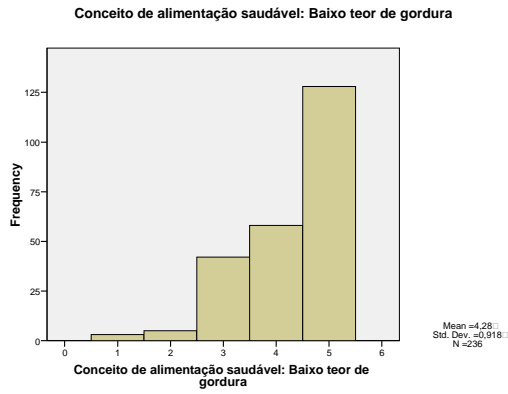
**Conceito de alimentação saudável: Pouca caloria**



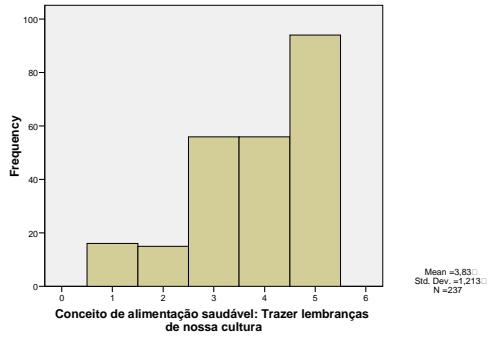
**Conceito de alimentação saudável: Higiénica**



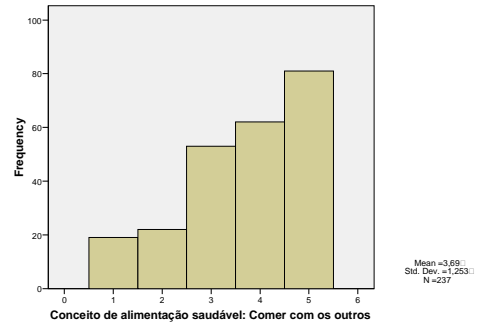




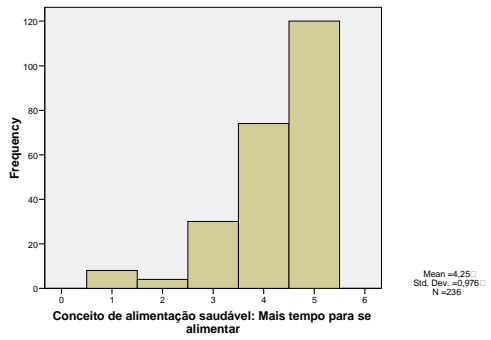
Conceito de alimentação saudável: Trazer lembranças de nossa cultura



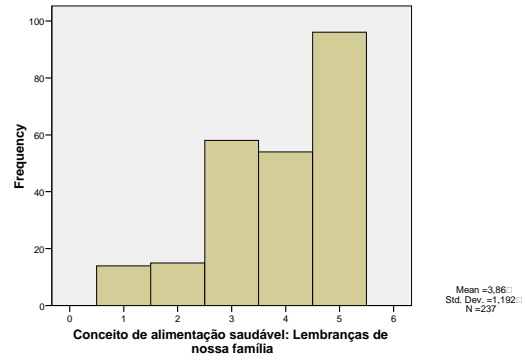
Conceito de alimentação saudável: Comer com os outros



Conceito de alimentação saudável: Mais tempo para se alimentar



Conceito de alimentação saudável: Lembranças de nossa família



## **ANEXO D - Análise Fatorial para as categorias profissionais de enfermeiros e médicos.**

### **1 A Matriz de Correlação**

Na análise fatorial cada par de variáveis ou perguntas são organizadas em uma matriz- R ou matriz de correlação. Os elementos diagonais de uma matriz- R são iguais a 1 (um), já que cada variável irá correlacionar perfeitamente com ela mesma, porém os elementos fora da diagonal são os coeficientes de correlação de Pearson entre cada par de variáveis, que quando possuem valores altos podem sugerir que essas variáveis fazem parte de uma mesma dimensão subjacente (FIELD, 2009).

Observando as matrizes de correlação de enfermeiros e médicos é possível notar que há correlação entre as variáveis com significância a nível 0,05 e 0,01, apesar da maioria está abaixo de 0,50. No grupo dos enfermeiros as correlações mais fortes (acima de 0,499) estão entre as variáveis 5 e 7 (pouca caloria e baixo teor de gordura) e 13,14 e 16 (trazer lembranças de nossa cultura, comer com os outros e lembranças de nossa família).

Na categoria médica as correlações mais fortes também estão entre as variáveis 5 e 7; 13,14 e 16, mas também entre as variáveis 11 e 13 (oferecer prazer ao paladar e trazer lembranças de nossa cultura).

Ao avaliar as duas matrizes, observa-se que o determinante é maior que 0 (zero), testando que não há multicolinearidade (variáveis altamente correlacionadas) e singularidade dos dados (variáveis perfeitamente correlacionadas), que podem prejudicar a análise (FIELD, 2009).

**Matriz de Correlação da categoria profissional de enfermeiros.**

Correlação Matriz

	Conceito de alimentação saudável: Balançada com todos os nutrientes necessários	Conceito de alimentação saudável: Benefícios para a qualidade a saúde	Conceito de alimentação saudável: Adequada às características sócio-econômicas	Conceito de alimentação saudável: Nutrientes em alimentos industrializados	Conceito de alimentação saudável: Pouca caloria	Conceito de alimentação saudável: Higiênica	Conceito de alimentação saudável: Baixo teor de gordura	Conceito de alimentação saudável: Com variedades de alimentos	Conceito de alimentação saudável: Natural sem agroquímicos	Conceito de alimentação saudável: Legumes, verduras e frutas	Conceito de alimentação saudável: Oferecer prazer ao paladar	Conceito de alimentação saudável: Ter fibras e cereais integrais	Conceito de alimentação saudável: Trazer lembranças de nossa cultura	Conceito de alimentação saudável: Comer com os outros	Conceito de alimentação saudável: Mais tempo para se alimentar	Conceito de alimentação saudável: Lembranças de nossa família
Correlação	1,000	.330	.123	.138	.032	.314	.095	.280	.052	.258	.121	.150	-.005	.035	.235	.071
Conceito de alimentação saudável: Balançada com todos os nutrientes necessários	1,000															
Conceito de alimentação saudável: Benefícios para a qualidade a saúde	.330	1,000														
Conceito de alimentação saudável: Adequada às características sócio-econômicas	.123	.427	1,000													
Conceito de alimentação saudável: Nutrientes em alimentos industrializados	.138	.112	.195	1,000												
Conceito de alimentação saudável: Pouca caloria	.032	.085	.077	.347	1,000											
Conceito de alimentação saudável: Higiênica	.314	.340	.269	.168	.054	1,000										
Conceito de alimentação saudável: Baixo teor de gordura	.095	.085	.002	.197	.501	.164	1,000									
Conceito de alimentação saudável: Com variedades de alimentos	.280	.167	.097	.300	.194	.417	.309	1,000								
Conceito de alimentação saudável: Natural sem agroquímicos	.052	.091	.083	.456	.241	.200	.203	.244	1,000							
Conceito de alimentação saudável: Legumes, verduras e frutas	.258	.305	.204	.280	.086	.421	.215	.325	.280	1,000						
Conceito de alimentação saudável: Oferecer prazer ao paladar	.121	.134	.273	.245	.232	.276	.211	.417	.339	.313	1,000					
Conceito de alimentação saudável: Ter fibras e cereais integrais	.150	.222	.168	.345	.090	.290	.065	.289	.203	.472	.299	1,000				
Conceito de alimentação saudável: Trazer lembranças de nossa cultura	-.005	.159	.258	.095	.072	.193	.040	.297	.205	.265	.411	.291	1,000			
Conceito de alimentação saudável: Comer com os outros	.035	.245	.308	.231	.125	.180	.104	.304	.205	.173	.420	.293	.631	1,000		
Conceito de alimentação saudável: Mais tempo para se alimentar	.235	.428	.382	.268	.110	.323	.131	.307	.141	.369	.257	.317	.351	.493	1,000	
Conceito de alimentação saudável: Lembranças de nossa família	.071	.279	.297	.181	.179	.158	.133	.213	.185	.081	.390	.005	.606	.527	.490	1,000
Sig. (1-tailed)		.000	.033	.019	.315	.000	.077	.000	.220	.000	.035	.012	.470	.299	.000	.145
Conceito de alimentação saudável: Balançada com todos os nutrientes necessários		.000														
Conceito de alimentação saudável: Benefícios para a qualidade a saúde		.000	.000	.047	.103	.000	.101	.006	.088	.000	.023	.000	.009	.000	.000	.000
Conceito de alimentação saudável: Adequada às características sócio-econômicas		.033	.000	.002	.126	.000	.490	.075	.109	.001	.000	.006	.000	.000	.000	.000
Conceito de alimentação saudável: Nutrientes em alimentos industrializados		.019	.047	.002	.000	.006	.002	.000	.000	.000	.000	.000	.078	.000	.000	.003
Conceito de alimentação saudável: Pouca caloria		.315	.103	.126	.000	.209	.000	.002	.000	.099	.000	.089	.142	.031	.050	.004
Conceito de alimentação saudável: Higiênica		.000	.000	.006	.209	.007	.000	.001	.000	.000	.000	.002	.003	.000	.009	.000
Conceito de alimentação saudável: Baixo teor de gordura		.077	.101	.490	.002	.000	.007	.000	.001	.001	.001	.167	.277	.059	.025	.024
Conceito de alimentação saudável: Com variedades de alimentos		.000	.006	.075	.000	.002	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.001
Conceito de alimentação saudável: Natural sem agroquímicos		.220	.088	.109	.000	.000	.001	.001	.000	.000	.000	.001	.001	.001	.018	.003
Conceito de alimentação saudável: Legumes, verduras e frutas		.000	.000	.001	.000	.099	.000	.001	.000	.000	.000	.000	.000	.005	.000	.114
Conceito de alimentação saudável: Oferecer prazer ao paladar		.035	.023	.000	.000	.000	.001	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
Conceito de alimentação saudável: Ter fibras e cereais integrais		.012	.000	.006	.000	.089	.000	.167	.000	.001	.000	.000	.000	.000	.000	.468
Conceito de alimentação saudável: Trazer lembranças de nossa cultura		.470	.009	.000	.078	.142	.002	.277	.000	.001	.000	.000	.000	.000	.000	.000
Conceito de alimentação saudável: Comer com os outros		.299	.000	.000	.000	.031	.003	.059	.000	.001	.005	.000	.000	.000	.000	.000
Conceito de alimentação saudável: Mais tempo para se alimentar		.000	.000	.000	.000	.050	.000	.025	.000	.018	.000	.000	.000	.000	.000	.000
Conceito de alimentação saudável: Lembranças de nossa família		.145	.000	.000	.003	.004	.009	.024	.001	.003	.114	.000	.468	.000	.000	.000

<sup>a</sup>. Determinant= .005

**Matriz de correlação da categoria profissional de médicos.**

Correlation Matrix

	Conceito de alimentação saudável: Balanceada com todos os nutrientes necessários	Conceito de alimentação saudável: Benefícios para a qualidade da saúde	Conceito de alimentação saudável: Adequada às características sócio-econômicas	Conceito de alimentação saudável: Natural sem alimentos industrializados	Conceito de alimentação saudável: Pouca caloria	Conceito de alimentação saudável: Higiênica	Conceito de alimentação saudável: Baixo teor de gordura	Conceito de alimentação saudável: Conter variedades de alimentos	Conceito de alimentação saudável: Natural sem agrotóxicos	Conceito de alimentação saudável: Legumes, verduras e frutas	Conceito de alimentação saudável: Crescer prazer ao paladar	Conceito de alimentação saudável: Ter fibras e cereais integrais	Conceito de alimentação saudável: Trazer lembranças de nossa cultura	Conceito de alimentação saudável: Comer com os outros	Conceito de alimentação saudável: Mais tempo para se alimentar	Conceito de alimentação saudável: Lembranças de nossa família
Correlação	1,000	,481	,000	,078	-,047	,189	-,041	,074	,036	,125	-,004	,051	,024	-,066	,073	,014
Conceito de alimentação saudável: Balanceada com todos os nutrientes necessários																
Conceito de alimentação saudável: Benefícios para a qualidade da saúde	,481	1,000	,231	,268	,077	,105	,028	,110	,041	,247	,125	,332	,191	,064	,069	,093
Conceito de alimentação saudável: Adequada às características sócio-econômicas	,000	,231	1,000	,198	,147	,119	,156	,305	-,016	,148	,437	,362	,442	,294	,327	,310
Conceito de alimentação saudável: Natural sem alimentos industrializados	,078	,268	,198	1,000	,291	,108	,138	,134	,269	,098	,034	,311	,238	,252	,148	,138
Conceito de alimentação saudável: Pouca caloria	-,047	,077	,147	,291	1,000	-,043	,632	,142	,246	-,031	,123	,131	,268	,229	,185	,218
Conceito de alimentação saudável: Higiênica	,189	,105	,119	,108	-,043	1,000	,045	,252	-,003	,343	,050	,211	,003	,011	,290	,061
Conceito de alimentação saudável: Baixo teor de gordura	-,041	,028	,156	,138	,632	,045	1,000	,220	,194	,050	,214	,101	,288	,177	,105	,256
Conceito de alimentação saudável: Conter variedades de alimentos	,074	,110	,305	,134	,142	,252	,220	1,000	,148	,351	,220	,360	,236	,167	,335	,219
Conceito de alimentação saudável: Natural sem agrotóxicos	,036	,041	-,016	,269	,246	-,003	,194	,148	1,000	,066	,087	,230	,253	,223	,181	,242
Conceito de alimentação saudável: Legumes, verduras e frutas	,125	,247	,148	,098	-,031	,343	,050	,351	,066	1,000	,171	,275	,130	,020	,181	,066
Conceito de alimentação saudável: Crescer prazer ao paladar	-,004	,125	,437	,034	,123	,050	,214	,220	,087	,171	1,000	,307	,524	,369	,281	,464
Conceito de alimentação saudável: Ter fibras e cereais integrais	,051	,332	,362	,311	,131	,211	,101	,360	,230	,275	,307	1,000	,390	,268	,381	,196
Conceito de alimentação saudável: Trazer lembranças de nossa cultura	,024	,191	,442	,238	,268	,003	,288	,236	,253	,130	,524	,390	1,000	,580	,442	,727
Conceito de alimentação saudável: Comer com os outros	-,066	,064	,294	,252	,229	,011	,177	,167	,223	,020	,369	,268	,580	1,000	,449	,642
Conceito de alimentação saudável: Mais tempo para se alimentar	,013	,063	,327	,148	,185	,290	,105	,335	,181	,181	,261	,442	,449	1,000		,465
Conceito de alimentação saudável: Lembranças de nossa família	,014	,083	,310	,138	,218	,061	,256	,219	,242	,066	,464	,727	,642	,449		1,000
Sig (1-tailed)																
Conceito de alimentação saudável: Balanceada com todos os nutrientes necessários	,000	,499	,120	,243	,002	,272	,133	,302	,080	,478	,223	,267	,160	,422	,417	
Conceito de alimentação saudável: Benefícios para a qualidade da saúde	,000		,000	,125	,067	,337	,049	,269	,000	,030	,000	,002	,168	,212	,083	
Conceito de alimentação saudável: Adequada às características sócio-econômicas	,499	,000		,001	,014	,037	,009	,408	,013	,000	,000	,000	,000	,000	,000	
Conceito de alimentação saudável: Natural sem alimentos industrializados	,120	,000	,001		,000	,053	,019	,022	,000	,072	,305	,000	,000	,000	,019	
Conceito de alimentação saudável: Pouca caloria	,243	,125	,014	,000		,261	,000	,017	,000	,330	,032	,025	,000	,000	,008	
Conceito de alimentação saudável: Higiênica	,002	,067	,037	,053	,261		,249	,000	,485	,000	,229	,001	,485	,437	,000	
Conceito de alimentação saudável: Baixo teor de gordura	,272	,337	,009	,019	,000	,249		,000	,002	,226	,001	,064	,000	,004	,088	
Conceito de alimentação saudável: Conter variedades de alimentos	,133	,049	,000	,022	,017	,000	,000		,013	,000	,000	,000	,000	,006	,000	
Conceito de alimentação saudável: Natural sem agrotóxicos	,302	,269	,408	,000	,000	,485	,002	,013		,163	,097	,000	,000	,000	,008	
Conceito de alimentação saudável: Legumes, verduras e frutas	,080	,000	,019	,072	,320	,000	,226	,000	,163		,005	,000	,026	,385	,008	
Conceito de alimentação saudável: Crescer prazer ao paladar	,478	,030	,000	,305	,032	,229	,001	,000	,097	,005		,000	,000	,000	,000	
Conceito de alimentação saudável: Ter fibras e cereais integrais	,223	,000	,000	,000	,025	,001	,064	,000	,000	,000	,000		,000	,000	,002	
Conceito de alimentação saudável: Trazer lembranças de nossa cultura	,267	,002	,000	,000	,000	,485	,000	,000	,000	,026	,000	,000		,000	,000	
Conceito de alimentação saudável: Comer com os outros	,160	,168	,000	,000	,000	,437	,004	,006	,000	,385	,000	,000	,000		,000	
Conceito de alimentação saudável: Mais tempo para se alimentar	,422	,212	,000	,013	,008	,000	,068	,000	,008	,008	,000	,000	,000		,000	
Conceito de alimentação saudável: Lembranças de nossa família	,417	,083	,000	,019	,000	,181	,000	,000	,000	,161	,000	,002	,000	,000		,000

a. Determinant=.006

## 2 Testes de Indicação da Análise Fatorial

O teste de *Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)* é indicado para verificar a consistência dos dados e a partir dos resultados indicar ou não a utilização do método de análise fatorial. A estatística KMO varia de 0 (zero) a 1 (um) e valores acima de 0,50 são aceitáveis (KAISER, 1974 apud FIELD, 2009).

Segundo Kaiser; Rice (1977 apud MINGOTI, 2007) o valor de KMO abaixo de 0,5 seria péssimo, necessitando a correção dos dados amostrais, através da exclusão de variáveis ou inclusão de novas variáveis. Para enfermeiros e médicos observa-se KMO total de 0,779 e 0,757, respectivamente, possibilitando e indicando o uso da análise fatorial.

As matrizes anti- imagem de correlação de enfermeiros e médicos demonstram as matrizes anti-imagem de correlação, que contêm medidas de adequação da amostra para enfermeiros e médicos, respectivamente, em que na diagonal constam os KMO's individuais de cada variável.

## Matriz Anti-imagem da categoria de enfermeiros.

	Balanceda com todos os nutrientes necessários	Benefícios para a qualidade a saúde	Adequada às características sócio-econômicas	Natural sem alimentos industrializados	Pouca caloria	Higiênica	Baixo teor de gordura	Conter variedades de alimentos	Natural sem agrotóxicos	Legumes, verduras e frutas	Oferecer prazer ao paladar	Ter fibras e cereais integrais	Trazer lembranças de nossa cultura	Comer com os outros	Mais tempo para se alimentar
Balanceda com todos os nutrientes necessários	,796 <sup>a</sup>	-,217	,041	-,050	,035	-,125	,013	-,168	,060	-,082	-,028	,002	,101	,073	-,059
Benefícios para a qualidade a saúde	-,217	,781 <sup>a</sup>	-,305	,130	-,059	-,114	,008	,017	-,039	-,119	,129	-,106	,116	-,035	-,135
Adequada às características sócio-econômicas	,041	-,305	,781 <sup>a</sup>	-,150	-,014	-,133	,076	,147	,093	,016	-,186	,072	-,084	-,047	-,149
Natural sem alimentos industrializados	-,050	,130	-,150	,698 <sup>a</sup>	-,245	,070	,065	-,155	-,369	-,085	,089	-,252	,223	-,063	-,047
Pouca caloria	,035	-,059	-,014	-,245	,669 <sup>a</sup>	,062	-,458	,014	-,034	,097	-,100	-,016	-,007	,049	,022
Higiênica	-,125	-,114	-,133	,070	,062	,865 <sup>a</sup>	-,036	-,257	-,079	-,180	-,026	-,067	,017	,051	-,043
Baixo teor de gordura	,013	,008	,076	,065	-,458	-,036	,665 <sup>a</sup>	-,189	-,044	-,164	-,016	,069	,114	-,033	-,004
Conter variedades de alimentos	-,168	,017	,147	-,155	,014	-,257	-,189	,820 <sup>a</sup>	,021	,017	-,230	,007	-,147	-,068	-,097
Natural sem agrotóxicos	,060	-,039	,093	-,369	-,034	-,079	-,044	,021	,785 <sup>a</sup>	-,109	-,181	,059	-,078	-,006	,066
Legumes, verduras e frutas	-,082	-,119	,016	-,085	,097	-,180	-,164	,017	-,109	,807 <sup>a</sup>	-,122	-,223	-,201	,139	-,200
Oferecer prazer ao paladar	-,028	,129	-,186	,089	-,100	-,026	-,016	-,230	-,181	-,122	,842 <sup>a</sup>	-,145	-,018	-,110	,128
Ter fibras e cereais integrais	,002	-,106	,072	-,252	-,016	-,067	,069	,007	,059	-,223	-,145	,717 <sup>a</sup>	-,225	-,166	-,146
Trazer lembranças de nossa cultura	,101	,116	-,084	,223	-,007	,017	,114	-,147	-,078	-,201	-,018	-,225	,743 <sup>a</sup>	-,313	,117
Comer com os outros	,073	-,035	-,047	-,063	,049	,051	-,033	-,068	-,006	,139	-,110	-,166	-,313	,855 <sup>a</sup>	-,201
Mais tempo para se alimentar	-,059	-,135	-,149	-,047	,022	-,043	-,004	-,097	,066	-,200	,128	-,146	,117	-,201	,848 <sup>a</sup>
Lembranças de nossa família	-,037	-,153	,033	-,133	-,055	-,022	-,053	,105	,001	,164	-,196	,377	-,435	-,271	-,310

## Matriz Anti-imagem da categoria de médicos.

	Balanceada com todos os nutrientes necessários	Benefícios para a qualidade a saúde	Adequada às características sócio-econômicas	Natural sem alimentos industrializados	Pouca caloria	Higiênica	Baixo teor de gordura	Conter variedades de alimentos	Natural sem agrotóxicos	Legumes, verduras e frutas	Oferecer prazer ao paladar	Ter fibras e cereais integrais	Trazer lembranças de nossa cultura	Comer com os outros	Mais tempo para se alimentar	Lembranças de nossa família
Anti-image Correlation	,485 <sup>a</sup>	-,496	,096	,016	,045	-,172	,025	-,072	-,062	,050	-,001	,135	-,037	,074	-,021	-,010
Benefícios necessários para a qualidade a saúde	-,496	,588 <sup>a</sup>	-,142	-,150	-,067	,074	,037	,086	,095	-,181	,022	-,261	-,024	,023	,117	-,043
Adequada às características sócio-econômicas	,096	-,142	,822 <sup>a</sup>	-,124	-,003	-,032	-,007	-,163	,201	,052	-,254	-,055	-,177	-,009	-,112	,057
Natural sem alimentos industrializados	,016	-,150	-,124	,710 <sup>a</sup>	-,199	-,112	,079	,013	-,293	-,001	,149	-,119	-,064	-,160	,087	,079
Pouca caloria	,045	-,067	-,003	-,199	,641 <sup>a</sup>	,111	-,608	,010	-,065	,084	,039	,026	-,016	-,040	-,149	,042
Higiênica	-,172	,074	-,032	-,112	,111	,605 <sup>a</sup>	-,109	-,053	,086	-,250	,017	-,099	,170	,064	-,248	-,080
Baixo teor de gordura	,025	,037	-,007	,079	-,608	-,109	,632 <sup>a</sup>	-,139	-,050	-,018	-,081	-,040	-,089	,042	,153	-,063
Conter variedades de alimentos	-,072	,086	-,163	,013	,010	-,053	-,139	,819 <sup>a</sup>	-,052	-,244	,002	-,185	,066	,025	-,126	-,063
Natural sem agrotóxicos	-,062	,095	,201	-,293	-,065	,086	-,050	-,052	,735 <sup>a</sup>	-,031	,006	-,133	-,042	,003	-,038	-,099
Legumes, verduras e frutas	,050	-,181	,052	-,001	,084	-,250	-,018	-,244	-,031	,731 <sup>a</sup>	-,095	-,044	-,058	,061	-,027	,057
Oferecer prazer ao paladar	-,001	,022	-,254	,149	,039	,017	-,081	,002	,006	-,095	,861 <sup>a</sup>	-,129	-,177	-,048	,078	-,147
Ter fibras e cereais integrais	,135	-,261	-,055	-,119	,026	-,099	,040	-,185	-,133	-,044	-,129	,784 <sup>a</sup>	-,204	-,055	-,193	,228
Trazer lembranças de nossa cultura	-,037	-,024	-,177	-,064	-,016	,170	-,089	,066	-,042	-,058	-,177	-,204	,831 <sup>a</sup>	-,108	-,074	-,496
Comer com os outros	,074	,023	-,009	-,160	-,040	,064	,042	,025	,003	,061	-,048	-,055	-,108	,869 <sup>a</sup>	-,178	-,361
Mais tempo para se alimentar	-,021	,117	-,112	,087	-,149	-,248	,153	-,126	-,038	-,027	,078	-,193	-,074	-,178	,825 <sup>a</sup>	-,169
Lembranças de nossa família	-,010	-,043	,057	,079	,042	-,080	-,063	-,063	-,099	,057	-,147	,228	-,496	-,361	-,169	,772 <sup>a</sup>



O *Bartlett's test of sphericity (BTS)* é um teste em que se observa se a matriz de correlação se assemelha ou não a uma matriz identidade. Se a matriz de correlação parecer com a matriz identidade, significa que cada variável se correlaciona pessimamente com todas as outras variáveis (coeficientes de correlação próximos a zero). Se houver uma matriz identidade, significa que todas as variáveis são independentes (coeficientes de correlação iguais a zero) (FIELD, 2009).

Na análise dos dados para as duas categorias profissionais (**Tabelas 1 e 2**) verifica-se que é improvável a matriz de correlação ser uma identidade, porque houve um índice alto gerado pelo teste, sendo 1142,286 para enfermeiros e 1116,989 para médicos e um nível de significância igual a zero, o que é adequado, já que para o teste ser significativo o valor deve ser menor que 0,05 (PETT, LACKEY, SULLIVAN, 2003).

**Tabela 1- Testes de Kaiser-Meyer- Olkin (KMO) e Bartlett (BTS) para o grupo de enfermeiros, gerados pelo SPSS for Windows.**

KMO and Bartlett's Test		
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,779
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	1142,286
	df	120
	Sig.	,000

**Tabela 2- Testes de Kaiser-Meyer- Olkin (KMO) e Bartlett (BTS) para o grupo de médicos, gerados pelo SPSS for Windows.**

KMO and Bartlett's Test		
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,757
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	1116,989
	df	120
	Sig.	,000

### **3 Extração dos Fatores**

Comunalidade é a proporção da variância comum presente em uma variável, ou seja, é a quantidade de variância que uma variável compartilha com todas as outras variáveis. A Principal Component Analysis (PCA) ou análise dos componentes principais considera que inicialmente toda a comunalidade é igual a 1 e após a extração os valores representam a variância comum de cada variável (FIELD, 2009).

Nas tabelas de comunalidades dos enfermeiros e médicos nota-se que as 16 variáveis possuem excelentes comunalidades nas duas categorias profissionais.

Tabela de Comunalidades para a categoria de enfermeiros.

Communalities		
	Initial	Extraction
Conceito de alimentação saudável: Balanceada com todos os nutrientes necessários	1,000	,542
Conceito de alimentação saudável: Benefícios para a qualidade a saúde	1,000	,687
Conceito de alimentação saudável: Adequada às características sócio-econômicas	1,000	,604
Conceito de alimentação saudável: Natural sem alimentos industrializados	1,000	,689
Conceito de alimentação saudável: Pouca caloria	1,000	,723
Conceito de alimentação saudável: Higiênica	1,000	,567
Conceito de alimentação saudável: Baixo teor de gordura	1,000	,703
Conceito de alimentação saudável: Conter variedades de alimentos	1,000	,655
Conceito de alimentação saudável: Natural sem agrotóxicos	1,000	,539
Conceito de alimentação saudável: Legumes, verduras e frutas	1,000	,600
Conceito de alimentação saudável: Oferecer prazer ao paladar	1,000	,533
Conceito de alimentação saudável: Ter fibras e cereais integrais	1,000	,633
Conceito de alimentação saudável: Trazer lembranças de nossa cultura	1,000	,751
Conceito de alimentação saudável: Comer com os outros	1,000	,734
Conceito de alimentação saudável: Mais tempo para se alimentar	1,000	,591
Conceito de alimentação saudável: Lembranças de nossa família	1,000	,788

Extraction Method: Principal Component Analysis.

**Tabela de Comunalidades para a categoria de médicos.**

**Communalities**

	Initial	Extraction
Conceito de alimentação saudável: Balanceada com todos os nutrientes necessários	1,000	,614
Conceito de alimentação saudável: Benefícios para a qualidade a saúde	1,000	,788
Conceito de alimentação saudável: Adequada às características sócio-econômicas	1,000	,502
Conceito de alimentação saudável: Natural sem alimentos industrializados	1,000	,608
Conceito de alimentação saudável: Pouca caloria	1,000	,789
Conceito de alimentação saudável: Higiênica	1,000	,538
Conceito de alimentação saudável: Baixo teor de gordura	1,000	,825
Conceito de alimentação saudável: Conter variedades de alimentos	1,000	,547
Conceito de alimentação saudável: Natural sem agrotóxicos	1,000	,631
Conceito de alimentação saudável: Legumes, verduras e frutas	1,000	,529
Conceito de alimentação saudável: Oferecer prazer ao paladar	1,000	,595
Conceito de alimentação saudável: Ter fibras e cereais integrais	1,000	,496
Conceito de alimentação saudável: Trazer lembranças de nossa cultura	1,000	,767
Conceito de alimentação saudável: Comer com os outros	1,000	,672
Conceito de alimentação saudável: Mais tempo para se alimentar	1,000	,579
Conceito de alimentação saudável: Lembranças de nossa família	1,000	,711

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Na análise dos componentes principais recomenda-se que sejam retidos os Eigenvalues ou autovalores acima de 1 (um). As Tabelas 3 e 4 representam a variância total explicada por cada fator para o grupo de enfermeiros e médicos, respectivamente.

**Tabela 3- Variância total explicada pelo método de Componentes Principais no grupo de enfermeiros, gerado pelo SPSS for Windows.**

Component	Total Variance Explained									
	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings			
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	
1	4,702	29,385	29,385	4,702	29,385	29,385	2,769	17,308	17,308	
2	1,791	11,195	40,580	1,791	11,195	40,580	2,142	13,390	30,698	
3	1,628	10,173	50,753	1,628	10,173	50,753	1,931	12,067	42,765	
4	1,194	7,461	58,214	1,194	7,461	58,214	1,837	11,483	54,248	
5	1,025	6,409	64,623	1,025	6,409	64,623	1,660	10,375	64,623	
6	,825	5,153	69,777							
7	,769	4,804	74,581							
8	,674	4,214	78,794							
9	,621	3,883	82,677							
10	,525	3,281	85,958							
11	,487	3,046	89,004							
12	,447	2,794	91,798							
13	,424	2,648	94,446							
14	,376	2,349	96,795							
15	,303	1,897	98,691							
16	,209	1,309	100,000							

Extraction Method: Principal Component Analysis.

**Tabela 4- Variância total explicada pelo método de componentes principais no grupo de médicos, gerado pelo SPSS for Windows.**

Component	Total Variance Explained									
	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings			
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	
1	4,344	27,148	27,148	4,344	27,148	27,148	3,331	20,821	20,821	
2	1,932	12,076	39,224	1,932	12,076	39,224	2,022	12,639	33,460	
3	1,521	9,504	48,728	1,521	9,504	48,728	1,669	10,434	43,894	
4	1,269	7,929	56,658	1,269	7,929	56,658	1,584	9,900	53,794	
5	1,125	7,032	63,690	1,125	7,032	63,690	1,583	9,896	63,690	
6	,958	5,986	69,676							
7	,813	5,081	74,757							
8	,679	4,243	79,000							
9	,612	3,824	82,824							
10	,600	3,747	86,571							
11	,488	3,052	89,623							
12	,421	2,629	92,251							
13	,378	2,363	94,614							
14	,356	2,222	96,836							
15	,296	1,847	98,683							
16	,211	1,317	100,000							

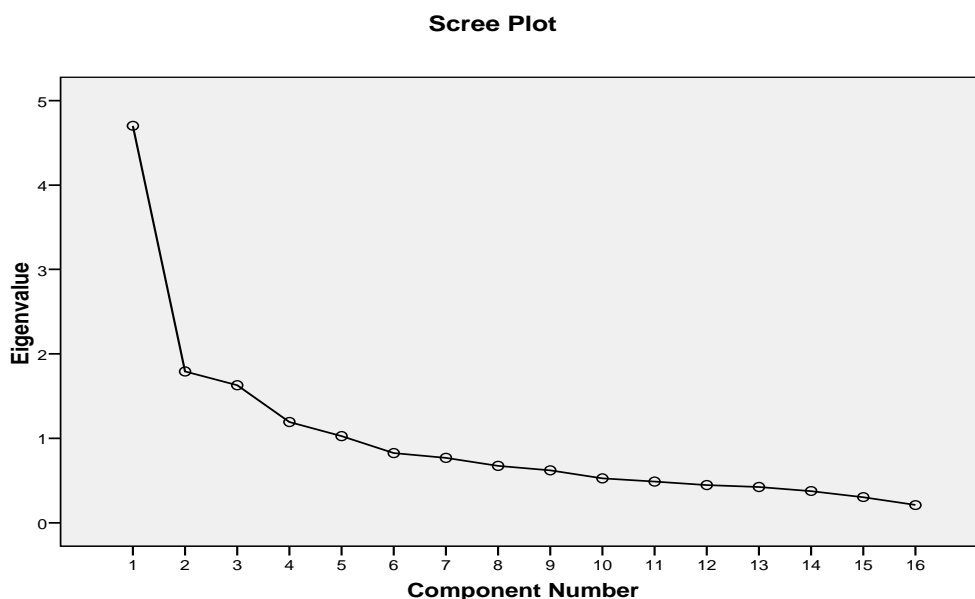
Extraction Method: Principal Component Analysis.

A partir dos dados dos enfermeiros e médicos indica-se a extração de 5 fatores para as duas categorias profissionais, já que apresentam autovalores acima de 1. Na parte final das tabelas encontram-se os valores de variância para cada fator após a rotação, processo que tem efeito de otimizar a estrutura do fator.

Dessa forma, no grupo dos enfermeiros o fator um é responsável por 17,308% da variância, o fator 2 por 13,390%, fator 3 por 12,067%, fator 4 por 11,483% e o fator 5 por 10,375% e aproximadamente 65% do total da variância nos itens podem ser explicados com a extração de 5 fatores. No grupo dos médicos o fator 1 é responsável por 20,821% da variância, o fator 2 por 12,639%, fator 3 por 10,434%, fator 4 por 9,900% e o fator 5 por 9,896%, além de apresentar uma variância acumulada de aproximadamente 64% (PETT, LACKEY, SULLIVAN, 2003).

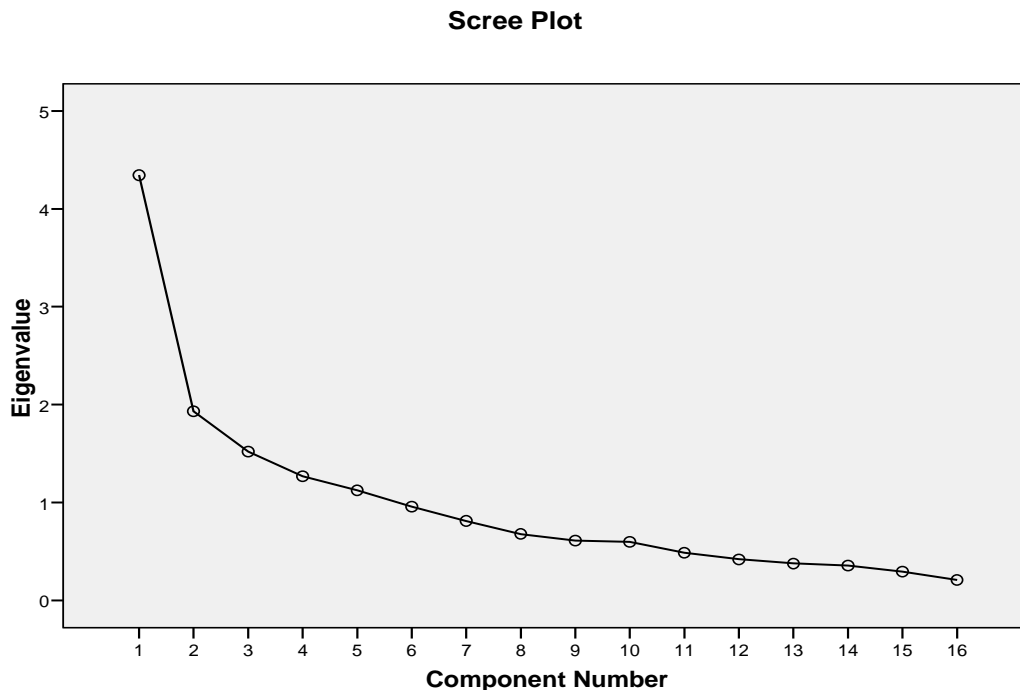
O diagrama de declividade (scree-plot) também é utilizado para determinar o número de fatores (FIELD, 2009). O **Gráfico 1** representa o scree-plot para a categoria de enfermeiros, em que se observa um forte declive até o segundo fator, diminuindo este declive até o fator 6, portanto, sendo viável a utilização de 5 fatores. O scree-plot para a categoria médica, representado no **Gráfico 2** apresenta um forte declive até o segundo fator, diminuindo este declive até o fator 7, sendo também viável a utilização de 5 fatores.

**Gráfico 1- Extração de fatores para a categoria profissional de enfermeiros com a utilização do método de Scree- plot, gerado pelo SPSS for Windows.**



**Gráfico 2- Extração de fatores para a categoria profissional de médicos com a utilização do método de Scree-plot, gerado pelo SPSS for Windows.**

---



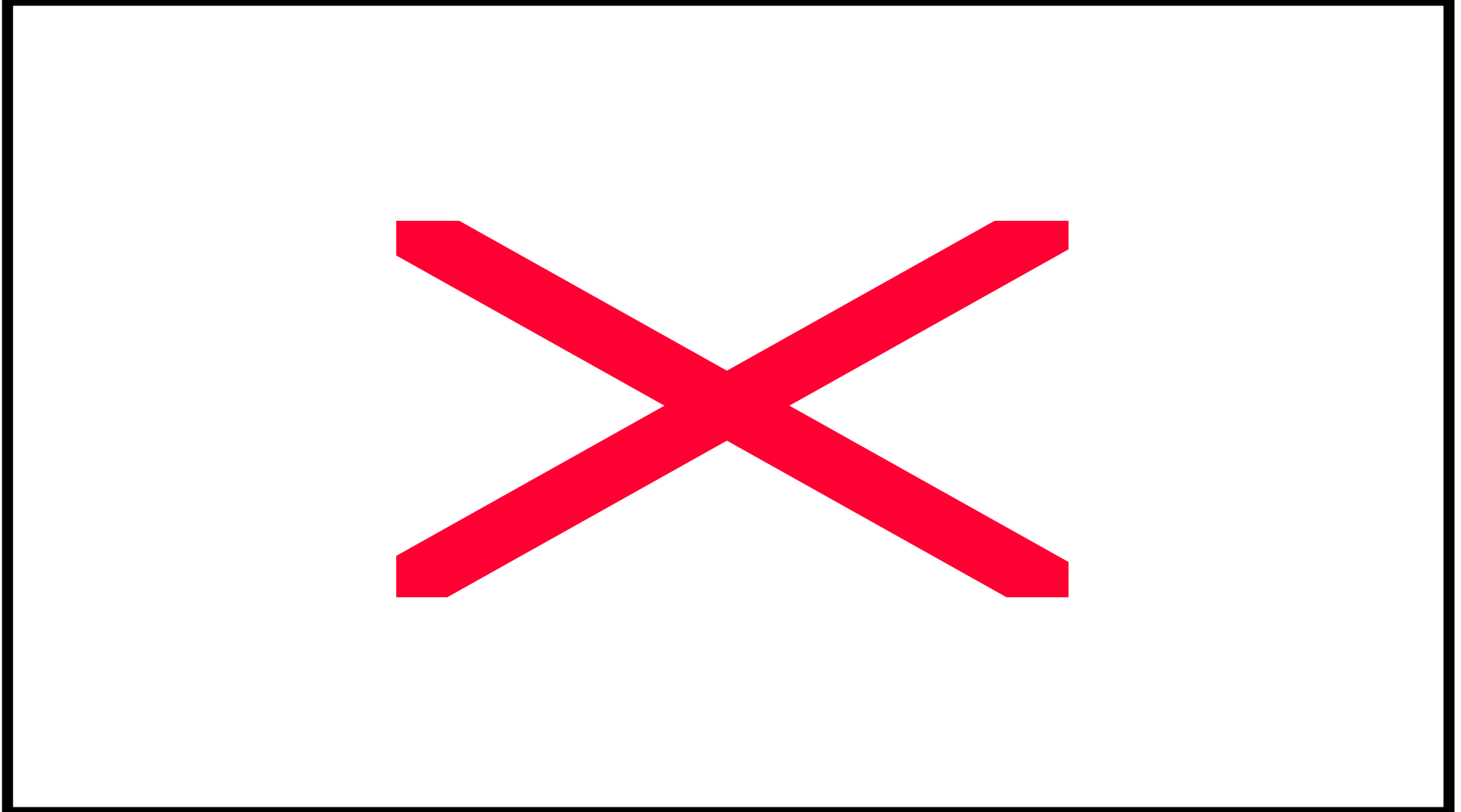
A tabela de correlação reproduzida contém os coeficientes de correlação entre todas as perguntas baseadas no modelo de fatores. Na diagonal encontram-se as comunalidades; e essa matriz difere da Matriz-R (matriz de correlação), porque ela se origina de um modelo ao invés dos dados observados. Para verificar o ajuste do modelo, deve-se verificar a diferença entre os dados observados e os dados previstos pelo modelo, que são chamados de resíduos; que foram gerados na parte inferior da matriz de correlação reproduzida. Os valores de resíduos devem ser pequenos, ou melhor, a maioria deve ser menor do que 0,05, sendo que se mais de 50% dos resíduos forem maiores que 0,05 o pesquisador deverá se preocupar (FIELD, 2009). Nas matrizes de correlação reproduzidas dos enfermeiros e médicos observa-se que 50% dos resíduos são maiores que 0,05 nos dados dos dois grupos, o que é aceitável.

## Matriz de correlações reproduzidas da categoria de enfermeiros.

	Balanceda com todos os nutrientes necessários	Benefícios para a qualidade a saúde	Adequada às características sócio-econômicas	Natural sem alimentos industrializados	Pouca caloria	Higiênica	Baixo teor de gordura	Comer variedades de alimentos	Natural sem agrotóxicos	Legumes, verduras e frutas	Oferecer prazer ao paladar	Ter fibras e cereais integrais	Trazer lembranças de nossa cultura	Comer com os outros	Mais tempo para se alimentar
Balanceda com todos os nutrientes necessários	,542 <sup>*</sup>	,436	,189	,026	,044	,489	,222	,342	-,043	,359	,093	,167	-,043	-,017	,286
Benefícios para a qualidade a saúde	,436	,687 <sup>*</sup>	,572	,179	,090	,397	,077	,143	,017	,312	,107	,190	,124	,243	,544
Adequada às características sócio-econômicas	,189	,572	,604 <sup>*</sup>	,264	,088	,215	-,046	,011	,115	,221	,140	,208	,249	,372	,528
Natural sem alimentos industrializados	,026	,179	,264	,689 <sup>*</sup>	,446	,157	,269	,199	,574	,377	,301	,434	,112	,204	,257
Pouca caloria	,044	,090	,088	,446	,723 <sup>*</sup>	,031	,631	,225	,372	,054	,234	-,031	,002	,126	,129
Higiênica	,489	,397	,215	,157	,031	,567 <sup>*</sup>	,200	,494	,131	,512	,308	,381	,206	,197	,384
Baixo teor de gordura	,222	,077	-,046	,269	,631	,200	,703 <sup>*</sup>	,417	,254	,126	,273	-,042	,007	,074	,103
Comer variedades de alimentos	,342	,143	,011	,199	,225	,494	,417	,655 <sup>*</sup>	,266	,451	,491	,335	,355	,310	,287
Natural sem agrotóxicos	-,043	,017	,115	,574	,372	,131	,254	,266	,539 <sup>*</sup>	,334	,359	,406	,208	,243	,175
Legumes, verduras e frutas	,359	,312	,221	,377	,054	,512	,126	,451	,334	,600 <sup>*</sup>	,349	,565	,214	,203	,353
Oferecer prazer ao paladar	,093	,107	,140	,301	,234	,308	,273	,491	,359	,349	,533 <sup>*</sup>	,347	,527	,509	,346
Ter fibras e cereais integrais	,167	,190	,208	,434	-,031	,381	-,042	,335	,406	,565	,347	,633 <sup>*</sup>	,275	,247	,299
Trazer lembranças de nossa cultura	-,043	,124	,249	,112	,002	,206	,007	,355	,208	,214	,527	,275	,751 <sup>*</sup>	,715	,429
Comer com os outros	-,017	,243	,372	,204	,126	,197	,074	,310	,243	,203	,509	,247	,715	,734 <sup>*</sup>	,506
Mais tempo para se alimentar	,286	,544	,528	,257	,129	,384	,103	,287	,175	,353	,346	,299	,429	,506	,591 <sup>*</sup>
Lembranças de nossa família	,004	,298	,397	,109	,232	,132	,179	,247	,128	,049	,433	,032	,648	,709	,506
Balanceda com todos os nutrientes necessários		-,106	-,066	,112	-,012	-,174	-,126	-,062	,094	-,101	,028	-,018	,038	,052	-,051
Benefícios para a qualidade a saúde	-,106		-,145	-,067	-,005	-,057	,009	,024	,074	-,007	,027	,033	,035	,003	-,116
Adequada às características sócio-econômicas	-,066	-,145		-,070	-,012	,054	,047	-,086	-,032	-,016	,132	-,040	,009	-,064	-,146
Natural sem alimentos industrializados	,112	-,067	-,070		-,099	,011	-,072	,101	-,118	-,097	-,057	-,089	-,017	,027	,011
Pouca caloria	-,012	-,005	-,012	-,099		,023	-,130	-,031	-,131	,033	-,003	,122	,070	-,002	-,019
Higiênica	-,174	-,057	,054	,011	,023		-,036	-,076	,069	-,091	-,032	-,090	-,013	-,017	-,060
Baixo teor de gordura	-,126	,009	,047	-,072	-,130	-,036		-,108	-,051	,088	-,062	,107	,033	,031	,028
Comer variedades de alimentos	-,062	,024	,086	,101	-,031	-,076	-,108		-,022	-,127	-,074	-,046	-,058	-,006	,021
Natural sem agrotóxicos	,094	,074	-,032	-,118	-,131	,069	-,051	-,022		-,054	-,020	-,203	-,003	-,038	-,035
Legumes, verduras e frutas	-,101	-,007	-,016	-,097	,033	-,091	,088	-,127	-,054		-,036	-,093	,051	-,030	,016
Oferecer prazer ao paladar	,028	,027	,132	-,057	-,003	-,032	-,062	-,074	-,020	-,036		-,048	-,115	-,089	-,089
Ter fibras e cereais integrais	-,018	,033	-,040	-,089	,122	-,090	,107	-,046	-,203	-,093	-,048		,016	,046	,018
Trazer lembranças de nossa cultura	,038	,035	,009	-,017	,070	-,013	,033	-,058	-,003	,051	-,115	,016		-,084	-,078



Matriz de correlações reproduzidas da categoria de médicos.



#### **4 Determinação dos Fatores**

A matriz dos componentes contém os loadings ou cargas de cada variável em cada fator (PETT, LACKEY, SULLIVAN, 2003). Primeiramente são extraídas as matrizes dos componentes antes da rotação.

O processo de rotação da matriz maximiza a carga de cada variável em um dos fatores extraídos, formando a matriz de componentes rotacionados, que contém as cargas dos fatores para cada variável em cada fator. O tipo de rotação utilizada por esse estudo foi o tipo ortogonal com critério varimax, já que esse critério é recomendado quando os fatores são independentes ou não- relacionados, além de agregar um menor número de variáveis sobre cada fator. Quanto às cargas fatoriais considera-se adequada valores maiores que 0,3 (PETT, LACKEY, SULLIVAN, 2003; FIELD, 2009).

### Matriz dos Componentes para o grupo de enfermeiros.

Component Matrix <sup>a</sup>

	Component				
	1	2	3	4	5
Conceito de alimentação saudável: Mais tempo para se alimentar	,684	-,225	-,190	,161	,108
Conceito de alimentação saudável: Comer com os outros	,674	-,466	,237	-,068	-,037
Conceito de alimentação saudável: Oferecer prazer ao paladar	,641	-,005	,235	-,176	-,188
Conceito de alimentação saudável: Trazer lembranças de nossa cultura	,616	-,481	,222	-,237	-,188
Conceito de alimentação saudável: Lembranças de nossa família	,606	-,522	,296	,235	-,072
Conceito de alimentação saudável: Conter variedades de alimentos	,604	,265	,019	-,082	-,461
Conceito de alimentação saudável: Legumes, verduras e frutas	,589	,296	-,312	-,262	-,003
Conceito de alimentação saudável: Higiênica	,554	,195	-,400	-,005	-,247
Conceito de alimentação saudável: Ter fibras e cereais integrais	,532	,193	-,212	-,492	,160
Conceito de alimentação saudável: Natural sem alimentos industrializados	,508	,380	,203	-,114	,481
Conceito de alimentação saudável: Benefícios para a qualidade a saúde	,507	-,100	-,471	,394	,207
Conceito de alimentação saudável: Adequada às características sócio-econômicas	,492	-,277	-,245	,239	,409
Conceito de alimentação saudável: Natural sem agrotóxicos	,462	,318	,306	-,246	,267
Conceito de alimentação saudável: Baixo teor de gordura	,346	,479	,353	,418	-,236
Conceito de alimentação saudável: Pouca caloria	,340	,404	,501	,419	,136
Conceito de alimentação saudável: Balanceada com todos os nutrientes necessários	,336	,248	-,498	,261	-,226

Extraction Method: Principal Component Analysis.

a. 5 components extracted.

### Matriz dos Componentes para o grupo de médicos.

Component Matrix <sup>a</sup>

	Component				
	1	2	3	4	5
Conceito de alimentação saudável: Trazer lembranças de nossa cultura	,801	-,219	-,170	-,218	,032
Conceito de alimentação saudável: Lembranças de nossa família	,726	-,302	-,247	-,171	-,046
Conceito de alimentação saudável: Comer com os outros	,672	-,323	-,189	-,179	-,220
Conceito de alimentação saudável: Mais tempo para se alimentar	,642	,037	-,235	,196	-,268
Conceito de alimentação saudável: Ter fibras e cereais integrais	,606	,319	,022	,030	-,160
Conceito de alimentação saudável: Oferecer prazer ao paladar	,604	-,091	-,340	-,079	,315
Conceito de alimentação saudável: Adequada às características sócio-econômicas	,591	,092	-,240	-,029	,293
Conceito de alimentação saudável: Conter variedades de alimentos	,506	,297	-,004	,448	,052
Conceito de alimentação saudável: Legumes, verduras e frutas	,319	,569	-,041	,318	,032
Conceito de alimentação saudável: Balanceada com todos os nutrientes necessários	,093	,558	,214	-,467	,172
Conceito de alimentação saudável: Benefícios para a qualidade a saúde	,325	,547	,240	-,521	,233
Conceito de alimentação saudável: Higiênica	,240	,544	-,051	,411	-,115
Conceito de alimentação saudável: Pouca caloria	,433	-,356	,607	,174	,276
Conceito de alimentação saudável: Natural sem alimentos industrializados	,424	,097	,505	-,165	-,370
Conceito de alimentação saudável: Baixo teor de gordura	,430	-,313	,488	,308	,457
Conceito de alimentação saudável: Natural sem agrotóxicos	,383	-,130	,445	-,032	-,518

Extraction Method: Principal Component Analysis.

a. 5 components extracted.

Ao analisar a matriz de componentes rotacionadas dos enfermeiros (**Tabela 6**) verifica-se que as cargas nos 5 fatores são maiores que 0,3; além disso, observa-se que o fator 1 é representado pelas variáveis (13, 14 e 16 e 11); o fator 2 (6,1,8 e 10), fator 3 (4, 9 e 12), fator 4 (2, 3 e 15) e fator 5 (5 e 7).

Na **Tabela 7** encontra-se a matriz de componentes rotacionadas da categoria médica, em que também todas as cargas fatoriais são maiores que 0,3, apresentando no fator 1 as variáveis (13, 16, 14, 11, 3 e 15); no fator 2 (6, 10, 8 e 12), fator 3 (7 e 5), fator 4 (9 e 4) e fator 5 (2 e 1).

**Tabela 6- Matriz de componentes rotacionadas do grupo de enfermeiros, gerados pelo SPSS for Windows.**

Rotated Component Matrix <sup>a</sup>					
	Component				
	1	2	3	4	5
Conceito de alimentação saudável: Trazer lembranças de nossa cultura	,844				
Conceito de alimentação saudável: Comer com os outros	,809				
Conceito de alimentação saudável: Lembranças de nossa família	,790				
Conceito de alimentação saudável: Oferecer prazer ao paladar	,566				
Conceito de alimentação saudável: Higiênica		,699			
Conceito de alimentação saudável: Balanceada com todos os nutrientes necessários		,643			
Conceito de alimentação saudável: Conter variedades de alimentos		,643			
Conceito de alimentação saudável: Legumes, verduras e frutas		,580			
Conceito de alimentação saudável: Natural sem alimentos industrializados			,742		
Conceito de alimentação saudável: Natural sem agrotóxicos			,665		
Conceito de alimentação saudável: Ter fibras e cereais integrais			,642		
Conceito de alimentação saudável: Benefícios para a qualidade a saúde				,759	
Conceito de alimentação saudável: Adequada às características sócio-econômicas				,728	
Conceito de alimentação saudável: Mais tempo para se alimentar				,562	
Conceito de alimentação saudável: Pouca caloria					,806
Conceito de alimentação saudável: Baixo teor de gordura					,791

Extraction Method: Principal Component Analysis.  
Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 8 iterations.

**Tabela 7- Matriz de componentes rotacionadas do grupo de médicos, gerados pelo SPSS for Windows**

Rotated Component Matrix <sup>a</sup>					
	Component				
	1	2	3	4	5
Conceito de alimentação saudável: Trazer lembranças de nossa cultura	,836				
Conceito de alimentação saudável: Lembranças de nossa família	,820				
Conceito de alimentação saudável: Comer com os outros	,747				
Conceito de alimentação saudável: Oferecer prazer ao paladar	,706				
Conceito de alimentação saudável: Adequada às características sócio-econômicas	,583				
Conceito de alimentação saudável: Mais tempo para se alimentar	,546				
Conceito de alimentação saudável: Higiênica		,725			
Conceito de alimentação saudável: Legumes, verduras e frutas		,703			
Conceito de alimentação saudável: Conter variedades de alimentos		,672			
Conceito de alimentação saudável: Ter fibras e cereais integrais		,474			
Conceito de alimentação saudável: Baixo teor de gordura			,889		
Conceito de alimentação saudável: Pouca caloria			,835		
Conceito de alimentação saudável: Natural sem agrotóxicos				,772	
Conceito de alimentação saudável: Natural sem alimentos industrializados				,711	
Conceito de alimentação saudável: Benefícios para a qualidade a saúde					,863
Conceito de alimentação saudável: Balanceada com todos os nutrientes necessários					,772

Extraction Method : Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

<sup>a</sup>. Rotation converged in 6 iterations.

## 5 Análise de Confiabilidade

Estas análises consistem em avaliar a confiabilidade total das 16 variáveis, como também em sub-escalas, ou seja, por fatores.

A coluna Corrected Item-Total Correlation referem-se às correlações entre cada variável e o escore total do questionário. Quando estes valores são menores que 0,3, isto significa que a variável não se correlaciona muito bem com toda a escala e essas variáveis que possuem baixa correlação, talvez tenham que ser descartadas a depender do tamanho da amostra.

Já a coluna Alpha if Item Deleted (alfa se item eliminado) reflete a alteração no  $\alpha$  de Cronbach que seria observada se uma variável fosse retirada (FIELD, 2009).

No grupo dos enfermeiros duas variáveis apresentaram valores menores que 0,3 e no grupo dos médicos foram quatro variáveis, mas como a amostra desse estudo é suficientemente grande, esses valores são aceitáveis. Ao avaliar a coluna Cronbach's Alpha if Item Deleted para os dois grupos observa-se que nenhuma variável deve ser retirada, porque a retirada não aumenta o alfa, e sim, diminui ou mantêm-se o mesmo valor.

A medida de alfa de Cronbach recomendada é em torno 0,7-0,8, contudo esse valor pode ser menor dependendo do número de variáveis (FIELD, 2009). O valor de alfa de Cronbach para o grupo dos enfermeiros e de médicos, considerando as 16 variáveis é de 0,822 e 0,806, respectivamente, o que é aceitável.

As Tabelas 10 e 11 descrevem os valores de  $\alpha$  de Cronbach para enfermeiros e médicos, respectivamente, considerando os valores para cada fator gerado na análise fatorial.



**Tabela 10- Teste de confiabilidade para o grupo dos enfermeiros, considerando os valores de alfa de Cronbach para os fatores gerados pela análise fatorial.**

FATORES	CONFIABILIDADE	
	NÚMERO DE VARIÁVEIS	$\alpha$
1. Sócio- cultural e de Comensalidade	4	0, 806
2. Higiênico e Nutricional	4	0, 644
3. Segurança Alimentar	3	0, 588
4. Acessibilidade Física e Financeira e Qualidade de Vida	3	0, 591
5. Harmonia Alimentar	2	0, 665

**Tabela 11. Teste de confiabilidade para o grupo dos médicos, considerando os valores de alfa de Cronbach para os fatores gerados pela análise fatorial.**

FATORES	CONFIABILIDADE	
	NÚMERO DE VARIÁVEIS	$\alpha$
1. Sócio- cultural e de Comensalidade e de Acessibilidade Física e Financeira	6	0, 832
2. Higiênico e Nutricional	4	0, 620
3. Harmonia Alimentar	2	0, 758
4. Segurança Alimentar	2	0, 493
5. Qualidade de Vida e Harmonia Alimentar	2	0, 632

Nos grupos dos enfermeiros e dos médicos, os valores de alfa de Cronbach no fator 1 são os maiores, se comparado aos demais fatores, demonstrando a “força” desse fator. Os demais fatores (2, 3, 4 e 5) apresentam valores de alfa regulares, mas a retirada de alguma variável não melhora a sua confiabilidade. Quanto às correlações, observa-se que possuem valores baixos, contudo são aceitáveis.

**CONFIABILIDADE – ENFERMEIROS – 16 VARIÁVEIS**  
**Todas as variáveis**

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
,822	16

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Balanceada com todos os nutrientes necessários	65,69	47,462	,221	,822
Benefícios para a qualidade a saúde	65,73	45,903	,396	,816
Adequada às características sócio-econômicas	66,04	44,150	,387	,815
Natural sem alimentos industrializados	66,31	42,871	,430	,812
Pouca caloria	66,60	43,693	,306	,822
Higiênica	65,73	46,091	,414	,816
Baixo teor de gordura	66,13	44,693	,291	,821
Conter variedades de alimentos	65,86	44,482	,495	,810
Natural sem agrotóxicos	66,08	44,097	,385	,815
Legumes, verduras e frutas	65,75	45,635	,454	,814
Oferecer prazer ao paladar	66,01	43,130	,558	,806
Ter fibras e cereais integrais	65,92	44,743	,400	,814
Trazer lembranças de nossa cultura	66,72	39,851	,532	,805
Comer com os outros	66,89	38,231	,610	,798
Mais tempo para se alimentar	66,26	40,498	,577	,801
Lembranças de nossa família	66,72	39,044	,554	,804

**CONFIABILIDADE POR SUB ESCALAS**

**a) Fator 1**

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
,806	4

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Oferecer prazer ao paladar	11,37	9,335	,471	,824
Trazer lembranças de nossa cultura	12,05	6,714	,680	,727
Comer com os outros	12,24	6,198	,705	,714
Lembranças de nossa família	12,03	6,524	,672	,731

**b) Fator 2****Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
,644	4

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Higiênica	14,43	1,109	,472	,543
Balanceada com todos os nutrientes necessários	14,37	1,330	,364	,618
Conter variedades de alimentos	14,53	,939	,452	,566
Legumes, verduras e frutas	14,43	1,135	,436	,568

**c) Fator 3****Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
,588	3

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Natural sem alimentos industrializados	9,09	1,412	,480	,350
Natural sem agrotóxicos	8,84	1,793	,416	,458
Ter fibras e cereais integrais	8,73	2,113	,309	,603

## d) Fator 4

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,591	3

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Benefícios para a qualidade a saúde	8,80	2,175	,491	,481
Adequada às características sócio-econômicas	9,15	1,602	,398	,492
Mais tempo para se alimentar	9,33	1,222	,421	,503

## e) Fator 5

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,665	2

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Pouca caloria	4,45	,734	,504 <sup>a</sup>	
Baixo teor de gordura	3,97	1,004	,504 <sup>a</sup>	

## CONFIABILIDADE – MÉDICOS – 16 VARIÁVEIS

### Todas as variáveis

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,806	16

#### Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Balancedeada com todos os nutrientes necessários	65,21	48,452	,056	,811
Benefícios para a qualidade a saúde	65,18	47,577	,268	,805
Adequada às características sócio-econômicas	65,54	43,432	,458	,793
Natural sem alimentos industrializados	66,11	42,406	,355	,802
Pouca caloria	66,36	41,939	,380	,800
Higiênica	65,27	47,520	,166	,808
Baixo teor de gordura	65,78	43,604	,379	,798
Conter variedades de alimentos	65,27	46,191	,399	,799
Natural sem agrotóxicos	65,55	45,075	,333	,800
Legumes, verduras e frutas	65,23	47,354	,221	,806
Oferecer prazer ao paladar	65,58	43,463	,471	,792
Ter fibras e cereais integrais	65,46	44,197	,485	,792
Trazer lembranças de nossa cultura	66,20	37,316	,702	,769
Comer com os outros	66,35	38,807	,566	,783
Mais tempo para se alimentar	65,78	41,842	,523	,787
Lembranças de nossa família	66,18	38,653	,622	,777

## CONFIABILIDADE SUB-ESCALA

### a) Fator 1

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items

## Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,832	6

## Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Adequada às características sócio-econômicas	20,17	17,730	,459	,832
Oferecer prazer ao paladar	20,22	17,364	,532	,821
Trazer lembranças de nossa cultura	20,85	13,364	,760	,769
Comer com os outros	21,00	13,940	,647	,798
Mais tempo para se alimentar	20,44	16,539	,524	,821
Lembranças de nossa família	20,83	13,679	,735	,776

## b) Fator 2

## Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,620	4

## Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Higiênica	14,18	1,608	,343	,589
Conter variedades de alimentos	14,21	1,569	,425	,538
Legumes, verduras e frutas	14,17	1,514	,470	,507
Ter fibras e cereais integrais	14,41	1,209	,403	,569

## c) Fator 3

## Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,758	2

## Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Pouca caloria	4,28	,842	,627	.
Baixo teor de gordura	3,68	1,347	,627	.

## d) Fator 4

## Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,493	2

## Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Natural sem alimentos industrializados	4,52	,557	,357	.
Natural sem agrotóxicos	3,98	1,306	,357	.

## e) Fator 5

## Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,632	2

## Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Balanceda com todos os nutrientes necessários	4,89	,120	,472	.
Benefícios para a qualidade a saúde	4,86	,185	,472	.