

Prevenir ou remediar? Marketing social e o consumo de alimentos hipercalóricos

Breno de Paula Andrade Cruz¹
Steven Dutt Ross²
Nathália Cândido da Silva³
Denis Renato de Oliveira⁴

Resumo

O objetivo deste estudo é identificar, a partir das variáveis Gênero, Renda, Índice de Massa Corporal (IMC) e Idade, grupos de consumidores que tenham (ou não) intenção de mudar suas escolhas de alimentos hipercalóricos por alimentos mais saudáveis após terem conhecimento dos prejuízos causados pelo consumo daqueles alimentos. Uma análise de *cluster* com 118 consumidores de uma cidade da região metropolitana do Rio de Janeiro (RJ) identificou sete grupos de consumidores em relação à intenção de mudança de consumo de produtos hipercalóricos. Dos sete grupos identificados na análise de cluster, quatro grupos não têm a intenção de mudar seu comportamento de consumo e três têm a intenção de mudança. Após a identificação destes grupos, entrevistas em profundidade foram realizadas para verificar se os consumidores dos três grupos que têm intenção de mudança transformam suas intenções em atitudes ou valores. Assim, de acordo com o Modelo Níveis de Mudança Social e Comportamento (PROCHASKA; DICLEMENTE, 1983), na teoria de Marketing Social, é possível entender nesta amostra que quatro grupos de consumidores estão na fase Pré-Contemplação (aqueles que não têm intenção de mudar suas ações); e três estão na fase Contemplação (aqueles que têm a intenção de mudança, mas que não necessariamente transformam suas intenções em ações). Os dados da pesquisa qualitativa com 21 consumidores revelam que os indivíduos que tiveram intenção de mudar o comportamento de consumo não o fazem, muitas vezes, em função da restrição orçamentária – visto que produtos mais saudáveis são mais caros quando comparados aos alimentos hipercalóricos.

Palavras-chave: Marketing Social; Consumo Hipercalórico; Obesidade.

Abstract

This paper puts forward to identify consumers groups utilizing the Cluster Analysis method who inclined to change (or not) their intention to buy health

¹ Professor do mestrado Acadêmico em Administração da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ). E-mail: brenocruz@ufrj.br

² Docente da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (Unirio)

³ Administradora Pública (UFRRJ); ex-bolsista de iniciação científica CNPq

⁴ Docente da Universidade Federal de Lavras (UFLA)

foods after having information that those products are hyper caloric. We collected 118 observations in a real supermarket in a metropolitan city in Rio de Janeiro in a quantitative research to observe the cluster groups emerged from Gender, Income and Body Mass Index (BMI) and Age variables. Data demonstrated seven groups of consumers whereby four of them did not have intention to change their hyper caloric intentions into attitudes and values. Notwithstanding, we based our first analysis in the Integrative Model of Change (PROCHASKA; DICLEMENTE, 1983) and consumer groups in this sample were in the pre-contemplation phase (they were not inclined to change their food habits) and three of them are inclined to change their food habits and they are in other phase: the contemplation one – they have intention to change, however they do not swap. We just can conclude that these three groups are in the contemplation phase because we conducted deep interviews with 21 consumers who were inclined to change their intentions related to hyper caloric foods. Even these consumers said that they would choose healthier products, they did not change those products just because their budget constraint. Thus, they did not buy healthier products because their budget constraint context. Qualitative data showed us in this study that consumers may want to substitute hyper caloric foods by healthier ones but they do not change in function of budget constraint.

Keywords: Hyper caloric diet; Budget Constraint; Social Marketing.

1. Consumo de Alimentos Hipercalóricos e Obesidade

A obesidade é um problema mundial, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2000), e várias são as doenças relacionadas direta ou indiretamente a este quadro clínico. O Brasil ocupa a quinta posição no ranking mundial de obesidade (NG et al., 2014) e considera desde 2011 a necessidade da promoção alimentação saudável nas escolas, maior oferta de alimentos *in natura*, a regulação da composição nutricional, a redução de preços para alimentos saudáveis por meio de subsídios (BRASIL, 2011). Embora a alimentação hipercalórica não seja a única variável a influenciar no quadros de obesidade (MUCELLINI, 2015), as pesquisas na área de Saúde traçam relações entre consumo hipercalórico e obesidade – principalmente entre crianças e adolescentes (ENES, 2010; WHO, 2016).

Mudanças no consumo de alimentos têm sido verificadas desde a década de 1990, seja no tipo de alimento, como o aumento do consumo de produtos industrializados; na opção pela praticidade (CRUZ; SILVA; SILVA, 2015) ou

custo (SNYDER, 2004); no aumento de consumo por jovens de produtos vendidos em restaurantes do tipo *fast food*; ou, também, em função da escolha pela alimentação adquirida fora das residências (ESTIMA, 2012). Embora os produtos industrializados sejam mais baratos e de rápido preparo, geralmente, são hipercalóricos e possuem altos níveis gordura, açúcar e sódio, sendo que o consumo em excesso desses produtos pode contribuir para um quadro de obesidade (GORGULHO, 2012).

Considerando que a escolha alimentar pode influenciar o consumo hipercalórico, há de se considerar também a renda ou uma situação de restrição orçamentária do consumidor na escolha por alimentos hipercalóricos (DARMON; FERGUSON; BRIEND, 2003; SNYDER, 2004; BARBOSA et al., 2009; CRUZ; ROSS; SILVA, 2015). Observa-se que a obesidade (e doenças resultantes dela) compõe um problema de saúde pública (WHO, 2000). No que diz respeito ao consumo de alimentos hipercalóricos pelo cidadão, parte deste quadro de saúde pública pode ser problematizado à luz de estratégias de prevenção e do Marketing Social.

O conceito de Marketing Social permeia a área de Saúde desde o seu surgimento e é definido neste estudo a partir da possibilidade de estratégias de comunicação com um determinado público-alvo serem efetivadas por governos no sentido de agir em prol de um grupo que geralmente está em situação de vulnerabilidade (LUCA; SUGGS, 2013; KOTLER; ZALTMAN, 1971). Entende-se que o consumo de alimentos hipercalóricos pelo cidadão é uma temática que poderia ser problematizada à luz do Marketing Social, uma vez que muitos cidadãos desconhecem os prejuízos de uma alimentação hipercalórica e os impactos desse tipo de escolha na saúde a médio e longo prazos. A transformação dos cidadãos é o objetivo final das estratégias de Marketing Social.

Assim, o objetivo geral deste estudo é identificar grupos de consumidores que tenham (ou não) intenção de mudar suas escolhas de alimentos hipercalóricos por alimentos mais saudáveis após terem conhecimento dos prejuízos causados pelo consumo daqueles alimentos. Especificamente, busca-se: (i) problematizar o consumo de alimentos hipercalóricos à luz do

conceito de Marketing Social; (ii) identificar a existência de grupos que têm a intenção de mudar o consumo de alimentos hipercalóricos por alimentos mais saudáveis; (iii) verificar grupos que não tenham deliberadamente a intenção de mudar o consumo; (iv) identificar se há uma lacuna entre a intenção e a ação de compra de alimentos mais saudáveis. A sessão a seguir discute o conceito de Marketing Social e sua relação com os objetivos dessa investigação.

2. Marketing Social

Desde a primeira abordagem do conceito de Marketing Social na literatura (KOTLER; ZALTMAN, 1971) até as abordagens mais atuais (LUCA; SUGGS, 2013; LLAURADÓ et al., 2015; SILVA; MINCIOTI; GIL, 2013; SILVA; MAZZON, 2015), a definição permeia o campo da Saúde e as possíveis estratégias que podem ser adotadas por governos para efetivarem a divulgação de profilaxias ou a eficiência da comunicação e das políticas públicas para os cidadãos em diversas epidemias.

Na literatura internacional, muitos são os estudos empíricos que abordam o Marketing Social e sua efetividade na área de saúde pública (DUTTA-BERGMAN, 2004; GRIER; BRIANT, 2005; BRIONES; LUSTIK; LALONE, 2010). Especificamente no Brasil, o uso do Marketing Social está relacionado ao aumento das pressões sociais por melhoria da qualidade nos serviços públicos e a constatada incapacidade do Estado em responder efetivamente às demandas sociais, que fez surgir a necessidade de uma nova orientação gerencial, focada nos cidadãos e no resultados das políticas. Contudo, para Silva e Mazzon (2015, p. 248), além da necessidade de se promover a saúde, foi a partir dos princípios dessa "Nova Gestão Pública" que o governo buscou "introduzir novas alternativas a fim de construir relacionamentos e minimizar conflitos entre os setores públicos e os cidadãos" e foi nesse limiar que o Marketing Social encontrou seu espaço.

De acordo com Rodrigues, Peixoto e Sette (2012), o Marketing Social não pode ser reduzido ao interesse econômico, em que preze a divulgação social de uma organização para agregação de valor à sua marca e imagem. Para

Silva, Minciotti e Gil (2013), essa ação empresarial afasta o Marketing Social de seu foco e aplicação, sendo, inclusive, renomeado e confundido com termos como marketing societal, propaganda institucional, responsabilidade social, cidadania corporativa e filantropia estratégica.

Segundo Kotler e Lee (2008), na área de Saúde, os esforços de Marketing Social têm sido encontrados em muitos casos, a citar a redução do consumo de cigarros, o aumento da prática de atividades físicas, a melhoria nutricional, a diminuição do risco e incidência de casos de AVC (acidente vascular cerebral), a diminuição do risco de ataques cardíacos, a conscientização para prevenção do HIV/Aids, controle de diabetes, redução do uso de seringas contaminadas, problemas gestacionais e gravidez na adolescência, redução dos casos de câncer, melhoria da saúde bucal, doação de órgãos e sangue, dentre outros casos.

Desta forma, considera-se o Marketing Social como uma ferramenta estratégica de transformação social (PROCHASKA; DICLEMENTE, 1983; KOTLER, 1975), traduzidas em três tipos de mudanças comportamentais esperadas: (i) Transformação de uma não-crença em crença; (ii) Transformação da crença em atitude; e (iii) Transformação da atitude em valor. O Quadro 1 apresenta os níveis de mudanças comportamentais do cidadão por meio do Marketing Social e descreve suas características:

Quadro 1. Níveis de mudanças comportamentais do cidadão por meio do Marketing Social

| Tipos de Mudança Comportamental (KOTLER; LEE, 2008) | Fases (KOTLER, 1975) | Características (PROCHASKA; DICLEMENTE, 1983) |
|---|----------------------|---|
| (i) Transformação de uma Não-Crença em Crença | (A) COGNITIVA | Compreende a fase de (1) pré-contemplação (estágio em que as pessoas não têm a intenção de mudar seu comportamento e negam a existência de um problema); (2) contemplação (estágio em que as pessoas começam a pensar sobre a possibilidade de mudança por meio do reconhecimento do problema); e (3) preparação (estágio em que as pessoas decidem fazer algo para mudar). |
| (ii) Transformação | (B) AÇÃO | Corresponde às fases de (4) ação (estágio em que as pessoas agem pela primeira vez, |

| Tipos de Mudança Comportamental (KOTLER; LEE, 2008) | Fases (KOTLER, 1975) | Características (PROCHASKA; DICLEMENTE, 1983) |
|---|----------------------|--|
| da Crença em Atitude | (C) COMPORTAMENTO | num típico comportamento de experimentação); e (5) manutenção do comportamento (estágio em que as pessoas apresentam um comportamento regular, adotando-o como hábito). |
| (iii) Transformação da Atitude em Valor | (D) VALOR | Compreende a fase de (6) terminação e solidificação de valores (estágio em que as pessoas passam a influenciar as outras e se colocam como multiplicadoras do novo comportamento). |

Fonte: Elaboração a partir de Kotler e Lee (2008), Prochaska e Diclemente (1983) e Kotler (1975).

3. Metodologia

Esta investigação é do tipo exploratória e descritiva. Utiliza-se da Análise de *Cluster* como método de pesquisa na identificação de grupos a partir das variáveis Gênero, Idade, IMC e Renda. Para verificar a intenção de mudança de comportamento de consumo hipercalórico pelo consumidor, é utilizada a variável Intenção de Mudança no Consumo de Produtos Hipercalóricos após Informação (IMCPHI). Para verificar de maneira aprofundada se a intenção se converte em ação posterior, foram escolhidos por conveniência 21 consumidores (do total de 57) para realização de entrevistas em profundidade. Os detalhes dos procedimentos metodológicos são descritos a seguir.

3.1 Variáveis do estudo

As pesquisas envolvendo dietas hipo ou hipercalórica estão mais presentes no campo da Saúde (NG et al., 2014; LIMA-LEOPOLDO et al., 2011), sendo um pouco distantes do viés adotado no campo de Ciências Sociais Aplicadas por não considerarem de maneira aprofundada variáveis demográficas e econômicas como Renda ou Restrição Orçamentária, por exemplo. No viés da pesquisa exploratória, optou-se por verificar como seriam compostos os grupos de consumidores a partir de uma análise de *cluster*,

considerando-se Idade, Gênero, IMC (Índice de Massa Corporal), Frequência de ida à academia, Renda e Intenção de Mudança no Consumo de Produtos Hipercalóricos após Informação (IMCPHI).

Em relação ao Gênero, estudos apontam que mulheres têm diferentes escolhas quando comparadas aos homens (WARDLE et. al., 2004; DREWNOWSKI, DARMON, 2005), sendo que, geralmente, suas escolhas por alimentos em suas dietas são mais saudáveis que a dos homens, quando, por exemplo, em situação de restrição orçamentária (CRUZ, ROSS e SILVA, 2015). Já a variável Idade foi considerada como possível influência nos grupos em função de alguns estudos demonstrarem a diferença na alimentação de consumidores de faixas etárias distintas (CHANG; NAYGA-JR, 2009). Da mesma forma, Renda é uma variável que limita a decisão de compra, podendo, às vezes, levar a um consumo de alimentos hipercalóricos (DARMON; FERGUSON; BRIEND, 2003; BARBOSA et al., 2009; CLARO, 2006; AQUINO e PHILIPPI, 2002; CRUZ; SILVA; SILVA, 2015).

Considerando-se que o IMC é uma variável que pode ser influenciada pela escolha alimentar (LAHTI-KOSKI et al., 2002), especula-se que a composição do IMC pode estar relacionada ao consumo, uma vez que consumidores obesos ou em sobrepeso tenderiam a consumir mais calorias ou não mudar suas intenções, mesmo conhecendo os riscos à saúde. Da mesma forma, um indivíduo que frequenta academia pode talvez ter maior preocupação com a saúde e ser impactado por informações relativas ao consumo de alimentos hipercalóricos.

As variáveis apresentadas anteriormente são analisadas a partir da Intenção de Mudança no Consumo de Produtos Hipercalóricos após Informação (IMCPHI) de que produtos hipercalóricos geralmente contêm muitas gorduras, açúcar e sódio, e que essas substâncias podem impactar na saúde quando consumidas em excesso. Assim, o consumidor deve optar por mudar suas escolhas realizadas após a informação (ou não) a partir de uma variável nominal dicotômica.

3.2 Coleta de dados quantitativos

Os dados analisados neste estudo foram coletados em uma cidade da região metropolitana do Rio de Janeiro com 82.892 habitantes (IBGE 2016) no mês de outubro de 2015. Ao invés de reproduzir um ambiente de compra, optou-se por abordar consumidores em um supermercado para que os resultados fossem mais próximos da realidade de consumo dos 118 cidadãos que participaram da pesquisa.

A escolha dos produtos pelos consumidores seguiu a metodologia do estudo de Cruz, Ross e Silva (2015), em que os autores apresentaram um contexto de restrição orçamentária com um montante de R\$ 10,00 e com 41 produtos alimentícios, dos quais encontravam-se substitutos diretos mais calóricos e mais baratos; e outros menos calóricos e mais baratos. Por exemplo, ao escolher um iogurte, o consumidor poderia optar por um normal (mais barato e mais calórico), um iogurte grego (preço mediano) ou um iogurte grego *light* (mais caro e mais saudável quando comparado aos demais).

Todos os 127 consumidores, escolhidos por conveniência, no momento inicial da escolha, tiveram a possibilidade de encontrar nos produtos as informações nutricionais. Ao total, 235 pessoas foram abordadas, das quais 127 pessoas se dispuseram a participar da pesquisa, escolhendo os produtos para o consumo diário, sendo que deste total nove foram dispensadas do banco de dados final em função de algum tipo de restrição alimentar que influenciaria sua decisão de compra. Por exemplo, veganos escolheriam os alimentos não em função somente de uma restrição orçamentária, mas, também, em função de seu histórico e escolha alimentares, assim como macrobióticos e vegetarianos. Da mesma forma, pessoas com diabetes ou hipertensão também foram descartadas. Assim, 118 pessoas compõem a amostra não probabilística deste estudo.

3.3. Análise de *Cluster*

A Análise de *Cluster* foi utilizada para identificar a diferença de intenção de consumo de alimentos hipercalóricos entre os consumidores, agregando-os inicialmente em dois grupos diferentes (Alfa e Beta), respectivamente, consumidores com e sem intenção de mudança no consumo de produtos hipercalóricos. O grupo Alfa foi formado por pessoas que teriam a intenção de mudar seu comportamento de compra; e o grupo Beta, por indivíduos que não se sentiriam influenciados pela informação e não mudariam, individualmente, sua intenção de compra de produtos hipercalóricos.

Utilizando-se o software R, o banco de dados com 118 consumidores foi dividido em dois grupos de dados – Alfa (57 consumidores) e Beta (61 consumidores). A Análise de Cluster identificou três sub-grupos entre os 57 consumidores do Grupo Alfa e quatro sub- grupos entre os 61 consumidores do Grupo Beta. Para a identificação dos sub-grupos na Análise de *Cluster*, foi utilizado o Modelo Mix-Mod de Classificação para Variáveis Multivariadas Gaussianas e Componentes Multinomiais (LEBRET et al., 2015). Essa escolha metodológica se deu em função do modelo de Le Bret et al. (2015) possibilitar a composição de variáveis qualitativas e quantitativas na formação dos *clusters* para identificar a estrutura de grupos em dados multivariados; ou seja, é um modelo mais adequado aos objetivos desta pesquisa, pois permite a análise de todas as variáveis do banco de dados deste estudo. Geralmente os modelos tradicionais de *clusters* (K-Means) são para variáveis quantitativas. Por exemplo, a variável Gênero assume duas categorias (Feminino e Masculino), sendo, portanto, uma variável qualitativa nominal. Já a variável IMC é uma variável quantitativa escalar. Desta maneira, a combinação destas variáveis de naturezas distintas para construir um *cluster* apenas é possível a partir do modelo utilizado neste estudo.

Em relação ao critério de número de grupos na Análise de *Cluster*, trabalhou-se com o critério BIC (*Bayesian Information Criteria*) de seleção de modelos (KONISHI; KITAGAWA, 2008). O resultado com melhor *score* no BIC foi com sete grupos (2039,52) – o menor resultado encontrado, e, portanto, o

melhor quando comparado aos outros *scores*. É sempre possível aumentar a explicação dos modelos estatísticos com o aumento do número de *clusters*. Por exemplo, com 118 observações poderiam ser criados 118 *clusters* – o que explicaria 100% dos dados. O *BIC* resolve este problema por meio da introdução de um termo de penalidade para o número de *clusters* do modelo, conforme modelo a seguir.

$$\text{BIC} = -2 \cdot \ln \hat{L} + k \cdot \ln(n).$$

Onde:

x = o dado observado; θ = parâmetro do modelo; n = O número de observações; k = O número de parâmetros livres a ser estimados. No caso da análise de *cluster* é o número de variáveis; \hat{L} = O valor máximo da função de verossimilhança do modelo $\hat{L} = p(x|\hat{\theta}, M)$, onde $\hat{\theta}$ é o valor do parâmetro que maximiza a função de verossimilhança.

3.4 Coleta e análise de dados qualitativos

Entre dezembro de 2015 e janeiro de 2016, do total de 57 que apresentaram a intenção de mudar seu comportamento de consumo de alimentos hipercalóricos, 21 consumidores foram entrevistados por telefone com o fim de levantar informações entre a intenção de mudança e uma possível mudança de atitude em relação ao consumo de alimentos hipercalóricos. Nesta fase da pesquisa, apenas mulheres se mostraram acessíveis para participarem das entrevistas. Utilizou-se da Análise de Conteúdo (BARDIN, 1977) para categorização dos dados qualitativos.

4. Resultados e discussão

Os resultados encontrados na Tabela 1 descrevem as variáveis que compõem os sete grupos que emergiram na análise estatística. Especificamente, a partir dos dois grandes grupos Pré-contemplação e

Contemplação, os dados foram agrupados. Os grupos 1, 2 e 3 estão relacionados à possibilidade do consumidor, em uma situação de restrição orçamentária (R\$ 10,00), mudar suas escolhas de alimentos após serem informados sobre a quantidade de calorias nos produtos escolhidos (produtos hipercalóricos). Uma vez informados sobre a possibilidade de, a longo prazo, se enquadrarem em um contexto de obesidade ou doenças relacionadas a este estilo de consumo de alimentos, 57 consumidores tendem a optar por outros alimentos (menos calóricos). Já os grupos 4, 5, 6 e 7, mesmo com a informação apresentada em relação aos possíveis danos à saúde, não têm a intenção de consumir alimentos menos calóricos. Comparativamente, enquanto os indivíduos dos grupos 1, 2 e 3 se mostraram sensíveis às informações de possíveis danos à saúde, os demais indivíduos não se sensibilizaram com tal informação.

As intenções dos indivíduos dos dois grandes grupos (Alfa - G1, G2 e G3; Beta - G4, G5, G6 e G7) não podem ser analisadas de maneira isolada, ou seja, não apenas a Idade, o IMC, a Renda ou o Gênero que determinam o comportamento destes indivíduos, uma vez que somente de maneira conjunta é possível identificar os perfis dos grupos. Por exemplo, se fosse analisada somente a variável Gênero, haveria apenas dois grupos: homens e mulheres. Entretanto, ao considerar o Gênero, Idade, Renda e IMC, ao invés de dois grupos, tem-se uma informação mais completa para a construção dos grupos (mulher, jovem, obesa, de baixa renda e que não frequenta a academia).

Tabela 1 - Resumo dos sete grupos identificados na Análise de *Cluster*

| Grupo | Intenção de Mudança | Idade | Gênero | IMC | Renda |
|--------------|----------------------------|--------------|---------------|------------|--------------|
| 1 | Sim | 24 anos | Mulher | 26,29 | 504,88 R\$ |
| 2 | Sim | 40 anos | Mulher | 27,41 | 1259,07 R\$ |
| 3 | Sim | 52 anos | Homem | 29,02 | 6480,27 R\$ |
| 4 | Não | 44 anos | Homem | 27,32 | 8020,66 R\$ |
| 5 | Não | 27 anos | Mulher | 25,82 | 994,69 R\$ |

| Grupo | Intenção de Mudança | Idade | Gênero | IMC | Renda |
|-------|---------------------|---------|--------|-------|-------------|
| 6 | Não | 23 anos | Mulher | 23,68 | 487,83 R\$ |
| 7 | Não | 47 anos | Mulher | 25,27 | 1810,81 R\$ |

Fonte: Elaboração dos autores a partir da pesquisa de campo.

Em relação à variável Idade, verificam-se dois grupos jovens (G1 e G6) e cinco grupos de consumidores adultos (G2, G3, G4, G5 e G7). Destes dois grupos de jovens, apenas um deles é sensível à informação de os alimentos serem hipercalóricos (G1). Dos três grupos que sofrem impacto de IMCPHI, dois deles são compostos por adultos (G2 e G3). Ou seja, existem mais indivíduos adultos preocupados com possíveis impactos de uma alimentação hipercalórica do que jovens. A literatura em Saúde corrobora com este resultado encontrado nesta amostra, uma vez que indivíduos mais velhos tendem a ter maior preocupação com a saúde quando comparados a indivíduos mais novos (NUNES; BARRETO; GONÇALVES, 2012). Da mesma forma, tem-se que a variável Renda influencia na composição dos grupos, visto que o grupo com menor renda (Grupo 6, R\$ 487,83) e com maior renda (Grupo 4, R\$ 8020,64) são insensíveis à informação e possível mudança na intenção de compra de produtos menos calóricos. Entre estes extremos, estão os três grupos que são sensíveis à IMCPHI - G1, G2 e G3.

Analisando os indivíduos que sofreram influência neste estudo de IMCPHI, em relação ao IMC, em média, a amplitude variou entre 26,29 e 29,02 – sendo, de acordo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (WHO, 1995) – o, indivíduos em situação de sobrepeso. Já as pessoas que não foram influenciadas pelas informações dos produtos hipercalóricos e possíveis danos à saúde têm um IMC variando em média entre 23,68 e 27,32 – indivíduos em situação de eutrofia e sobrepeso.

Já a última variável do estudo (Gênero) também tem influência na formação dos grupos, sendo que cinco deles são compostos por mulheres (G1, G2, G5, G6 e G7) e dois por homens (G3 e G4). É importante destacar que o tipo de amostra (não-probabilística por conveniência) e o ambiente de coleta de

dados (um supermercado) pode ter implicado a predominância de mulheres no conjunto de dados (87 mulheres, 31 homens). Não se entende como um viés de seleção de amostra a predominância de mulheres, visto que alguns estudos comprovam que a mulher vai mais ao supermercado que os homens (JABLONSKI, 2010; PLMA, 2013; MARQUES; SILUK, 2011).

No que diz respeito à nomenclatura dos grupos, trabalhou-se para Idade com a definição da Organização das Nações Unidas, considerando-se como jovens indivíduos até 24 anos e como adultos aqueles entre 25 a 59 (UNITED NATIONS, 1985). Para a classificação do IMC, utiliza-se a classificação da Organização Mundial de Saúde – *World Health Organization* (WHO, 1995), encontrando-se na amostra deste estudo indivíduos em situação de eutrofia (IMC entre 18,5 e 24,99) e em situação de sobrepeso (IMC entre 25 e 29,99). Em relação à Renda, adotou-se a classificação da Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República em função do IBGE evitar criar rótulos para as faixas de renda. As classificações em relação ao IMC e à Renda podem ser verificadas na Tabela 2.

Tabela 2 - Classificações para o do estado nutricional de adultos pelo IMC (ambos os sexos) da World Health Organization e para Renda *per capita* pela Secretária de Assuntos Estratégicos da Presidência da República

| Grupo | Renda per capita | Renda Familiar | IMC (kg/m²) | Estado Nutricional |
|-----------------------------------|-------------------------|-----------------------|-------------------------------|----------------------------|
| Extremamente pobre | Até R\$ 81 | Até R\$324 | < 16,0 | Magreza grau III - grave |
| Pobre, mas não Extremamente pobre | Até R\$ 162 | Até R\$ 648 | 16,0 – 16,99 | Magreza grau II - moderada |
| Vulnerável | Até R\$ 291 | Até R\$ 1.164 | 17,0 – 18,49 | Magreza grau I - leve |
| Baixa classe Média | Até R\$ 441 | Até R\$ 1.764 | 18,5 – 24,99 | Eutrofia |
| Média classe Média | Até R\$ 641 | Até R\$ 2.564 | 25,0 – 29,99 | Sobrepeso |

| | | | | |
|-------------------|---------------|---------------|--------------|--------------------|
| Alta Classe Média | Até R\$ 1.019 | Até R\$ 4.076 | 30,0 – 34,99 | Obesidade grau I |
| Baixa Classe Alta | Até R\$ 2.480 | Até R\$ 9.920 | 35,0 – 39,99 | Obesidade grau II |
| Alta Classe Alta | ≥ R\$ 2.480 | ≥ R\$ 9.920 | ≥ 40 | Obesidade grau III |

Fonte: Elaborado a partir de World Health Organization (1995) e Secretária de Assuntos Estratégicos da Presidência da República (2016).

4.1. Os Grupos da Fase Contemplação – Alfa

Os grupos que sofrem influencia de IMCPHI são discutidos a seguir. Visto que os consumidores destes grupos têm a intenção de mudança de comportamento de consumo de alimentos hipercalóricos, eles não estariam na fase Pré-Contemplação no Modelo Níveis de Mudança Social e Comportamento de Prochaska e Diclemente (1983) e Kotler (1975). A fase qualitativa deste estudo evidenciou-se posterior à coleta e análise dos dados, na qual os consumidores se mostraram com a intenção de mudança. No cotidiano, eles não transformam a intenção em ação, estando, assim, na fase Contemplação. A seguir, são apresentadas os três grupos que se encontram nessa fase.

4.1.1 Mulheres Jovens da Classe Média em Situação de Sobrepeso (G1)

Conforme apontaram os resultados do estudo de Cruz, Ross e Silva (2015), as mulheres estão propensas a ter um comportamento de consumo mais saudável com menor quantidade de calorias em uma situação de restrição orçamentária quando comparadas aos homens. No caso desse grupo, uma cidadã da Classe Média (Renda média *per capita* R\$ 504,88), IMC 26,29 e com 24 anos (em média), ao ter conhecimento dos riscos sobre o consumo de alimentos hipercalóricos, pode ter a intenção de mudar seu comportamento. Essas mulheres talvez tenham a intenção de mudar suas escolhas de consumo de alimentos hipercalóricos por se encontrarem em uma situação de sobrepeso

(pré-obesidade), mesmo estando em uma situação de restrição orçamentária. Entretanto, podem não fazê-lo limitadas pela renda ou por disfunções fisiológicas/psicológicas – como distúrbios alimentares –, visto que a escolha alimentar é multideterminada (QUAIOTI; ALMEIDA, 2006; ESTIMA, 2012; GORGULHO, 2012). A situação de sobrepeso dessa mulher pode ser um estímulo para um possível desconforto estético ou por fugir a um padrão social de beleza. Supõe-se que esse padrão estético, alinhado à idade dessas mulheres e ao fato de elas poderem ser solteiras, de alguma forma, podem influenciar em seus objetivos individuais em torno de um padrão social de beleza, o que impactaria na escolha de alimentos saudáveis. Ao mesmo tempo, preocupações com a saúde, por entenderem as doenças relacionadas aos quadros de obesidade, podem também motivar uma intenção de mudança nos seus comportamentos alimentares individuais.

4.1.2 Mulheres Adultas da Baixa Classe Alta em Situação de Sobrepeso (G2)

O segundo grupo com intenção de mudança em relação ao comportamento de consumo alimentar em situação de restrição orçamentária refere-se às mulheres que possuem em média 40 anos, Renda *per capita* média de R\$ 1259,07 e IMC 27,41. A motivação pelas questões estéticas ou relacionadas à saúde também são consideradas nesse grupo, entretanto, uma possível diferença entre os dois grupos seja a renda individual e a probabilidade desta variável ter maior impacto na transformação da intenção de mudança para a atitude de mudança em relação ao consumo hipercalórico. Ou seja, a renda inferior do Grupo 1, comparativamente, tende a limitar muito mais a escolha dos alimentos das consumidoras daquele grupo, quando comparadas às consumidoras do Grupo 2.

Embora tenha sido apresentada a homens e mulheres uma situação de restrição orçamentária, não é possível mensurar aspectos intrínsecos desta variável Renda na escolha alimentar (por exemplo, experiências passadas do consumidor em uma situação de baixa renda). Há de considerar também, para essas mulheres, o tipo de arranjo familiar, visto que, supostamente, as

mulheres deste grupo tendem a ser mães – o que poderia trazer maior preocupação com relação à alimentação dos filhos e cônjuges, podendo ser, também, outra característica que explicaria sua maior predisposição à mudança de comportamento, não se restringindo apenas à intenção (quando comparadas ao Grupo 1). E essa mudança impactaria não somente em seu consumo, mas, também, no da sua família.

O estudo de Cruz, Silva e Silva (2015) evidenciou como a restrição orçamentária influencia a escolha por alimentos hipercalóricos de mulheres responsáveis pelas compras de alimentos em suas famílias, além de estratégias individuais para tentar tornar a alimentação mais saudável para suas famílias. Assim, este grupo identificado neste *cluster* pode ser de extrema importância no processo de comunicação das políticas públicas relacionadas à Segurança Alimentar ou Obesidade, principalmente quando analisadas à luz dos estágios de transformação Não-Crença em Crença, Crença em Atitude e Atitude em Valor, conforme apresentado no Quadro 1.

4.1.3 Homens Adultos de Alta Classe Alta em Situação de Sobrepeso (G3)

Os homens deste grupo (IMC 29,02), com 52 anos em média, estão muito próximos dos valores da Organização Mundial da Saúde (OMS) para a classificação de indivíduos obesos (Grau 1, IMC > 30). Com uma renda superior a R\$ 6480,00 em média, é possível que a intenção de mudança seja impactante neste grupo muito mais em função de questões de saúde e das possíveis doenças relacionadas à obesidade do que de questões estéticas ou de renda, por exemplo. Supõe-se que a renda não seja uma variável tão limitante quando comparada à renda dos Grupos 1 e 2 deste estudo; e a decisão de mudança deve sofrer menor impacto da restrição orçamentária nos homens deste grupo e maior impacto pelas questões relacionadas à informação das possíveis doenças relacionadas à obesidade. Entretanto, enquanto se especula nas mulheres do Grupo 2 uma maior possibilidade de mudança em função da estética, saúde e arranjo familiar, é obscura qualquer especulação sobre a intenção de mudança e atitude de mudança no consumo

alimentar entre os homens deste grupo. Considerando-se o histórico alimentar, possíveis distúrbios alimentares dos indivíduos deste grupo e uma preocupação menor dos homens com sua saúde (FIGUEIREDO, 2005), é provável que a atitude de mudança neste grupo seja menos eficiente quando comparada ao Grupo 2, por exemplo. Mas, ao mesmo tempo, o que difere os homens deste grupo dos homens do Grupo 4 é justamente a intenção de mudar o consumo de alimentos hipercalóricos, o que não acontece no Grupo 4 – não sendo classificados na fase Pré-Contemplação. Considerando que indivíduos mais velhos tendem a ter maior autopercepção da saúde e das doenças crônicas quando se aproximam ou se encontram na terceira idade (NUNES; BARRETO; GONÇALVES, 2012), é possível que a autopercepção de vulnerabilidade dos consumidores em relação à saúde seja maior neste grupo quando comparada à dos jovens, o que poderia influenciar na intenção de mudança no consumo de alimento hipercalóricos.

4.2. Os Grupos da Fase Pré-Contemplação – Beta

Os quatro grupos apresentados a seguir dentro das mudanças comportamentais analisadas por Prochaska e Diclemente (1983) e Kotler (1975) são aqueles que não sofreram impacto pela exposição da informação (IMCPhi). Na classificação dos autores, estes grupos de indivíduos se encaixam na fase Pré-Contemplação, fase em que o indivíduo sabe dos possíveis riscos e não tem interesse ou intenção de mudar suas ações (neste caso, de consumo). A seguir, são discutidos os quatro grupos que emergiram na Análise de *Cluster*.

4.2.1 Homens Adultos de Alta Classe Alta em Situação de Sobrepeso (G4)

Com idade média de 43 anos, os homens deste grupo são de Alta Classe Alta (R\$ 8020,27) e com média de IMC de 27,32. O que basicamente difere estes homens dos demais é a diferença de idade – visto que as demais variáveis são relativamente semelhantes. Neste sentido, a idade

parece ser um fator diferencial entre os dois grupos deste estudo no que diz respeito aos homens. Como a idade parece influenciar na autopercepção de saúde e da necessidade de cuidados próprios (NUNES; BARRETO; GONÇALVES, 2012), os homens deste grupo talvez sejam menos preocupados com a saúde e com os impactos de uma alimentação hipercalórica em seus corpos do que homens mais velhos (Grupo 3) que, possivelmente, já tiveram (ou têm) algum problema de saúde e tendem a ter maior preocupação com profilaxias em relação aos homens mais jovens. Neste sentido, os homens que não são impactados por IMCPHI neste estudo são aqueles indivíduos mais jovens que, possivelmente, ainda não percebem a necessidade de um cuidado maior com a própria saúde em suas possíveis interpretações subjetivas sobre o consumo de alimentos – o que, provavelmente, pode não acontecer com os indivíduos de maior média de idade. Como apontam De Vitta, Neri e Padovani (2006), mulheres e idosos têm maior autopercepção de saúde, sendo que estes indivíduos se percebem em maior situação de vulnerabilidade em relação às suas próprias saúdes do que outros grupos. Assim, é possível que os homens de 43 anos (deste Grupo 4) tenham menor percepção de vulnerabilidade em relação à saúde quando comparados a mulheres ou a indivíduos mais velhos, o que, neste caso, poderia explicar suas decisões deliberadas de consumo de alimentos hipercalóricos.

4.2.2 Mulheres Adultas da Alta Classe Média em Situação de Sobrepeso (G5)

As mulheres deste grupo têm em média 27 anos e uma renda *per capita* de aproximadamente R\$ 994,69. Embora o IMC das mulheres deste grupo seja em média menor que a do Grupo 2, não se verificou aqui entre essas consumidoras a intenção de mudar o comportamento de compra de alimentos hipercalóricos. Comparativamente ao Grupo 2, que possui mulheres mais velhas (40 anos), talvez a Renda (superior em média de R\$ 264,38 do que o Grupo 5) seja um dos motivos para que as mulheres deste grupo estejam na fase de Pré-Contemplação. Além disso, quando comparadas ao Grupo 2, as

mulheres aqui têm menor IMC (25,82) e menor idade. Neste sentido, consumidoras mais novas podem considerar que ainda não se encontram em um quadro de sobrepeso ou que ainda não é o momento de maior preocupação com a saúde, não havendo necessidade (ainda) de restringir o consumo de alimentos hipercalóricos. Ao mesmo tempo, é possível que experiências pessoais e familiares das mulheres do Grupo 2 (serem mães, por exemplo) tenham maior impacto no Grupo 2 do que nas mulheres do Grupo 5. Considera-se também neste perfil a possibilidade das mudanças nas relações de trabalho influenciando o tipo de alimentação (GORGULHO, 2012) e os diversos papéis profissionais que as mulheres assumem e que as fazem optar pela praticidade no preparo dos alimentos (CRUZ; SILVA; SILVA, 2015) em muitos casos.

4.2.3 Mulheres Jovens da Média Classe Média em Situação de Eutrofia (G6)

A renda das mulheres deste grupo (R\$ 487,86) em média foi a menor quando comparada aos seis grupos, assim como a Idade (23 anos) e o IMC (23,38) – o que as coloca em uma situação de eutrofia (e não de sobrepeso). Este é o grupo com diferenças destacadas em comparação aos demais, visto que são consumidoras da Média Classe Média e, nesse sentido, a Renda *per capita* parece influenciar significativamente nas suas decisões por consumo de alimentos hipercalóricos – o que supostamente pode explicar a substituição de produtos hipocalóricos por hipercalóricos, conforme apontam os resultados dos estudos de Snyder (2004), Darmon, Ferguson e Briend (2003) e Cruz, Silva e Silva (2015). Corroborando tal verificação, a Idade pode também influenciar na negação da intenção de mudança do consumo destes alimentos, visto que problemas de saúde podem parecer distantes de suas realidades individuais por meio de sua autopercepção positiva de saúde. Da mesma forma, como as consumidoras deste grupo se encontram em uma situação de eutrofia, parece ser menos impactante o consumo de alimentos hipercalóricos na perspectiva do IMC e da Idade; ou seja, o consumo deste tipo de alimento em suas percepções não necessariamente implica em curto e médio prazos problemas

de saúde. Não se pode negligenciar aqui a possibilidade de as mulheres deste grupo serem compostas por universitárias – que podem acabar se alimentando mal em função de residirem longe das famílias de origem e de optarem pela praticidade em função da qualidade nutricional dos alimentos.

4.2.4 Mulheres Adultas da Baixa Classe Alta em Situação de Sobrepeso (G7)

O último grupo é composto por mulheres de aproximadamente 47 anos, com um IMC médio de 25,27 e com uma renda *per capita* em média de R\$ 1810,81. Em relação à idade e ao IMC, este grupo se assemelha ao Grupo 4 pelo fato de homens e mulheres estarem em situação de sobrepeso e terem idades próximas quando comparadas aos demais grupos (43 e 47, respectivamente). Embora a diferença na Renda seja relativamente significativa (R\$ 6209,46) entre os Grupos 7 e 4, os dois não têm intenção de mudança no consumo de alimentos hipercalóricos. Embora estejam próximas ao limite inferior do IMC (25,00), talvez as mulheres deste grupo não percebam ainda a importância de uma alimentação mais saudável, mas não há como negligenciar a possibilidade de substituição de alimentos hipocalóricos por alimentos hipercalóricos em função da renda. Mesmo que a classificação da SAE considere este perfil econômico como Baixa Classe Alta, é possível que a renda e a situação de restrição orçamentária das consumidoras deste grupo influenciem na intenção de permanecer consumindo alimentos hipercalóricos, o que pode fazer com que as mulheres deste grupo optem pela quantidade de produtos comprados e não pelas características nutricionais. Da mesma forma que as mulheres do Grupo 5, a quantidade de pessoas na família, associada à restrição orçamentária, podem ser fatores simultâneos a serem considerados na intenção de continuar consumindo produtos hipercalóricos.

4.3. O *Gap* entre a Intenção e a Atitude de Mudança no Consumo Hipercalórico

Entre os 57 consumidores, a frequência estatística evidencia que entre os três tipos de produtos (hipocalóricos, normais e hipercalóricos) disponíveis

para a escolha do consumidor, apenas 14% do total de itens escolhidos foram saudáveis. Ou seja, em uma situação de restrição orçamentária, o consumidor tendeu a escolher produtos que não eram hipocalóricos (saudáveis). As entrevistas qualitativas conduzidas, como o trecho a seguir, evidenciam uma escolha de alimentos pautada na restrição orçamentária.

(...) hoje em dia as coisas estão tão, tão difíceis que (...) dependendo da quantidade de pessoas que tem numa casa, (...) do salário que a pessoa recebe... As pessoas hoje são obrigadas a abrir mão. Às vezes é uma quantidade de pessoas grande numa casa. E aí, se você for abrir mão de 10 reais, não vai ter o suficiente pra todo mundo se alimentar bem. (...) E aí você, só você, se alimentar bem não adianta, né? É onde acaba abrindo mão. (Maria, 46 anos, IMC - 28,01, Renda R\$ 400,00)

A fala de Maria corrobora o entendimento de que a restrição orçamentária acaba por limitar a escolha alimentar. Entretanto, essa respondente, assim como outros, demonstra ter a intenção de consumir produtos mais saudáveis na fase quantitativa, porém, a intenção geralmente é difícil de ser transformada em atitude em função da restrição orçamentária. Por exemplo, Ivete (27 anos, IMC 29,07, Renda R\$ 990,00) informou ter intenção de mudar o consumo, mas que a alimentação mais saudável seria mais cara e que o “preço acaba sendo um grande obstáculo” para uma alimentação ideal. Da mesma forma, Josy (25 anos, IMC 30,12, Renda R\$ 320,00) evidencia que é inviável uma alimentação saudável, mas que sua intenção não repercute em suas decisões de consumo, sendo quase uma fantasia a alimentação saudável. Já Angélica (24 anos, IMC 23,39, Renda R\$ 2500,00) reitera que, em uma situação de restrição no orçamento individual, “(...) você tem que optar por quantidade e não por qualidade (...) Imagina você com uma família de oito filhos, você tem que optar pela quantidade, não pelo valor calórico”.

Esses discursos transcritos anteriormente evidenciam que as falas das quatro consumidoras (dos 21 que tiveram intenção de mudar) vão ao encontro de outros 14 discursos. Ou seja, dos 21 consumidores que tiveram intenção de mudar o consumo hipercalórico na primeira fase da pesquisa, 18 apresentaram

em suas narrativas na pesquisa qualitativa uma mesma categoria: a renda ou a disponibilidade de capital influenciando o consumo hipercalórico.

Neste sentido, confrontando a intenção do consumidor com a atitude de consumo de alimentos hipercalóricos, analisando os níveis de mudanças comportamentais no modelo de Prochaska e Diclemente (1983) e Kotler (1975), os três grupos que têm intenção de mudar estão dentro de um mesmo estágio na teoria de Marketing Social: a Transformação de uma Não-Crença em Crença. O que difere os Grupos 4, 5, 6 e 7 dos Grupos 1, 2 e 3 são as fases em que os mesmos se encontram (Pré-Contemplação e Contemplação, respectivamente).

Assim, os Grupos 4, 5, 6 e 7 estão na fase Pré-Contemplação, e os indivíduos não se mostraram sensíveis às informações que os conscientizava em relação aos riscos do consumo hipercalórico, não se mostrando interessados e abertos a problematizarem consigo mesmos os riscos daquele tipo de alimentação. Já os Grupos 1, 2 e 3, embora tenham a intenção de mudança, suas atitudes não parecem ser concretizadas em ações, visto que eles apenas demonstraram pensar na possibilidade de mudança, o que permite considerá-los no mesmo estágio do modelo conceitual de Prochaska e Diclemente (1983) e Kotler (1975), sugerindo que estes grupos podem ser visivelmente influenciados pela renda ou por uma situação de restrição orçamentária.

5. Conclusões

Os resultados apresentados neste estudo não têm como intenção a generalização do comportamento dos consumidores em relação ao consumo de produtos hipercalóricos. O objetivo inicial foi identificar a intenção de 118 consumidores no que diz respeito à possibilidade de mudança de intenção (e talvez comportamento e valores) ao receberem informações nutricionais e de saúde em relação às escolhas alimentícias realizadas (hipercalóricos). Neste sentido, para a amostra aqui analisada, conforme pode ser visualizado na Tabela 3, conclui-se que os consumidores estão nas fases de Pré-

Contemplação (Grupos 4, 5, 6 e 7) e Contemplação (Grupos 1, 2 e 3), quando analisados à luz do Modelo Níveis de Mudança Social e Comportamento do Marketing Social. Embora os consumidores na fase de Contemplação se mostrem predispostos a realizarem algum tipo de mudança em relação ao consumo de alimentos hipercalóricos, trata-se apenas de uma intenção que não se concretiza em uma ação, comportamento ou internalização de um valor. Assim, não existem evidências de que os consumidores deste estudo transformem crenças em atitudes e atitudes em valores, visto que seus discursos apontam para a substituição de produtos hipocalóricos por hipercalóricos em função de uma situação de restrição orçamentária – o que inclui o tamanho da família e a renda familiar, por exemplo.

Tabela 3 - Grupos de Consumidores e suas fases no Modelo Níveis de Mudança Social e Comportamento do Marketing Social

| Grupo | Intenção de Mudança | Fase no Marketing Social | Idade | Gênero | IMC | Renda |
|-------|---------------------|------------------------------|---------|--------|-------|-------------|
| 1 | Sim | Contemplação (Cognitiva) | 24 anos | Mulher | 26,29 | 504,88 R\$ |
| 2 | Sim | | 40 anos | Mulher | 27,41 | 1259,07 R\$ |
| 3 | Sim | | 52 anos | Homem | 29,02 | 6480,27 R\$ |
| 4 | Não | Pré-Contemplação (Cognitiva) | 44 anos | Homem | 27,32 | 8020,66 R\$ |
| 5 | Não | | 27 anos | Mulher | 25,82 | 994,69 R\$ |
| 6 | Não | | 23 anos | Mulher | 23,68 | 487,83 R\$ |
| 7 | Não | | 47 anos | Mulher | 25,27 | 1810,81 R\$ |

Fonte: Elaboração dos autores.

A análise aqui conduzida remete à necessidade de fortalecer a política pública de obesidade no Brasil na perspectiva da prevenção e não apenas da adoção de ações que resolvam pontualmente o problema. Ao mesmo tempo, é necessário problematizar a possibilidade de regulação da indústria alimentícia no país, uma vez que as indústrias tentam diminuir custos na produção dos

alimentos, tornando-se mais competitivas em preço, mas acabam transferindo o ônus para o consumidor (alimentos com muito sódio, açúcar e gorduras).

A identificação dos sete grupos por meio da Análise de *Cluster* evidenciou neste estudo que os grupos são diferentes em relação às variáveis Renda, Idade, IMC e Gênero. Logo, entender as diferenças nestes grupos, pode, posteriormente, tornar mais eficiente o processo de disseminação de informações relacionadas ao consumo hipercalórico de alimentos, transformando ao longo dos anos na perspectiva do Marketing Social, intenção em valor. Desconsiderando-se disfunções metabólicas, psicológicas e a realização de atividades físicas pelo cidadão, a transformação de intenção em valor para o cidadão poderia possibilitar a diminuição do consumo de alimentos hipercalóricos, podendo implicar a redução de casos de obesidade e doenças afins no Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da prevenção.

Neste sentido, entende-se que a prevenção é um importante mecanismo na atenção às políticas públicas de combate à obesidade, e o Marketing Social pode ser pensado como instrumento de operacionalização eficiente, especialmente no que diz respeito ao consumo de alimentos hipercalóricos pelo cidadão. Compreende-se que este estudo se torna relevante em função de três características: (i) o desenho da estratégia de pesquisa ao identificar grupos de consumidores e associar suas intenções à teoria de Marketing Social; (ii) verificar a lacuna entre intenção e comportamento de mudança no consumo de produtos hipercalóricos, problematizando a questão da obesidade na sociedade; e (iii) que a intenção do consumidor em escolher produtos mais saudáveis acaba sendo limitada pela restrição orçamentária (situação que pode ocorrer em função do número de familiares ou até pela crise econômica).

Futuras pesquisas envolvendo os temas abordados neste estudo ou decorrentes dos resultados aqui apresentados podem, por exemplo, (i) replicar o método de análise de *cluster* com amostras maiores, buscando verificar se os grupos se mantêm semelhantes; (ii) inserir outras variáveis demográficas ou socioeconômicas para verificar a formação dos grupos na análise de *cluster*; ou (iii) identificar variáveis e construir um modelo teórico que considere estratégias

de Marketing Social na conscientização do consumo hipercalórico e sua relação com a obesidade e doenças afins.

Referências

AQUINO, Rita de C. de; PHILIPPI, Sônia T. Consumo infantil de alimentos industrializados e renda familiar na cidade de São Paulo. *Revista Saúde Pública*. v. 35, n. 6: 655-660, 2002.

BARBOSA, Janine M.; CABRAL, Poliana C.; LIRA, Pedro I. C. de; FLORÊNCIO, Telma M. de M. T. Fatores socioeconômicos associados ao excesso de peso em população de baixa renda do Nordeste brasileiro. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*. v. 9, n. 1: 22-29, 2009.

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Ministério da Saúde, 2011. 160 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf. Acesso em: 24 fev. 2016.

BRIONES, Krist; LUSTIK, Faith; LALONE, Joel. Could It Be Asthma? Using Social Marketing Strategies to Increase Parent and Caregiver Knowledge of Asthma Symptoms in Children in a Rural Community. *Health Promotion Practice*. v. 11, n. 6: 859-866, 2010.

CHANG, Hung-Hao; NAYGA-JR, Rodolfo M. Television viewing, fast-food consumption, and children's obesity. *Contemporary Economic Policy*. v. 27: 293-307, 2009.

CRUZ, Breno de P. A.; SILVA, Nathália C. da; SILVA, Ingrid P. F. da. O Programa Bem Estar e a Mudança da Alimentação dos Telespectadores. *NAU Social*. v. 6, n. 10: 55-71, 2015.

_____; ROSS, Steven D.; SILVA, Nathália C. da. The Impact of Budget Constraint in Hyper Caloric Food Consumption. IN: Congreso Internacional en Gobierno, Administración y Políticas Públicas, 6, 2015, Madrid. *Anais do VI GIGAPP*, Madrid, 2015. Disponível em: <http://www.gigapp.org/index.php/component/jresearch/publication/show/1868?Itemid=101>. Acesso em: 01 mar. 2016.

DARMON, N.; FERGUSON, E.; BRIEND, A. Do economic constraints encourage the selection of energy dense diets? *Appetite*. v. 43, n. 1: 315-322, 2003.

DE VITTA, Alberto; NERI, Anita L. ; PADOVANI, Carlos R. Saúde percebida em homens e mulheres sedentários e ativos, adultos jovens e idosos. *Salusvita*. v. 25, n. 1: p. 23-34, 2006.

DREWNOWSKI, A.; DARMON, N. Food Choices and Diet Costs: an Economic Analysis. *The Journal of Nutrition*. v. 135, n. 4: 900-904, 2005.

DUTTA-BERGMAN, M. J. A Social Marketing Approach Using Psychographics in Conjunction with Interpersonal, Community, Mass Media and New Media Activities. *Health Marketing Quarterly*. v. 20, n. 3: 81-101, 2004.

ESTIMA, Camilla de C. P. *Por que os adolescentes comem o que comem? Determinantes do Consumo Alimentar*. 2012. 142 f. Tese (Doutorado em Nutrição Humana Aplicada) – Programa de Pós-Graduação Interunidades em Nutrição Humana Aplicada, Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Faculdade de Economia e Administração e Faculdade de Saúde Pública – Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), 2012.

FIGUEIREDO, Wagner. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 10, n. 1: 105-109, 2005.

GRIER, Sonya; BRYANT, Karol A. Social Marketing in Public Health. *Review of Public Health*. v. 26: 319-339, 2005.

GORGULHO, Bartira M. *Alimentação fora do lar e sua relação com a qualidade de dieta de moradores de São Paulo*. Estudo ISA - Capital. 2012. 92 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública– Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), 2012.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Histórico do Município de Seropédica. Disponível em: <<http://cod.ibge.gov.br/8TU>>. Acesso em: 01 mar. 2016.

JABLONSKI, Bernardo A. Divisão de Tarefas Domésticas entre Homens e Mulheres no Cotidiano do Casamento. *Psicologia, Ciência e Profissão*. v. 30, n. 2: 262-275, 2010.

KONISHI, Sadanori; KITAGAWA, Genshirō. *Information Criteria and Statistical Modeling*. New York: Springer Science, 2008.

KOTLER, Philip; LEE, Nancy. *Marketing no setor público: um guia para um desempenho mais eficaz*. Porto Alegre: Bookman, 2008.

_____; ZALTMAN, Gerald. Social Marketing: an Approach to Planned Social Change. *Journal of Marketing*. v. 35: 3-12, 1971.

LAHTI-KOSKI, M.; PIETINEN, P.; HELLOVAARA, M.; VARTIAINEN, E. Associations of body mass index and obesity with physical activity, food choices, alcohol intake, and smoking in the 1982–1997 FINRISK Studies. *The American Journal of Clinical Nutrition*. v. 75, n. 5: 809-817, 2002.

LIMA-LEOPOLDO, Ana Paula et al. Disfunção miocárdica e alterações no trânsito de cálcio intracelular em ratos obesos. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. v. 97, n. 3: 232-240, 2011.

LLAURADÓ, Elisabet et al. A youth-led social marketing intervention to encourage healthy lifestyles, the EYTO (European Youth Tackling Obesity) project: a cluster randomized controlled trial in Catalonia, Spain. *BMC Public Health*. v. 15, n. 607: 01-12, 2015.

LUCCA, Nadina R.; SUGGS, L. S. Theory and Model Use in Social Marketing Health Interventions. *Journal of Health Communication*. v. 18: 20–40.

MARQUES, Kelen F. S.; SILUK, Julio C. M. Técnicas de Merchandising que Podem Ser Utilizadas Estrategicamente no Varejo. IN: Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia, 8, 2011, Resende. *Anais do XVIII SIMGEP*, Resende, 2011.

MUCCELLINI, Amanda B.; MANFRO, Gisele G.; SILVEIRA, Patricia P. Tackling obesity: challenges ahead. *The Lancet*. v. 385, n. 9985: 2410–2421, 2015.

NG, Marie et al. Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet*. v. 384, n. 9945: 766-781, 2011.

NUNES, Ana Paula N.; BARRETO, Sandhi M.; GONÇALVES, Luana G. Relações sociais e autopercepção da saúde: projeto envelhecimento e saúde. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. v. 15, n. 2: 415-428, 2012.

PROCHASKA, James O.; DICLEMENTE, Carlo C. Stages and Processes of Self-Change of Smoking. Toward and Integrative Model of Chang. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. v. 51: 390-395, 1983.

QUAIOTI, Tereza C. B.; ALMEIDA, Sebastião de S. Determinantes psicobiológicos do comportamento alimentar: uma ênfase em fatores ambientais que contribuem para a obesidade. *Psicologia USP*. v. 4, n. 14: 193-211, 2006.

RODRIGUES, Anderson R.; PEIXOTO, Maria G. M.; SETTE, Ricardo de S. Marketing Social: Conceituação, características e aplicação no contexto brasileiro. *Revista Espacios*. v. 33, n. 3: 20, 2012.

ROSINI, Tiago C.; SILVA, Adelino S. R. da; MORAES, Camila de. Obesidade induzida por consumo de dieta: modelo em roedores para o estudo dos distúrbios relacionados com a obesidade. *Revista da Associação Médica Brasileira*. v. 58, n. 3: 383-387, 2012.

SNYDER, Ursula. Obesity and Poverty. 2004. Disponível em: <<http://www.medscape.com/viewarticle/469027>>. Acesso em: 27 mai. 2013.

UNITED NATIONS. 96th Plenary Meeting. United Nations Standard Minimum Rules for the Administration of Juvenile Justice ("The Beijing Rules"). Disponível em: <http://www.un.org/documents/ga/res/40/a40r033.htm>. Acesso em: 03 mar. 2016.

WARDLE, J.; HAASE, A. M.; STEPTOE, A.; NILLPUN, M.; JONWUTIWES, K.; BELLISIE, F. Gender differences in food choice: The contribution of health beliefs and dieting. *Annals of Behavioral Medicine*. v. 27, n. 2: 107-116, 2004.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva: World Health Organization, 1995. (Technical Report Series, 854).

_____. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Geneva: WHO Consultation, 2000. (Technical Report Series, 894). Disponível em: <<http://www.who.int/nutrition/topics/obesity/en/>>. Acesso em: 13 mar. 2016.

_____. Report of the Commission on Ending Childhood Obesity. Geneva: Commission on Ending Childhood Obesity, 2016. Disponível em: <www.who.int/end-childhood-obesity/en>. Acesso em: 13 mar. 2016.