

**Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública**

**Alimento seguro sob a perspectiva de
consumidores em Unidades de Alimentação e
Nutrição no município de São Paulo**

Gabriela Milhassi Vedovato

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-
Graduação Nutrição em Saúde Pública para
obtenção do título de Mestre em Nutrição em Saúde
Pública**

**Orientadora: Prof^a Assoc. Dra. Deborah H. Markowicz
Bastos**

**São Paulo
2010**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

**Alimento seguro sob a perspectiva de
consumidores em Unidades de Alimentação e
Nutrição no município de São Paulo**

Gabriela Milhassi Vedovato

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-
Graduação Nutrição em Saúde Pública da Faculdade
de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em Nutrição em Saúde
Pública**

**Orientadora: Prof^a Assoc. Dra. Deborah H. Markowicz
Bastos**

**São Paulo
2010**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida **exclusivamente** para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

Dedico este trabalho aos meus amados pais, Sérgio e Edna.

Desde criança vivenciando suas conquistas, fruto de muito trabalho e dedicação. E ao longo da nossa trajetória, sempre apoiaram minhas decisões e estimularam a busca pelos meus ideais.

Dedico também à minhas amadas irmãs, Marina e Cristina, minhas eternas companheiras.

Aos meus queridos avós maternos Luzia e Francisco (*in memoriam*), e paternos, Carolina (*in memoriam*) e Antônio (*in memoriam*).

Ao Flávio, pelo amor, companheirismo e apoio para seguir adiante neste trabalho.

Sem palavras para expressar gratidão à presença de vocês na minha vida!

Agradecimentos

À minha orientadora, professora Dra. Deborah Helena Markowicz Bastos, por aceitar o desafio de desenvolver um trabalho fora do seu estrito domínio. Admiro a excelente professora, pesquisadora, orientadora e amiga, com quem tive o privilégio da convivência.

À professora Dra. Ana Maria Cervato Mancuso, minha orientadora temporária na ausência da professora Deborah, meu espelho profissional desde a graduação e pessoa por quem tenho enorme carinho. Agradeço pelas preciosas conversas que ajudaram esculpir este trabalho.

Ao Dr. Jorge Herman Behrens, com sua expertise em estudos com consumidores, agradeço pelo excepcional apoio e valiosas contribuições. Seguramente, o sucesso será resultado desta parceria!

À professora Dra. Elisabete Salay pelas importantes contribuições no exame de qualificação.

À Aline Nascimento Sardinha, aluna de graduação que desenvolveu projeto de Iniciação Científica aliado a este trabalho. Por ventura pude contar com seu talento, dedicação e disposição na condução das entrevistas.

Ao Instituto Ajinomoto, representado pela senhora Leiko Kussuda, pela concessão da bolsa de mestrado. E à professora Dra. Elisabeth Aparecida Ferraz da Silva Torres pela articulação do processo junto ao Centro de Apoio à Faculdade de Saúde Pública (CEAP/FSP). E ao CEAP/FSP, representado pela funcionária Janaína, pela administração da bolsa de estudos.

Aos professores Dra. Ana Maria Cavalcanti Lefèvre e Dr. Fernando Lefèvre pela facilitação na realização do curso da técnica Discurso do Sujeito Coletivo.

Aos nutricionistas das instituições envolvidas no estudo: Ricardo Calil e Juliana Poletto da CODEAGRO; Kelly Salute Balieiro da Editora Globo e Vanessa de Ávila Benedictas da empresa GRSA.

Ao nutricionista da FSP/USP, Daniel Bandoni, pela conversa inicial que abriu minha mente sobre os caminhos a percorrer.

Aos meus amigos e companheiros de pós-graduação – Tatiane, Josiane, Fernanda, Camila, Bruna, Eliseu, Carolina, Larissa, Adriana – pelas risadas, pelos encontros divertidos pelos corredores da faculdade e pelas conversas que permitiram meu engrandecimento pessoal e profissional.

“[...] A gente não quer só comida [...]”

Comida, música de Titãs

Vedovato GM. Alimento seguro sob a perspectiva de consumidores em Unidades de Alimentação e Nutrição no município de São Paulo [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2010.

Resumo

Introdução. A complexidade da cadeia produtiva de alimentos (CPA) torna a Inocuidade de Alimentos (IA) questão fundamental em Saúde Pública, sendo os consumidores co-responsáveis neste processo. **Objetivo.** O objetivo geral foi identificar atitudes de consumidores em Unidades de Alimentação e Nutrição no município de São Paulo acerca da IA, sob a perspectiva da responsabilidade compartilhada. **Metodologia.** Pesquisa social de caráter exploratório que utilizou um instrumento de *survey* previamente desenvolvido e testado. Foi desenvolvida em três fases: (1) abordagem qualitativa para levantar representações sociais sobre o tema (n=66); (2) desenvolvimento de um instrumento quantitativo para avaliar atitudes em IA a partir do material empírico da etapa anterior, utilizando escala de concordância/discordância com cada um dos itens (tipo Likert 5 níveis); (3) inquérito com amostra representativa de cada serviço (grupos X n=230; Y n=275), onde também foram coletados dados sócio-econômicos e demográficos (utilizando critério brasileiro oficial) que permitiram comparações entre os grupos. Foi adotada a técnica Discurso do Sujeito Coletivo e seus preceitos teóricos para tratamento dos dados qualitativos e construção dos itens da escala. O instrumento foi testado (n=61) para análises de confiabilidade (índice de discriminação dos itens e cálculo do coeficiente Alfa-Cronbach- α). Por fim, foram executadas análises descritivas, comparação de médias de escores entre os grupos para segmentação dos consumidores, e Análises de Componentes Principais (ACP) para extrair estruturas subjacentes de padrões de atitude em cada grupo. **Resultados.** As representações sociais diferiram de acordo com o perfil sócio-econômico e demográfico dos grupos. A escala final de atitudes (25 itens) obteve boa consistência interna ($\alpha=0,65$) e discriminação de itens ($p<0,05$). O grupo Y (menor nível educacional e poder de compra) apresentou maior média de concordância com itens de sentido negativo perante o tema. Na primeira ACP foram extraídos 10 (grupo X) e 8 (grupo Y) fatores ortogonais explicando uma variância de 61,4% e 54,1%, respectivamente. Foi observada uma melhor discriminação de atitudes entre os grupos a partir de uma segunda ACP. Ambos os grupos atribuíram valor ao nutricionista e identificaram papel preponderante dos órgãos governamentais e menor grau de responsabilidade do consumidor no cenário de IA. A preocupação com doenças transmitidas por alimentos pareceu ser um bom fator discriminante entre os grupos. O envolvimento do consumidor na CPA se estabelece com padrão de atitudes diferenciado segundo características sócio-econômicas. **Discussão e Conclusão.** Utilização de parâmetros estéticos e sensoriais para avaliar segurança de alimentos, maior preocupação com alimentos cárneos e maior nível de percepção de risco com insumos agrícolas corroboram os dados da literatura internacional. Os achados permitem o direcionamento de estratégias em *marketing* social para o aperfeiçoamento de ações educativas e de comunicação de risco, contribuindo para o direcionamento de políticas públicas para o foco no consumidor.

Descritores: atitudes de consumidores, inocuidade de alimentos, representações sociais, *marketing* social

Vedovato GM. Alimento seguro sob a perspectiva de consumidores em Unidades de Alimentação e Nutrição no município de São Paulo./ *Food safe under consumers perspective in Food Services in São Paulo, Brazil [dissertation]*. São Paulo (BR): Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2010.

Abstract

Introduction. The complexity of food supply chain makes the Food Safety key issue in Public Health, and demands consumers share responsibility. **Objective.** The objective of this study was to evaluate consumer attitudes towards Food Safety focusing shared responsibility, in two different foodservices in the city of São Paulo, Brazil. **Methodology.** Exploratory consumer research that used a survey questionnaire previously developed and tested. The study was developed in three phases: (1) qualitative approach to raise the social representations (n= 66); (2) the development of an attitude scale, based on the empirical material produced in phase 1, to assess individual's agreement/disagreement to each item (5-Likert); (3) survey with a representative sample (n=230 group X, n= 275 group Y), which were also collected socio-economic and demographic data (based on Brazilians' official criteria) to compare groups. The qualitative technique Collective Subject Discourse and its theoretical framework were used to construction scale items. The instrument was tested (n= 61) for reliability analysis (item analysis, Pearson's correlation, and Cronbach's alpha coefficient- α). Finally, was performed descriptive analysis, comparing mean scores between groups for targeting consumers, and Principal Component Analysis (PCA) was carried out to summarize the information for target and comparison groups. **Results.** The social representations differed according to the socio-economic and demographic status. The attitude scale (25 items) reached a good internal consistency ($\alpha = 0.65$) and item discrimination ($p < 0.05$). The group Y (lower educational level and purchasing power) showed higher mean agreement with negative statements. Ten (group X) e 8 (group Y) orthogonal factors were extracted in the first PCA, explaining a variance of 61.4% and 54.1% respectively. Better attitude pattern discrimination was observed from a second PCA. Both groups of consumers attributed great value to the nutritionist in the restaurant, identified key role of governmental agencies, and less responsibility to consumers related to Food Safety. The concern with foodborne diseases appeared as a discriminating factor between groups. The type of consumer's involvement with the food supply chain varies according socioeconomic characteristics. **Discussion and Conclusion.** The use of aesthetic and sensory parameters to assess Food Safety, greater concern with flesh foods and higher level of risk perception of agrochemical hazards corroborate the literature. These findings allow the targeting of social marketing strategies for the improvement of nutritional education and risk communication, contributing to the direction of public policy focusing the consumer.

Descriptors: consumer attitudes, food safety, social representation, social marketing

APRESENTAÇÃO

A presente dissertação é constituída essencialmente por três partes. A primeira relacionada à contextualização da temática, revisão da literatura, referencial teórico, justificativa e breve descrição metodológica da pesquisa. Compreende os capítulos: introdução, justificativa, objetivos e metodologia. Na segunda parte, são apresentados três manuscritos originais, cada um relativo a uma fase da pesquisa. Os manuscritos são exibidos no formato: resumo, introdução, metodologia, resultados, discussão e conclusão. A última parte inclui as considerações finais, referências e anexos.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	08
1.1. DOENÇAS TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS	08
1.2. ALIMENTO SEGURO “DO CAMPO ATÉ A MESA”	09
1.3. O CONSUMIDOR COMO AGENTE DA CADEIA PRODUTIVA DE ALIMENTOS	11
1.4. COMUNICAÇÃO DE RISCOS EM INOCUIDADE DE ALIMENTOS	23
1.5. TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	28
2. JUSTIFICATIVA	31
3. OBJETIVOS	32
3.1. OBJETIVO GERAL	32
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	32
4. METODOLOGIA	33
4.1. TIPO DE PESQUISA E DELINEAMENTO DO ESTUDO	33
4.2. GRUPOS DE INTERESSE	34
4.3. QUESTÕES ÉTICAS	36
5. MANUSCRITO 1 – FASE 1	37
6. MANUSCRITO 2 – FASE 2	58
7. MANUSCRITO 3 – FASE 3	77
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	97
9. REFERÊNCIAS	99
ANEXOS	
Anexo 1 – Protocolo do Comitê de Ética em Pesquisa	109
Anexo 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	110
Anexo 3 – Formulário de entrevistas semi-estruturado (Fase 1)	111
Anexo 4 – Formulário de entrevistas (Fase 2)	112
Anexo 5 – Formulário de entrevistas (Fase 3)	114
CURRÍCULO LATTES	116

Lista de Figuras

Figura 1.	Proposta de sistema em IA: <i>Good Nutritional Practice</i> e <i>Good Life Practice</i> .	11
Figura 2.	Quadro conceitual sobre relação entre as representações sociais, atitudes e possíveis comportamentos de consumidores em IA.	30
Figura 3.	Distribuição de respostas de consumidores sobre o conceito de alimento seguro, segundo ideia central e UAN. Município de São Paulo, 2009.	43
Figura 4.	Distribuição de respostas de consumidores sobre o conhecimento em IA e DTAs, segundo ideia central e UAN. Município de São Paulo, 2009.	47
Figura 5.	Distribuição de respostas de consumidores sobre comportamentos relatados em IA, segundo ideia central e UAN. Município de São Paulo, 2009.	52

Lista de Tabelas

Tabela 1.	Principais características das UANs estudadas. Município de São Paulo, 2009.	40
Tabela 2.	Categorias de ideias centrais (IC), frequências de expressões-chaves (ECh) e discurso-síntese (DSC), segundo os eixos da escala de atitudes em IA, dos consumidores de serviços de alimentação coletiva. Município de São Paulo, 2009.	67
Tabela 3.	Itens retirados da escala de atitudes acerca de IA, pré-testada com consumidores de serviços de alimentação coletiva. Município de São Paulo, 2009.	71
Tabela 4.	Confiabilidade da escala de atitudes acerca de IA pré-testada com consumidores de serviços de alimentação coletiva. Município de São Paulo, 2009.	71
Tabela 5.	Confiabilidade da escala final de atitudes de consumidores de UANs frente o Alimento Seguro. Município de São Paulo, 2009.	84
Tabela 6.	Perfil sócio-econômico e demográfico da amostra de consumidores das UANs estudadas. Município de São Paulo, 2009.	86
Tabela 7.	Proporção de respostas na métrica Likert, médias e desvio-padrão de escores da escala de atitudes e comparação entre os grupos de consumidores das UANs estudadas. Município de São Paulo, 2009.	87
Tabela 8.	Cargas fatoriais das variáveis originais e contribuição em cada componente principal (CP) de atitudes de consumidores frente o Alimento Seguro em UANs. Município de São Paulo, 2009.	89

Siglas e abreviações utilizadas

DTAs	Doenças Transmitidas por Alimentos
IA	Inocuidade de Alimentos
CPA	Cadeia Produtiva de Alimentos
OMS	Organização Mundial de Saúde
ACP	Análise de Componentes Principais
CR	Comunicação de Riscos
BSE	<i>Bovine spongiform encephalopathy</i>
UHT	<i>Ultra-high temperature</i>
UANs	Unidades de Alimentação e Nutrição
SAN	Segurança Alimentar e Nutricional
SAA	Secretaria de Agricultura e Abastecimento
CODEAGRO	Coordenadoria de Desenvolvimento dos Agronegócios
CONSEA	Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
ABEP	Associação Brasileira de Pesquisas de Mercado
BPF	Boas Práticas de Fabricação
POP	Procedimentos Operacionais Padronizados
APPCC	Sistema de Análise de Perigos e Pontos Críticos de Controle
ECh	Expressões-chave
IC	Ideias Centrais
AN	Ancoragem
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
CP	Componente Principal

1 INTRODUÇÃO

1.1. DOENÇAS TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS

As doenças transmitidas por alimentos (DTAs), geralmente de natureza infecciosa ou tóxica, são causadas por ampla variedade de agentes – microorganismos, parasitas, contaminantes químicos, biotoxinas ou agentes físicos – transmitidos pela ingestão de alimentos ou água contaminados (WHO, 2007). Atualmente, são consideradas problema em Saúde Pública em crescimento e de grande magnitude, tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento (FAO, 1999; WHO, 2002). Apesar da sub-notificação de casos e a dificuldade de estimar a sua incidência global (FAO, 1999; WHO, 2007), no ano de 2005, foi reportado óbito de 1,8 milhões de pessoas por distúrbios diarréicos, com grande proporção dos casos atribuída à contaminação de alimentos e água (WHO, 2007). Estima-se que em países industrializados cerca de 30% da população adquire DTAs por ano (WHO, 2007).

No Brasil, segundo dados oficiais (MS, 2007), 5699 surtos de DTAs envolvendo 114.302 pessoas, 61 óbitos e mediana de cinco pessoas por surto foram notificados no período de 1999 a 2007. A maior frequência de casos ocorreu na faixa etária entre 20 a 49 anos, e 14,9% dos surtos em restaurantes. A grande maioria dos surtos é de origem bacteriana (83,5%), sendo a *Samonella spp* o principal o agente etiológico, e os ovos crus ou mal cozidos os alimentos mais freqüentemente envolvidos. O estado de São Paulo é a segunda unidade federada na notificação de surtos alimentares, o que reflete o elevado grau de implementação de ações de Vigilância Epidemiológica das DTAs. Em 2007, foram notificados 321 surtos e 5284 casos destas doenças, sendo a maioria com ocorrência no município de São Paulo: 186 surtos e 1710 casos (CVE, 2007). Além do ônus em saúde,

suscitam carga social e econômica que incorrem nas nações, nas sociedades, nos indivíduos, nos sistemas em saúde e nas corporações de forma geral (WHO, 2000; WHO, 2002).

O quadro epidemiológico atual das DTAs é marcado por questões relacionadas à globalização do mercado econômico mundial, ampla comercialização de alimentos, intensa mobilização de populações, viagens internacionais, alterações no perfil demográfico e características populacionais (por exemplo, aumento de proporção de populações mais vulneráveis, como gestantes, idosos e pessoas imunodeprimidas), modificação de processos tecnológicos de produção e controle agroalimentar, estilos de vida com crescente participação de alimentos industrializados e mudanças de hábitos alimentares, especialmente com maior frequência de alimentação fora do lar (FAO, 2000; IBGE, 2003; JABS e DEVINE, 2006; CVE, 2007; WHO, 2007; SNEED e STROHBEHN, 2008).

1.2. ALIMENTO SEGURO “DO CAMPO ATÉ A MESA”

Alimento Seguro, pertencendo ao escopo *Food Safety* ou Inocuidade de Alimentos (IA), é aquele que seja livre, ou que contenha níveis aceitáveis de contaminantes de origem biológica, química ou física, e, portanto, não cause dano à saúde (FAO/WHO, 2003). Segundo o *Codex Alimentarius* (FAO/WHO, 2003), perigo é definido como “agente de natureza biológica, química e física, ou uma condição do alimento, com potencial para causar dano à saúde ou à integridade física do consumidor”; e risco, como a “possibilidade ou probabilidade da manifestação de um perigo e a magnitude de seu efeito”.

Em decorrência da complexidade das sociedades urbanas atuais, a IA necessita ser firmada pela combinação de medidas de regulamentação, fiscalização e de educação no controle integrado e eficiente de todos os

componentes em cada uma das etapas da cadeia produtiva de alimentos (CPA) (WHO, 2000; WHO, 2002; FAO/WHO, 2003). A Organização Mundial de Saúde (OMS) atribui a tarefa a todos os envolvidos – governo, produção primária, indústria, comércio, serviços de alimentação e consumidores – na abordagem da Responsabilidade Compartilhada (WHO, 2000).

Nesse sentido, cabe ao governo prover pesquisas e serviços relacionados à saúde, diretrizes para indústria e comércio, legislação e fiscalização de alimentos e ações de educação da população. Constitui atribuições da indústria e comércio de alimentos proporcionarem processos e tecnologia apropriados, garantirem qualidade e controle higiênico-sanitário no processamento de alimentos, treinamento de profissionais, fidedignidade de informações sobre alimentos e educação do consumidor. Aos serviços de alimentação cabe a gestão de qualidade na produção de refeições e a educação visando a segurança alimentar do comensal. Por conseguinte, os consumidores devem desempenhar práticas seguras de alimentação, se posicionar de forma ativa e manifestar participação comunitária na busca de alimentos seguros para promoção da saúde (WHO, 2000).

A despeito dos significativos avanços na produção e comercialização de alimentos decorrente da evolução tecnológica ocorrida nas últimas décadas (EC, 2000; PAS, 2003; GORRIS, 2005), evidências apontam para o desafio de garantir alimentos seguros “do campo até a mesa” (*from field to table*), particularmente sugerindo não conexão do consumidor à CPA (MORRIS, 1999; GORRIS, 2005; RASPOR, 2008; RASPOR e JEVSNIK, 2008; JEVSNIK et al., 2008). Este fenômeno sugere que a última etapa da CPA estabelecida tanto no domicílio quanto em serviços de alimentação, seja de certa forma negligenciada, proporcionando desarranjo em todo o sistema de IA (Figura 1) (MORRIS, 1999; GORRIS, 2005; RASPOR, 2008).

Figura 1. Proposta de sistema em IA: *Good Nutritional Practice* e *Good Life Practice*.



Adaptado de: RASPOR, 2008.

1.3. O CONSUMIDOR COMO AGENTE DA CADEIA PRODUTIVA DE ALIMENTOS

A alimentação, além de necessidade biológica básica, inclui o simbólico, as concepções coletivas dimensionadas no tempo e no espaço, indispensáveis às questões humanas biológicas e sociais. Logo, se posiciona como objeto nutricional, sócio-cultural, econômico, histórico e político (VÍCTORA et al., 2000; COTENTO, 2007; CASNEQUI, 2009). Fatores individuais, sociais, culturais e econômicos podem interferir nas escolhas alimentares, no envolvimento e no comportamento do consumidor pela busca do Alimento Seguro (DOSMAN et al., 2001; MILES e SCAIFE, 2003; BRUHN, 2005; COTENTO, 2007; ELLIS e TUCKER, 2009). Assume-se que, apenas os indivíduos que demonstram conhecimentos em IA e confiança na CPA se reconhecerão como agentes e co-responsáveis neste processo (REID et al., 1998; WHO, 2000; EDEN et al., 2008; GURUDASANI e SHETH, 2009).

Percepções e atitudes são conceitos centrais da Psicologia Social e constituem objetos de interesse da pesquisa social nos últimos 50 anos (BAUER, 1960). O crescente número de pesquisas com consumidores na área de IA se baseia na demanda pela compreensão dos comportamentos humanos perante uma ampla gama de temas concernente à ciência,

políticas e cultura popular (MARFARLANE, 2002; FISCHER et al., 2005; ELLIS e TUCKER, 2009). A premissa básica destas pesquisas é a de que para promover e regulamentar saúde e segurança é necessário entender como as pessoas pensam e reagem ao risco iminente (SLOVIC, 1987).

Percepção é o processo pelo qual a natureza e o significado dos estímulos sensoriais são reconhecidos e interpretados pelo indivíduo (SLOVIC, 1970; HAWKINS et al., 2007). As atitudes são organizações duradouras de processos motivacionais, emocionais, perceptivos e cognitivos em relação a algum aspecto do ambiente, exibindo-se como uma predisposição adquirida para reagir de modo constantemente favorável ou desfavorável em relação a determinado objeto (HAWKINS et al., 2007).

Dentre os assuntos de maior interesse da área de pesquisas de percepção de perigos e riscos e atitudes em IA, estão: preocupação com grupos ou alimentos específicos (MILES et al., 2004; FONSECA e SALAY, 2007; BREWER e ROJAS, 2008); com perigos microbiológicos (MILES et al., 1999; MILES e FREWER, 2001); envolvendo inovações em ciência e tecnologia de alimentos (FINUCANE e HOLUP, 2005; CARDELLO et al., 2007; RONTELTAP et al., 2007), em especial, o método de irradiação de alimentos (NAYGA, 1996; CARDELLO et al., 2007; BEHRENS et al., 2009), a engenharia genética (FREWER et al., 1998; MILES e FREWER, 2001; LANG e HALLMEN, 2005; LUSK e COBLE, 2005; CARDELLO et al., 2007); produção orgânica e resíduos de pesticidas (NAYGA, 1996; WILLIAMS e HAMMITT, 2001; MILES e FREWER, 2001; MILES et al., 2004); o uso de aditivos alimentares (NAYGA, 1996) e de medicamentos veterinários em produtos de origem animal (NAYGA, 1996; RIMAL et al., 2001); e a interação entre os múltiplos agentes envolvidos nos sistemas de IA, articulada principalmente em termos de confiança e suas sub-dimensões (DE JONGE et al., 2004; DE JONGE et al., 2008a; DE JONGE et al., 2008b; DE JONGE et al., 2008c).

Há preponderância na literatura de inquéritos com delineamento transversal, conduzidos para investigar atitudes de grupos específicos de consumidores frente a IA (CHEN, 2008; JEVŠNIK et al., 2008), embora

estudos longitudinais (KIRK et al., 2002; DE JONGE et al., 2004) e inquéritos trans-culturais (VAN DIJK et al., 2008; GUERRERO et al., 2009; TONSOR et al., 2009; VAN KLEEF et al., 2009) também venham sendo bastante empreendidos.

Segundo FIFE-SCHAW e ROWE (1996), estudos com percepção de risco e atitudes no campo da alimentação não podem seguir o mesmo modelo de estudos em outros domínios, por exemplo, questões ambientais como poluição e tecnologias nucleares, por três principais razões. A primeira refere-se à dependência que existe relativa aos alimentos, mas que é diferente da de outras dependências como, por exemplo, a de artefatos nucleares. Segundo, porque escolhas alimentares são ações cotidianas, habituais e históricas, não sendo possível estabelecer relação exata de causa e efeito entre percepções e escolhas. Terceira razão: diferentemente de muitas outras situações nocivas de interesse científico, os alimentos tendem a apresentar um número imediato e óbvio de benefícios (nutricionais, sensoriais, fisiológicos). Além de muitos perigos alimentares não serem visíveis e prontamente identificados por grande parte das pessoas (FISCHER e FREWER, 2009).

É observada ampla variedade de teorias apoiadas nas Ciências Sociais para guiar as pesquisas de percepção de risco envolvendo alimentos e sua relação com atitudes e comportamentos humanos, como a Teoria Econômica (*Economic Theory*) (BUZBY et al., 1998); o Modelo de Crenças em Saúde (*Health Belief Model*) (ROSEMAN et al., 1993); a Teoria da Ação Racional (*Theory of Reasoned Action*) (MEDEIROS et al., 2001; MEDEIROS et al., 2004; AAKKULA et al., 2005; LOBB et al., 2007); além de muitos quadros teóricos sociológicos (JUSSAUME e JUDSON, 1992; SAPP et al., 1994; WANDEL, 1994; KNIGHT e WARLAND, 2004; KNIGHT e WARLAND, 2005; LEFÉVRE e LEFÉVRE, 2006).

Desde o final da década de 70, as pesquisas de percepção de risco em IA são predominantemente amparadas pela Psicometria (do grego *psyké*, alma; e *metron*, medida, medição) (SLOVIC, 1987; FISCHHOFF et al., 1978; FIFE-SCHAW e ROWE, 1996; ELLIS e TUCKER, 2009). A

premissa subjacente ao uso desta abordagem, que faz ponte entre a Psicologia e a Estatística para explicar comportamentos, é a de que leigos concebem e avaliam perigos e riscos diferentemente de especialistas, pois se apóiam fortemente em atributos qualitativos para formar julgamentos (SLOVIC, 1987). O consumidor concebe perigos e riscos a partir do processamento de informações de eventos, em termos de severidade percebida, da familiaridade com o assunto e de desfechos relacionados com experiências pessoais ou conhecidas, independentemente da probabilidade de ocorrência. Especialistas se baseiam em métodos técnicos e quantitativos para caracterizá-los quanto à probabilidade de produzir um efeito negativo (FAO/WHO, 2003, HANSEN et al., 2003; BRUHN, 2005; BEHRENS et al., 2010; ELLIS e TUCKER, 2009; FISCHER e FREWER, 2009).

Os trabalhos desenvolvidos sob este paradigma utilizam escalas psicológicas, partindo de uma taxonomia dos riscos e perigos, para entender e prever as atitudes frente a eles (PETER, 1979; SLOVIC, 1987; ELLIS e TUCKER, 2009). Escalas múltiplas com boa confiabilidade permitem o emprego de técnicas analíticas multivariadas numa perspectiva exploratória ou comprobatória, de forma a analisar simultaneamente múltiplas relações entre indivíduos ou objetos de investigação, de maneira a obter uma compreensão mais completa e realista no processo de tomada de decisão (PARMENTER e WARDLE, 2000; HAIR et al., 2005). Técnicas de análise multivariada, dentre as quais a análise fatorial, a análise de regressão e as equações de modelagem estrutural são as mais comumente empregadas (SLOVIC, 1987; HAIR et al., 2005; ELLIS e TUCKER, 2009). Como modalidade de análise fatorial, a Análise de Componentes Principais (ACP), apresenta a capacidade em acomodar múltiplas variáveis identificando dimensões subjacentes latentes, e proporcionando melhor compreensão de relações complexas de múltiplas variáveis, ações não possíveis com métodos uni e bivariados (HAIR et al., 2005). A ACP vem sendo bastante utilizada em pesquisas de percepção de riscos para superar limitações de

dados agregados trabalhados sob a abordagem psicométrica (SIEGRIST et al., 2006; ELLIS e TUCKER, 2009).

FISCHHOFF et al. (1978), pioneiros da Psicometria, estudaram vários escopos de percepção de riscos e perigos: envolvendo alimentos (como por exemplo, sobre o uso de pesticidas, aditivos alimentares, consumo de bebidas alcoólicas) e outros assuntos (poder nuclear, aviação comercial), para tanto, utilizaram nove escalas explanatórias (voluntariedade, imediatismo, incerteza, medo, controle, potencial catastrófico, severidade da consequência, conhecimento de ciência e novidade). A técnica ACP, usada para revelar a estrutura subjacente à percepção dos indivíduos em cada um dos nove atributos, revelou dois fatores principais: “riscos tecnológicos” e “severidade”. Os autores verificaram que o primeiro componente obteve maior contribuição de variáveis associadas com novas e involuntárias tecnologias com danosa consequência para as massas sociais, enquanto que o segundo apresentou maior representação de variáveis associadas a eventos cujas consequências seriam certamente fatais para considerável parte da população. Os itens relativos a perigos alimentares, como corantes, preservativos e pesticidas, revelaram altos escores no primeiro fator.

SPARKS e SHEPHERD (1994) foram um dos primeiros a aplicar a abordagem à área específica de perigos alimentares. Avaliaram a percepção de risco de um painel de 216 consumidores ingleses sobre características de potenciais perigos alimentares associados a vários aspectos de produção e consumo de alimentos. Também utilizando a ACP, identificaram três componentes principais obtendo uma explicação de 87% da variância dos dados originais, às quais denominaram: “severidade”, “desconhecimento” e “número de pessoas expostas”. Estendendo o trabalho de SPARKS e SHEPHERD (1994) com o intuito de definir as dimensões primárias de percepções de risco envolvendo alimentos em amostra representativa da população do Reino Unido, FIFE-SCHAW e ROWE (1996) elencaram 22 potenciais perigos alimentares (incluindo desde irradiação de alimentos até contaminação bacteriana). Os resultados da ACP corroboraram com as estruturas subjacentes identificadas por SPARKS e SHEPHERD (1994),

sugerindo a generalização de dimensões chaves: preocupação com severidade e consciência dos perigos. O surgimento de fatores capturando a severidade e a natureza desconhecida dos riscos e perigos alimentares foi suportado pelo estudo de FIFE-SCHAW e ROWE (2000). Ainda no Reino Unido, KIRK et al., 2002 identificaram os componentes principais “pavor” e “conhecimento” correspondendo a percepção de gravidade e qualidades desconhecidas do risco. MILES et al. (2004) analisaram 18 itens relativos a perigos alimentares e identificaram duas variáveis estatísticas latentes, as quais denominaram “questões tecnológicas” e “questões relativas ao estilo de vida”. As questões tecnológicas, como o consumo de alimentos geneticamente modificados e uso de medicamentos veterinários na produção de alimentos, suscitaram maiores níveis de preocupação do que as questões relacionadas ao estilo de vida (higiene dos alimentos no lar e medidas preventivas de intoxicação alimentar). A principal conjectura para tal achado é que questões tecnológicas demandam participação e controle social, enquanto que as outras requerem uma ação individual. SIEGRIST et al. (2006), em estudo na Suíça, identificaram dois componentes principais a partir de dados individuais e agregados, os quais nomearam: “perigos não observáveis”, referindo-se aqueles que não são reconhecidos prontamente pelo consumidor, como por exemplo os alimentos irradiados ou geneticamente modificados; e “perigos familiares”, como aqueles que os consumidores apresentam algum grau de conhecimento, relacionados principalmente a componentes dietéticos.

Em atual revisão da literatura sobre fatores relacionados à percepção de risco em IA, ELLIS e TUCKER (2009) notaram novas tendências teóricas e metodológicas nos últimos 15 anos em relação ao arcabouço científico da área. Apesar do seu respeitável emprego, a Psicometria vem cedendo espaço para a operacionalização da percepção de riscos e perigos envolvendo alimentos através de outros quadros teóricos, com metodologias interdisciplinares e uso de novos procedimentos qualitativos, quantitativos e experimentais (MARRIS et al., 1998; HANSEN et al., 2003; COVENEY, 2007; CHEN, 2008; ELLIS e TUCKER, 2009; VAN DIJK et al., 2008;

FISCHER e FREWER, 2009). Uma tendência é a utilização de abordagens mistas, ou seja, a complementação entre métodos qualitativos e quantitativos (FIFE-SCHAW e ROWE, 1996; KIRK et al., 2002; HANSEN et al., 2003; DE JONGE et al., 2004; FISCHER et al., 2005), com destaque para o enfoque cultural (MARRIS et al., 1998).

Questões referentes ao risco em saúde e tecnologias aplicadas à área de IA demandam abordagens de pesquisa que permeiem as Ciências Sociais e Naturais (FISCHER et al., 2005). Atitudes em IA, como objeto científico, requerem metodologias amparadas tanto pelo princípio da *Diversidade*, onde as Ciências Sociais (como a Psicologia Social e a Sociologia) se propõem a entender a multiplicidade cultural, com predominância de métodos qualitativos; como o princípio da *Universalidade*, em que as Ciências Naturais (como a Ciência e Tecnologia dos Alimentos), buscam identificar elementos e explicar as relações comuns entre eles (VÍCTORA et al. 2000; HANSEN et al., 2003; FISCHER et al., 2005), métodos que normalmente são quantitativos.

Sob o panorama da metodologia qualitativa, a realidade é construída no campo simbólico, a partir de uma multiplicidade de processos sociais simultâneos, com temporalidades diferentes e que, na sua totalidade, configuram estruturas maciças com atuação de forças individuais e grupais, com preponderância destas últimas. Basicamente estes métodos se empenham em contextualizar fenômenos, proporcionando um conhecimento aprofundado sobre determinado evento social, inclusive possibilitando a explicação de comportamentos humanos. Em contrapartida, a metodologia quantitativa busca a mensuração de fenômenos, baseando-se na descrição estatística dos fatores envolvidos e relação entre variáveis (VÍCTORA et al. 2000).

Uma ilustração desta tendência é o recente quadro teórico que vem sendo desenvolvido (FREWER et al., 1996; COWAN, 1998; HANSEN et al., 2003; POORTINGA e PIDGEON, 2003; DE JONGE et al., 2004; HOUGHTON et al., 2006) a partir da associação de métodos qualitativos e quantitativos para analisar a “credibilidade geral” (tradução sugerida para o

construto *confidence*) dos consumidores em IA, identificando seus determinantes e explorando os possíveis impactos comportamentais (DE JONGE et al., 2004; DE JONGE et al., 2008a; DE JONGE et al., 2008b; DE JONGE et al., 2008c). A “credibilidade geral” é definida como a expectativa geral do consumidor que os produtos alimentares por ele adquiridos e consumidos não irão causar prejuízos à saúde ou mesmo ambientais (DE JONGE et al., 2004). Desta forma, altos níveis de credibilidade geral pelo consumidor podem ser considerados indicativos de conexão à CPA, pois há maior chance dele confiar mais no sistema quando se reconhece parte dele (EDEN et al., 2008). Os cinco principais determinantes da credibilidade geral explorados são: confiança (*trust*) nos atores envolvidos na CPA; ocorrência de problemas envolvendo alimentos; a divulgação de riscos alimentares pelos canais de comunicação midiática; experiências prévias ou lembranças sobre incidentes relativos a alimentos; e a credibilidade relacionada à segurança de alimentos ou tecnologias específicas (DE JONGE et al., 2004; DE JONGE et al., 2008a; DE JONGE et al., 2008b; DE JONGE et al., 2008c). O reconhecimento da IA como um assunto de importância social e econômica, especialmente para a União Européia, deflagrou o interesse na análise trans-nacional deste construto, considerado como central em pesquisas de análise de risco com vistas ao delineamento de políticas públicas (COWAN, 1998; SMITH e RIETHMULLER, 1999; POORTINGA e PIDGEON, 2003; HOUGHTON et al., 2006; VAN KLEEF et al., 2007; PETERS et al., 2007; DE JONGE et al., 2008c; GUERRERO et al., 2009).

O princípio da relação de confiança nos atores da CPA é baseado nas relações sociais entre indivíduos e a sociedade (SIEGRIST et al., 2000; POORTINGA e PIDGEON, 2003; DE JONGE et al., 2004; COYENEY, 2007; DE JONGE et al., 2008b; VAN KLEEF et al., 2009). A credibilidade geral do consumidor de que consome alimentos seguros é determinada, em partes, na extensão em que ele acredita que outros atores sociais irão agir com conhecimento, discernimento e responsabilidade (entre outras sub-dimensões) para prevenir ou minimizar as situações de perigo, demonstrando preocupação e compromisso com o bem estar do consumidor

e com a Saúde Pública (ROSATI e SABA, 2004; VAN KLEEF et al., 2009). Por meio de avaliação sistemática desta relação, DE JONGE et al. (2008b) identificaram forte correlação positiva entre *confidence* e *trust*. Os autores ainda acharam que a confiança na indústria apresenta maior influência na credibilidade geral do que em outros atores, sendo a “atenção” a subdimensão de confiança mais importante comparada com “competência” e “transparência”.

A cobertura dos incidentes em IA pelos canais de comunicação midiática constitui determinante da credibilidade geral na medida em que o poder de amplificação ou atenuação social do risco modula negativa ou positivamente a percepção de risco da população (DE JONGE et al., 2004; KUTTSCHREUTER, 2006). No caso de perigos alimentares, geralmente é por meio da mídia que as pessoas seletivamente interagem com as autoridades científicas, agências governamentais e outras instituições (GROTH, 1991; ROSATI e SABA, 2004; KORNELIS et al., 2007). Entretanto, os canais de comunicação de massa comumente oferecem maior atenção e foco para crises e problemas envolvendo alimentos (MORRIS, 1999; BIRCHARD, 2001; BREWER e PRESTAT, 2002; BÁNÁTI, 2008). As informações fornecidas pela indústria e o governo recebem menor confiança dos consumidores europeus, enquanto que órgãos de proteção do consumidor, a mídia “de qualidade” e profissionais da área da saúde, são fontes consideradas mais confiáveis (FREWER et al., 1996). Consumidores norte-americanos também atribuíram maior confiança à comunidade médica e científica quanto às informações divulgadas sobre alimentos geneticamente modificados (LANG e HALLMAN, 2005).

Outro importante determinante deste construto são as experiências prévias com DTAs. Os indivíduos avaliam qualitativamente a probabilidade da ocorrência de futuros eventos negativos envolvendo alimentos (DE JONGE et al., 2004; TONSOR et al., 2009). Tanto o número de episódios lembrados pelos consumidores quanto o valor significativo das experiências podem influenciar na credibilidade geral (DE JONGE et al., 2004).

A percepção de risco envolvendo alimentos e produtos específicos como determinante da credibilidade geral está relacionada tanto a questões nutricionais quanto à imagem que os consumidores apresentam de processos e tecnologias de produção de alimentos e seus impactos na saúde (MILES e FREWER, 2001; HANSEN et al., 2003). Esta relação exhibe ligação direta com escolhas, intenções de compra, consumo alimentar (DE JONGE et al., 2004; BREWER e ROJAS, 2008; FONSECA e SALAY, 2007) e familiaridade com os alimentos em questão (FISCHER e FREWER, 2009). Os alimentos de origem animal constituem uma categoria relacionada à maior preocupação e percepção de risco (DE JONGE et al., 2004; ROSATI e SABA, 2004; KUTTSCHEUTER, 2006), em especial a carne de porco (FONSECA e SALAY, 2007). Os níveis de preocupação com IA aumentam à medida que os indivíduos manifestam maior percepção de risco relativa a perigos químicos e microbiológicos (BREWER e PRESTAT, 2002).

Diferenças individuais e características sócio-econômicas e demográficas compõem outro desdobramento de determinantes (DOSMAN et al., 2001; HANSEN et al., 2003; DE JONGE et al., 2008a; ELLIS e TUCKER, 2009). Nesta perspectiva, o gênero vem demonstrando forte influência na percepção de risco envolvendo alimentos (NAYGA, 1996; LIN, 1996; DOSMAN et al., 2001). Alguns resultados apontam que mulheres são mais propensas a considerar a IA um assunto importante, atribuindo maiores riscos a temas específicos, como irradiação de alimentos, potencial contaminação microbiológica, o uso de medicamentos animais, de insumos agrícolas e de aditivos alimentares. Outros estudos (GROBE et al., 1999; KIRK et al., 2002; DE JONGE et al., 2004; MILES et al., 2004; MOON e BALASUBRAMANIAN, 2004; KNIGHT e WARLAND, 2005; ROSEMAN et al., 2005; WORSFOLD, 2006) corroboraram maior preocupação de mulheres para uma variedade de riscos e tendência a expressar menores níveis de credibilidade geral na CPA.

O nível de educação e a idade são outros determinantes importantes. Maiores níveis de risco percebido e preocupações apresentam-se associados a menores graus de escolaridade (NAYGA, 1996; DOSMAN et

al., 20001; RIMAL et al., 2001; WILLIAMS e HAMMITT, 2001; KNIGHT et al., 2005; AAKKULA et al., 2005; TUCKER et al., 2006). Pessoas com maior idade expressam maior nível de percepção de risco e preocupação com segurança e saúde (DOSMAN et al., 2001; WILLIAMS e HAMMITT, 2001; KIRK et al., 2002; DE JONGE et al., 2004; MILES et al., 2004; AAKKULA et al., 2005; KNIGHT et al., 2005), e também são mais propensas a acreditar que já tiveram alguma DTA (FEIN et al., 1995).

As diferenças étnicas e culturais constituem outro importante fator relacionado. Comparados aos pares australianos (SMITH e RIETHMULLER, 2000) e norte-americanos (JUSSAUME e JUDSON, 1992), consumidores japoneses demonstraram tendência a expressar maior preocupação com questões de IA, apesar dos achados não apresentarem validade externa por não constituírem amostras representativas destas populações. A principal contribuição destes estudos é a ilustração das significativas variações na forma pela qual o risco é visto e definido pelas diferentes culturas (SMITH e RIETHMULLER, 2000; MOON e BALASUBRAMANIAN, 2004; VAN KLEEF et al., 2007; PETERS et al., 2007). Algumas evidências apontam que minorias sociais demonstram menor nível de percepção de risco alimentar (NAYGA, 1996; KNIGHT e WARLAND, 2005; TUCKER et al., 2006).

A composição familiar revela-se um determinante demográfico importante. A presença de grupos de maior vulnerabilidade no domicílio, como crianças e idosos, foram preditivos de maior preocupação com IA (JUSSAUME e JUDSON, 1992; LIN, 1995; GROBE et al., 1999; DOSMAN et al., 2001; KNIGHT e WARLAND, 2005). Ainda, a renda familiar é um indicador sócio-econômico bastante significativo, pois menor poder aquisitivo familiar esteve associado com maior nível de percepção de risco (NAYGA, 1996; DOSMAN et al., 2001; MILES et al., 2004) e menor grau de confiança nos produtos cárneos (SMITH e RIETHMULLER, 2000) e na biotecnologia de alimentos (MOON e BALASUBRAMANIAN, 2004).

Quanto à atribuição de responsabilidade dos atores envolvidos em IA, REDMOND e GRIFFITH (2004) encontraram que a percepção de responsabilidade pessoal sobre segurança de alimentos aumentou com a

idade entre consumidores norte-americanos. Os autores também encontraram diferenças significativas entre os sexos, com maior proporção de mulheres (88%) se considerando totalmente responsáveis pela segurança de alimentos, enquanto os homens 64%. ROSATI e SABA (2004) identificaram que consumidores italianos discordam muito que os consumidores devem assumir este papel de responsabilidade, e concordam muito que os principais responsáveis pela IA são a indústria, seguida da produção primária, dos órgãos da União Européia e do governo.

No Brasil o campo de pesquisas sobre percepção de risco e atitudes de consumidores em IA ainda é incipiente. Recentemente, BEHRENS et al. (2010) analisaram por meio de grupo focal a visão de consumidores do município de São Paulo sobre IA, identificando a ideia “perigos naturais” em oposição ao “perigo tecnológico”, que recebeu maior preocupação. O estudo corroborou com achados internacionais que demonstraram grande percepção de risco relativa ao uso de pesticidas aditivos e hormônios animais (NAYGA, 1996; WILLIAMS e HAMMITT, 2001; MILES e FREWER, 2001; RIMAL et al., 2001; BREWER e PRESTAT, 2002; MILES et al., 2004). Outros pontos destacados foram lembrança de episódios negativos divulgados pela mídia envolvendo alimentos e a inaptidão do consumidor em nomear e distinguir DTAs. Adotando a mesma metodologia, BEHRENS et al. (2010) investigaram a atitude do mesmo segmento de consumidores em relação ao método de irradiação de alimentos, e constataram suspeita sobre os benefícios e segurança da aplicação desta tecnologia e demanda por maior informação e transparência na comunicação de riscos e benefícios para a saúde.

No contexto da alimentação fora do lar, ZANDONADI et al. (2007) observaram alta ocorrência de comportamentos de risco entre os consumidores de restaurantes de auto-serviço no Distrito-Federal (n=3447): 96% dos indivíduos não lavaram as mãos, 50% não se preocuparam com o uso exclusivo de pegadores e 56% falavam em cima das preparações no momento de se servir, sugerindo desconexão do consumidor brasileiro à CPA em serviços de alimentação.

1.4. COMUNICAÇÃO DE RISCOS EM INOCUIDADE DE ALIMENTOS

Diante da promissora demanda de promover mudanças sociais, surge o conceito de *Marketing Social* (KOTLER e ZALTMAN, 1971), que constitui o delineamento, implementação e controle de programas direcionados a influenciar a aceitação de ideias sociais, utilizando abordagens do *Marketing* tradicional (KOTLER e ZALTMAN, 1971). Em interface com a Saúde Pública, o *Marketing Social* busca motivar o público-alvo (onde também pode ser usado o termo “consumidor”) a adotar práticas sociais (por exemplo, o envolvimento em questões relacionadas a práticas alimentares), modificando crenças, valores, conhecimentos, percepções, atitudes e, principalmente, comportamentos, no sentido primordial de promoção da saúde e benefício da sociedade (KOTLER e ZALTMAN, 1971).

A utilização de ferramentas de *Marketing* social aplicadas à área de IA é relevante à medida que fenômenos sociais são considerados elementos prioritários em Saúde Pública. Compreender atitudes e outros construtos encadeados ao comportamento do consumidor em IA proporciona delineamento de políticas públicas, criação e direcionamento de estratégias educativas, assim como melhoria na gestão e comunicação de riscos envolvendo alimentos (MILES e FREWER, 2001; DE JONGE et al., 2004; BRUHN, 2005; VAN KLEEF et al., 2007; VAN DIJK et al., 2008; McGLOIN et al., 2009).

A Gestão e Comunicação de Riscos é uma das ações multidisciplinares envolvidas em investigação e controle das DTAs, assim como a IA e outras áreas como medicina clínica, medicina laboratorial, epidemiologia, química e microbiologia de alimentos (WHO, 2007). A Comunicação de Riscos (CR) em Alimentação e Nutrição tem íntima relação com pesquisas sociais e apresenta três principais objetivos, segundo HANSEN et al. (2003).

O primeiro, relacionado à educação do público quanto às práticas alimentares seguras e saudáveis, assume que a informação *per se* proporciona o processamento cognitivo do risco, facilitando um comportamento em direção à promoção da saúde (REDMOND e GRIFFITH, 2004; KUTTSCHEUTER, 2006; McGLOIN et al., 2009). De certa forma, esta abordagem pressupõe o público como um receptor passivo de informações técnico-científicas, cujas estratégias educativas são unidirecionais (HANSEN et al., 2003; McGLOIN et al., 2009). Nesta perspectiva, considera-se que lacunas nos processos de informação da população comprometem seu envolvimento em IA e originam práticas alimentares não seguras (REID et al., 1998; BRUHN e SCHUTZ, 1999; CLAYTON e GRIFFITH, 2003; WORSFOLD, 2006; RASPOR, 2008).

Grupo de pesquisa norte-americano representado por MEDEIROS vêm conduzindo trabalhos (MEDEIROS et al., 2001; MEDEIROS et al., 2004) com foco na educação do consumidor como determinante de comportamentos domésticos para a prevenção DTAs, apoiados no referencial teórico Teoria da Ação Racional. Estes pesquisadores propuseram estratégias educativas baseadas em cinco elementos: manter a higiene pessoal, realizar cocção adequada dos alimentos, evitar contaminação cruzada, manter os alimentos sob temperaturas seguras, e evitar matérias-primas de fontes não seguras (MEDEIROS et al., 2001). Ainda, construíram uma escala de conhecimentos e atitudes em IA baseada em diretrizes científicas e guias oficiais com a finalidade de avaliar a efetividade de intervenções educativas (MEDEIROS et al., 2004).

REID et al. (1998) levantaram a questão da disponibilidade de informação em higiene de alimentos e do acesso do público leigo a ela como determinante de práticas alimentares seguras no lar. Os autores analisaram a disponibilidade, o conteúdo e o contexto de mensagens provenientes de autoridades governamentais, órgãos responsáveis por educação em saúde e mídia, identificando nelas um cunho informativo maior do que o de apoderamento, sugerindo, portanto, menor interferência em comportamentos.

Seguindo a lógica de que o público não pode ser considerado um simples receptor de informações, e que o conhecimento científico (proveniente de órgãos governamentais, nutricionistas, epidemiologistas, educadores em saúde, analistas de risco e outras entidades) não é merecedor de maior *status* e valorização, pesquisas guiadas pela Psicologia e Sociologia começaram a enfatizar a discrepância de percepção de risco entre o público leigo e os especialistas (HANSEN et al., 2003; BRUHN, 2005). A partir disso, considera-se que abordagens em CR devem levar em conta o contraste de opiniões e propor um diálogo entre o conhecimento leigo e científico para não se apoiar, precipitada e equivocadamente, num modelo baseado no *déficit* de conhecimento, e concluir que a falta de consenso seja indicativo de necessidade de intervenção educativa para a população (HANSEN et al., 2003).

O segundo objetivo da CR está relacionado às notícias divulgadas pelos canais de comunicação midiática sobre eventos relacionados a alimentos (FIFE-SCHAW e ROWE, 1996; DE JONGE et al., 2004; TONSOR et al., 2009; BEHRENS et al., 2010). Um exemplo de repercussão social e econômica negativas em nível mundial foi a crise da Encefalopatia Espongiforme Bovina (*Bovine spongiform encephalopathy - BSE*), popularmente conhecida como o “mal da vaca louca” (BERG, 2004). Neste caso, mais de 30 países baniram a importação de carne bovina proveniente do mercado norte-americano, gerando sacrifício de animais, elevação em mais de 10% do preço dos produtos cárneos e problemas diplomáticos com países europeus (DE JONGE et al., 2004). No Brasil, o recente caso da adulteração de leites UHT (processo *Ultra-high temperature*) com peróxido de hidrogênio e citrato de sódio para aumentar a vida de prateleira dos produtos, por indústrias no estado de Minas Gerais (FOLHA ONLINE, 2007) ocasionou problemas de saúde na população, levantando uma discussão nacional sobre a confiança nos diferentes atores do setor, desde produtores até as autoridades responsáveis pela regulamentação e fiscalização de alimentos. Mas, segundo BEHRENS et al. (2010), apesar dos altos níveis de percepção de risco da população brasileira sobre este e outros

acontecimentos em IA, discussões não se transformaram, até o momento, efetivamente em objeto de interesse de pesquisas sociais.

O terceiro objetivo, com forte relevância industrial, está intimamente ligado às inovações tecnológicas relacionadas à preservação e qualidade de alimentos, que constitui fator importante relacionado à aceitação e interesse de compra produto (HANSEN et al., 2003; LUSK e COBLE, 2005; CARDELLO et al., 2007). Tecnologias menos consensuais, cujos efeitos em longo prazo ainda não estão bem fundamentados cientificamente, como é o caso da manipulação genética de alimentos, proporcionam maiores níveis de percepção de risco (MILES e FREWER, 2003; TUCKER et al., 2006; CARDELLO et al., 2007; ELLIS e TUCKER, 2009). Este e outros assuntos ainda nebulosos para o público leigo, como por exemplo, o método de irradiação (CARDELLO et al., 2007; BEHRENS et al., 2010) e a biotecnologia de alimentos (TUCKER et al., 2006; CARDELLO et al., 2007), carecem de uma CR mais efetiva, proveniente de fontes confiáveis e contendo mensagens embasadas cientificamente (HANSEN et al., 2003; BRUHN, 2005).

A CR, como estratégia de *Marketing* social, constitui uma forma de prover informação à população, cujas raízes partem de pesquisas de percepção de risco dentro do paradigma psicométrico (HANSEN et al., 2003). Atualmente, é reconhecido que o processo de comunicação deve envolver uma interação entre todos os co-responsáveis pela gestão de riscos: órgãos governamentais, pesquisadores, profissionais e consumidores (McGLOIN et al., 2009). Um dos propósitos desta ação é construir confiança e consenso, criando conscientização e, por conseguinte, promovendo mudanças de comportamento (MILES e FREWER, 2001; McGLOIN et al., 2009).

Muitos fatores podem afetar o sucesso de estratégias de *Marketing* social, dependendo o tipo de fonte da informação, da sua transparência, interação com o público, reconhecimento de problemas e divulgação oportuna dos riscos (McGLOIN et al., 2009). Ainda, a efetividade das mensagens é dependente da segmentação do público-alvo em termos de

perfil sócio-econômico, demográfico, percepção de risco e atitudes, de maneira a adequar a linguagem, o estilo e direcionamento apropriado para canais de comunicação (McGLOIN et al., 2009).

Um fenômeno bem documentado na literatura de percepção de riscos envolvendo alimentos (HANSEN et al., 2003; MILES e SCAIFE, 2003; REDMOND e GRIFFITH, 2004; ELLIS e TUCKER, 2009) e intimamente relacionado à CR é o “viés otimista” (SLOVIC, 1986). Este fenômeno denota que indivíduos tendem a pensar que estão mais propensos a experimentar eventos positivos, subestimando sua probabilidade pessoal de vivenciar situações negativas envolvendo alimentos (MILES e SCAIFE, 2003). Este efeito exerce potencial implicação negativa relacionada aos comportamentos em saúde, uma vez que podem prejudicar quaisquer esforços envolvidos na promoção de ações educativas redutoras de risco (MILES e SCAIFE, 2003; REDMOND e GRIFFITH, 2004).

Planos de *marketing* devem considerar o crescente grau de dificuldade inerente às mudanças desejadas (KOTLER e ZALTMAN, 1971): mudanças cognitivas (cujo objetivo é simples a transmissão de informação); mudanças de ação frente a algum aspecto específico (além da informação, devem incluir um componente motivacional); mudanças de comportamento (mais desafiadoras, por exemplo, visam modificar e estimular práticas e hábitos alimentares); mudanças de valor (procuram alterar traços culturais mais arraigados, como crenças e valores quanto alguns objetos e situações de risco à saúde e ao bem-estar). Estas últimas são consideradas as mais difíceis, nas quais legislações constituem estratégias relevantes (KOTLER e ZALTMAN, 1971). Basicamente estas ações devem levar em conta o público-alvo e o cenário social envolvido (REDMOND e GRIFFITH, 2004; McGLOIN et al., 2009).

1.5. TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

O Comportamento do Consumidor é considerado um campo de estudos independente, porém aliado à área de *Marketing*. Empresta teorias, conceitos e instrumental metodológico de disciplinas bem consolidadas, como por exemplo, Psicologia, Antropologia, Sociologia (HOLBROOK, 1987; HAWKINS, 2007). Isto afirma que uma disciplina não é auto-suficiente para esclarecer a complexidade inerente ao “consumo”, que segundo HOLBROOK (1987), trata-se de um processo cotidiano inerente à vida humana, portanto devem ser reconhecidos todos os valores implicados nele.

Guiadas pelo paradigma mais atual e promissor, o *Interpretativismo*, as pesquisas com consumidores, cujas conjecturas são baseadas em interpretação, valorizam o significado subjetivo da experiência do consumidor e do pesquisador, onde o comportamento humano passa a ser entendido sob o prisma de várias explicações (HAWKINS, 2007). CALDER e TYBOUT (1987) supõem três tipos de conhecimentos essenciais gerados nestas pesquisas: o cotidiano, o interpretativo e o científico, cada um com sua abordagem específica. O conhecimento cotidiano provém dos códigos sociais compartilhados, que requerem abordagens qualitativas. O conhecimento interpretativo é definido como o sistema de ideias desenvolvido por um grupo de pesquisadores para analisar o comportamento apoiado num determinado quadro e referencial teóricos. Este tipo de conhecimento pode atuar provendo hipóteses para o conhecimento científico, sendo este último, o resultado da experimentação.

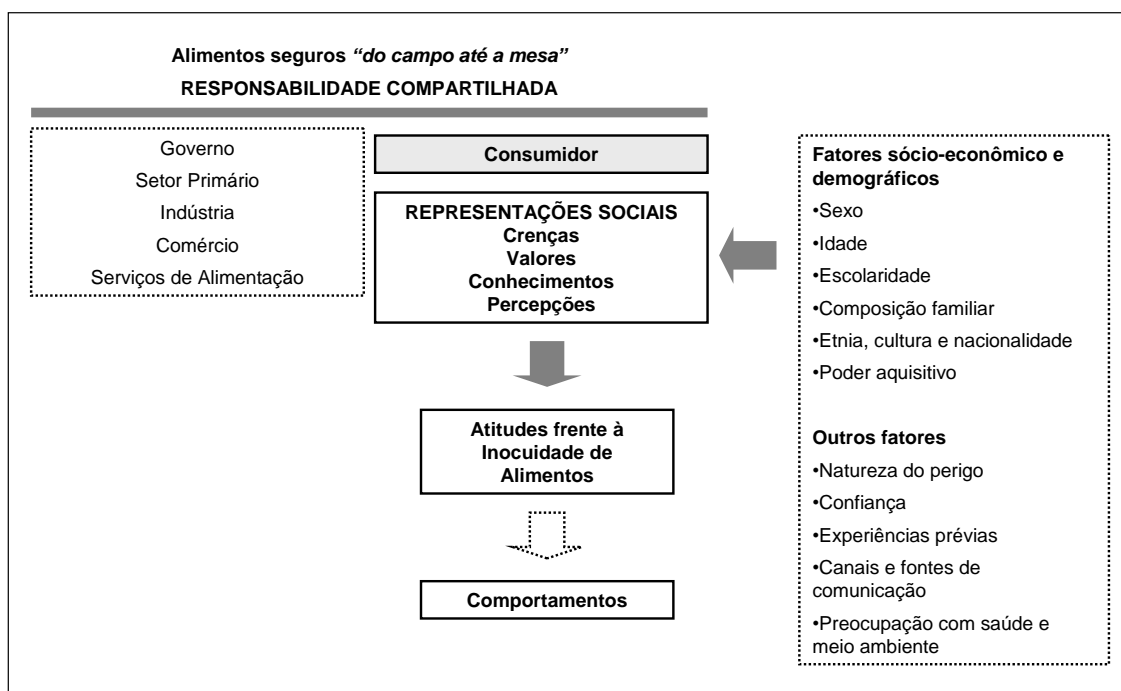
Partindo-se do pressuposto de que a realidade é uma construção social, onde o fato concreto – a cadeia produtiva de alimentos seguros – existe na ordem simbólica, ou seja, existe em determinada sociedade se ela for passível de ser concebida como tal. Em nível epistemológico, essa concepção supõe uma racionalidade hermenêutica e não determinista (VÍCTORA et al. 2000), a qual envolve a compreensão e o sentido dos

fenômenos sociais envolvidos neste sistema, ou seja, as atitudes dos consumidores em IA sob a perspectiva da co-responsabilização.

As relações entre indivíduos e sociedades fundamentadas por DURKHEIM (1982) postulam que os primeiros não apenas dividem o espaço social, mas, principalmente, compartilham significados relativos ao universo que coabitam. O conceito de cultura é tomado pelo caráter simbólico, constituindo o código social compartilhado. Nesta perspectiva, a dicotomia indivíduo/sociedade é falsa, uma vez que as categorias fundamentais do pensamento são de origem social (DURKHEIM, 1982). Portanto, torna-se impossível dissociar os indivíduos da sociedade na qual estão inseridos, da mesma forma que não é possível conceber uma sociedade sem que esta se manifeste através dos indivíduos concretos.

A *Teoria das Representações Sociais* apresenta suas raízes na Psicologia Social, com apropriação de conceitos sociológicos de DURKHEIM (1982) retomados por JODELET (1989). Segundo os preceitos desta teoria, a forma de pensar e de agir dos indivíduos – crenças, valores, conhecimentos, percepções, atitudes – é determinada pela sua esfera social. De forma pragmática, as *representações sociais* constituem aquilo que as diferentes opiniões individuais têm em comum, pois existe uma lógica que lhes une e que é compartilhada por todo o grupo social de forma mais ou menos estável. Em vista disso, assume-se que estas categorias de pensamento socialmente compartilhadas transpõem meras abstrações, funcionando como orientadoras de práticas e comportamentos sociais (LEFÉVRE e LEFÉVRE, 2006) (Figura 2).

Figura 2. Quadro conceitual sobre relação entre as representações sociais, atitudes e possíveis comportamentos de consumidores em IA.



Fontes: HANSEN et al., 2003; RASPOR, 2008; ELLIS e TUCKER, 2009.

2 JUSTIFICATIVA

Em face da grande ocorrência de DTAs e da complexidade da CPA nas sociedades urbanas atuais, a IA é um dos pontos chaves em Saúde Pública. Desafiado por um cenário complexo relativamente ao consumo do *alimento seguro*, o consumidor é co-responsável e ator importante nesse contexto. Apesar disso, evidências apontam a fragilidade dos sistemas em IA devido ao seu insuficiente envolvimento com o tema.

O município de São Paulo é o mais importante mercado consumidor brasileiro, com expressiva procura por alimentação fora do lar (IBGE, 2003). Unidades de Alimentação e Nutrição (UANs) são unidades gerenciais onde são desenvolvidas todas as atividades técnico-administrativas necessárias para a produção de alimentos e refeições, até a sua distribuição para coletividades (CFN, 2005).

O pequeno número de pesquisas com consumidores brasileiros em IA justifica o desenvolvimento de estudos de caráter exploratório, em especial no âmbito da alimentação fora do lar. Conhecer alguns condicionantes do comportamento do consumidor em IA fornece subsídios para reconstrução dos sistemas de IA de forma mais global e co-participativa “do campo até a mesa”. Também possibilita avanço em gestão e comunicação de riscos, aperfeiçoamento de ações educativas e direcionamento de políticas e programas para o foco no consumidor.

3 OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GERAL

Analisar atitudes de consumidores acerca de IA, sob a perspectiva da responsabilidade compartilhada, em duas UANs no município de São Paulo que atendem a diferentes públicos.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar qualitativamente *representações sociais* de consumidores em UANs, acerca de IA, sob a perspectiva da responsabilidade compartilhada.
- Descrever o perfil sócio-econômico e demográfico desses consumidores.
- Desenvolver e testar uma escala para métrica de atitudes de consumidores de UANs frente a IA, a partir das *representações sociais*.
- Mensurar atitudes e comparar as dimensões do construto entre os grupos de interesse.
- Contextualizar as principais estruturas subjacentes às dimensões de atitudes dos consumidores segundo características relacionadas ao perfil de gestão da UANs.

4 METODOLOGIA

4.1. TIPO DE PESQUISA E DELINEAMENTO DO ESTUDO

Tratou-se de uma pesquisa social com consumidores por meio de inquérito, de caráter exploratório e abordagem quali-quantitativa, que utilizou um instrumento previamente desenvolvido e testado. O trabalho foi desenvolvido em três fases subsequentes:

Fase 1 – Estudo preliminar, utilizando abordagem qualitativa (LEFÉVRE e LEFÉVRE, 2006) apoiada em referencial teórico nas áreas de Psicologia Social e Sociologia para identificar as *representações sociais* (DURKHEIM, 1982; JODELET, 1989) dos grupos de interesse sobre IA. Envolveu entrevistas com voluntários para levantar construtos sociais relacionados às atitudes sobre o tema: crenças, conhecimentos, percepções. Os dados qualitativos foram sistematizados e tratados para a construção de variáveis de um instrumento para inquérito (*survey*).

Fase 2 – Desenvolvimento de uma escala multi-dimensional de atitudes a partir dos dados coletados na fase anterior, e teste com amostra aleatória de indivíduos para análises de confiabilidade e validade do instrumento.

Fase 3 – Avaliação das atitudes de amostras representativas de consumidores de cada um dos locais de interesse. Foram conduzidas análises descritivas e comparativas entre os grupos, além de análise fatorial para identificação de estruturas subjacentes e redução das variáveis originais da escala.

Em todas as fases foram coletados dados sócio-econômicos e demográficos: idade; sexo; ocupação; estado civil; nível de escolaridade; estimativa de poder de compra, segundo o Critério de Classificação Econômica Brasil (ABEP, 2008); presença de idosos ou crianças no domicílio como indicadores de maior preocupação com segurança de

alimentos, segundo estudos internacionais (DOSMAN et al., 2001; KNIGHT e WARLAND, 2005).

4.2. GRUPOS DE INTERESSE

Os grupos de interesse foram formados por consumidores de serviços de alimentação coletiva – UANs – no município de São Paulo. Buscou-se investigar dois diferentes cenários, em termos de características de gestão do local e perfil sócio-econômico e demográfico de consumidores, de maneira a contrastar padrões latentes de atitudes, sob a perspectiva de co-responsabilidade na CPA.

O grupo X constituiu-se de comensais de um restaurante empresarial com diferenciado padrão de cardápio e de serviço, que atende exclusivamente aos colaboradores de uma empresa na área de Comunicação. O perfil dos consumidores é caracterizado por profissionais da área técnica (jornalistas, editores, diagramadores) e de outras áreas (telefonistas, operadores de *telemarketing*, recursos humanos, setor financeiro, setor de *marketing* e vendas). Há dois nutricionistas: um basicamente responsável pela gestão de qualidade na produção de refeições, e outro pela educação nutricional dos comensais e supervisão do serviço. O valor da refeição é de aproximadamente dez reais, sendo que os funcionários da empresa têm o valor da refeição subsidiado, segundo faixa salarial. O cardápio é composto basicamente por arroz (opção versão integral), feijão, prato a base de carne, guarnição, saladas, sobremesas (frutas e doces), bebidas (sucos ou refrigerantes); e diferenciado por outras opções de salada (hortaliças orgânicas), opções de carnes grelhadas, pratos *gourmets* finalizados no refeitório, massa; com sistema de auto-serviço. Segundo informação dos gestores, as principais intervenções educativas em Nutrição e Saúde nos últimos cinco anos foram: campanhas educativas

sobre desperdício de alimentos; *workshops* e palestras sobre o tema alimentação saudável; disponibilização de folhetos sobre temas específicos em nutrição; campanhas sobre práticas de higiene no refeitório; outras medidas preventivas em saúde, além de atendimento nutricional individualizado. Portanto, assumiu-se que seja público com maior poder aquisitivo e nível educacional.

O grupo Y constituiu-se de comensais de uma das unidades dos restaurantes populares Bom Prato, como proposta de garantir a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN). O conceito brasileiro mais atual de SAN, segundo o Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA), “é 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” (VALENTE, 2002). Estes restaurantes foram criados a partir do decreto estadual nº 45.547¹, como parte integrante do Programa Estadual de Alimentação e Nutrição para populações de baixa renda, subordinado à Secretaria de Agricultura e Abastecimento (SAA) em parceria com entidades assistenciais da sociedade civil (gestoras). O usuário paga preço mínimo (um real) e o governo estadual subsidia maior parte do custo da refeição, sendo os demais custos cobertos pela entidade gestora. Conta com nutricionista responsável pela gestão do restaurante, e o monitoramento higiênico-sanitário é realizado por nutricionistas da Coordenadoria de Desenvolvimento dos Agronegócios (CODEAGRO). O cardápio básico é constituído por arroz, feijão, prato principal à base de carne, guarnição, uma opção de salada, farinha de mandioca, pão, suco e fruta. Os usuários são servidos de forma padronizada pelos funcionários do restaurante. O restaurante é aberto ao público, com limite máximo diário de 1800 refeições.

¹ Governo Estadual de São Paulo. Decreto 45.547 de 26 de dezembro de 2000. Institui o Restaurante Popular dentro do Programa Estadual de Alimentação e Nutrição e providências correlatas.

Nos últimos cinco anos, não foram realizadas ações específicas relacionadas à Alimentação. Assumiu-se ser este um grupo preponderantemente com menor poder aquisitivo e nível educacional, e teoricamente com menor informação em Nutrição e Saúde.

4.3. QUESTÕES ÉTICAS

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública da USP (FSP/USP) – protocolo nº1808 (Anexo 1), sendo que constituiu critério de participação para os serviços anuência em participar, e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo 2) pelos consumidores em todas as etapas que envolveram entrevistas.

5 MANUSCRITO 1 – FASE 1

INOCUIDADE DE ALIMENTOS: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE CONSUMIDORES DE UNIDADES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

RESUMO

A complexidade da cadeia produtiva de alimentos torna a Inocuidade de Alimentos (IA) questão fundamental de Saúde Pública, sendo os consumidores co-responsáveis neste processo. O objetivo do estudo foi identificar as *Representações Sociais* acerca do tema por dois grupos de consumidores de Unidades de Alimentação e Nutrição do município de São Paulo. Foram entrevistados 66 indivíduos, e empregada a técnica de análise quali-quantitativa Discurso do Sujeito Coletivo e seus preceitos psico-sociológicos. As *representações sociais* diferiram de acordo com o perfil sócio-econômico e demográfico do grupo. Os consumidores pensam de forma geral e específica sobre doenças transmitidas por alimentos e empregam critérios de higiene e qualidade apoiados em características sensoriais e estéticas, corroborando os dados da literatura. Embora o conceito de alimento seguro incuta essencialmente a ideia dos controles “do campo até a mesa”, e incorpora questões relacionadas ao valor nutricional do alimento e à promoção de saúde. Sob a perspectiva da responsabilidade compartilhada, os consumidores identificam seu papel na “fiscalização” do restaurante. Ainda, a ideia de “nenhum envolvimento com inocuidade” desponta entre os grupos, oferecendo indícios de que os consumidores não se reconhecem como agentes da cadeia. A confiança em outros atores envolvidos em IA surge como um construto importante da percepção de risco destes grupos. No contexto de pesquisas com consumidor, estes achados permitem o delineamento de ações educativas e de políticas públicas.

Descritores: pesquisa qualitativa, representações sociais, discurso do sujeito coletivo, inocuidade de alimentos, alimentação coletiva.

INTRODUÇÃO

Diante da grande ocorrência de doenças transmitidas por alimentos (DTAs) e da complexidade da cadeia produtiva de alimentos (CPA) nas sociedades urbanas atuais, a Inocuidade de Alimentos (IA) é um dos pontos relevantes em Saúde Pública (WHO, 2000; FAO, 2003). Logo, a Organização Mundial de Saúde (OMS) propõe a abordagem Responsabilidade Compartilhada para o alcance do alimento seguro em

meio a um cenário desafiador, onde o consumidor é considerado co-responsável e ator chave (WHO, 2000).

Identificar crenças, valores, percepções, conhecimentos e pensamentos compartilhados por indivíduos que ocupam o mesmo espaço social possibilita avanços em gestão e comunicação de riscos, aperfeiçoamento de ações educativas e direcionamento de políticas e programas para o foco no consumidor (BRUHN, 2005; RASPOR, 2008; McGLOIN et al., 2009). Numa perspectiva psico-sociológica, as *Representações Sociais* correspondem aos códigos sociais que regem indivíduos de um mesmo espaço social (JODELET, 1986). Na área de IA, estas representações podem ser articuladas por meio dos construtos percepção de risco e atitudes. A percepção de risco revela as crenças individuais sobre o risco de saúde frente ao consumo de determinado tipo de alimento (ELLIS e TUCKER, 2009), enquanto a atitude é definida como a organização duradoura de processos motivacionais, emocionais, perceptivos e cognitivos em relação a algum aspecto do ambiente. É uma predisposição adquirida para reagir de modo constantemente favorável ou desfavorável com relação a determinado objeto (HAWKINS et al, 2007).

A utilização de abordagens qualitativas para estudar riscos é consistente com a noção antropológica avançada oferecida por DOUGLAS e WILDAVSKY (1982), onde o risco é um conceito social passível de ser estudado usando etnografia ou outras técnicas qualitativas não tradicionalmente associadas ao paradigma dominante, psicométrico (DOUGLAS e WILDAVSKY, 1982; SAPP et al., 1994; MARRIS et al., 1998; HANSEN et al., 2003; FISCHER et al., 2005; ELLIS e TUCKER, 2009). O enfoque cultural, como tendência atual da área de IA (HANSEN et al., 2003; ELLIS e TUCKER, 2009), permite visão êmica, que corresponde ao conhecimento próprio do indivíduo pertencente a uma cultura determinada (em oposição ao conhecimento ético, do pesquisador), expresso na lógica interna do seu sistema de conhecimento (VÍCTORA et al. 2000).

O objetivo do presente trabalho foi identificar as *representações sociais* de consumidores acerca de IA, sob a perspectiva da

responsabilidade compartilhada, em dois diferentes serviços de alimentação no município de São Paulo. Para tanto, foi empregado um método amplamente utilizado na área de Saúde Pública, o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), proposto por LEFÈVRE e LEFÈVRE (2006). Esta técnica recupera a diversidade qualitativa por meio de processamento de depoimentos como material empírico para identificação de significados atribuídos por atores sociais a eventos sociais, expressando o pensamento coletivo na forma de um discurso-síntese final.

METODOLOGIA

Tipo de pesquisa e delineamento do estudo

Trata-se de uma pesquisa social com consumidores, de caráter exploratório e abordagem primordialmente qualitativa fundamentada em preceitos da Psicologia Social e Sociologia.

Foram escolhidas duas Unidades de Alimentação e Nutrição (UANs), no município de São Paulo, com diferentes perfis de gestão e de público para fins comparativos (tabela 1). Estes serviços apresentam nutricionistas com atribuições especificadas pelo órgão regulador da profissão, sendo elas: a gestão de qualidade na produção de refeições e a educação nutricional do comensal (CFN, 2005).

Tabela 1. Principais características das UANs estudadas. Município de São Paulo, 2009.

Código da UAN	Nº médio de refeições (almoço) por dia	Ferramentas de qualidade em IA	Tipo de serviço e perfil dos consumidores	Região
X	800	BPF*, POP**, APPCC***	Restaurante institucional, exclusivo aos colaboradores da empresa: área técnica 60%; áreas administrativa, financeira e vendas 40%	Oeste
Y	1800	BPF*	Restaurante popular, aberto ao público: desempregados 70%; trabalhadores da região 15%; aposentados 10%; moradores de rua 5%	Centro

* Boas Práticas de Fabricação; ** Procedimentos Operacionais Padronizados; *** Sistema de Análise de Perigos e Pontos Críticos de Controle.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da FSP/USP (protocolo nº1808), sendo que constituiu critério de participação a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

Grupos de interesse

O universo empírico foi composto por 66 indivíduos, estratificados segundo sexo e ocupação (de acordo com as proporções apresentadas na tabela 1) de forma a representar o perfil das populações.

A UAN X (consumidores X; n=30) é um restaurante empresarial com serviço de alimentação coletiva terceirizado, que atende exclusivamente aos colaboradores da empresa. O perfil dos usuários é caracterizado por profissionais da área técnica (jornalistas, editores, diagramadores) e de outras áreas (telefonistas, operadores de *telemarketing*, recursos humanos, setor financeiro, setor de *marketing* e vendas). A UAN Y (consumidores Y; n=36) é uma das unidades dos restaurantes populares Bom Prato, parte integrante do Programa Estadual de Alimentação e Nutrição para populações de baixa renda, subordinado à Secretaria de Agricultura e Abastecimento (SAA) em parceria com entidades assistenciais da sociedade civil (gestoras). Os grupos apresentam-se melhor detalhados no capítulo 4.2.

Coleta dos dados

Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas gravadas em áudio, adotando-se roteiro com três questões abertas que visaram resgatar diferentes dimensões (segundo os preceitos de LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2006) de *representações sociais* sobre o tema (Anexo 3):

- (1) O que significa pra você um alimento ser seguro? (dimensão cognitiva)
- (2) O que você sabe sobre DTAs? (dimensão cognitiva)
- (3) Pensando que existe toda uma preocupação com o controle de higiene e qualidade dos alimentos, desde a plantação e colheita no campo, depois a manufatura pela indústria, a venda no comércio, até que ele chega ao restaurante, onde é preparado com boas práticas pra garantir uma refeição segura na sua mesa. Aqui no restaurante, qual o seu envolvimento como consumidor? O seu papel para contribuir na segurança dos alimentos que você consome? (dimensão comportamental)

Os seguintes dados sócio-econômicos e demográficos foram coletados: idade; sexo; ocupação; estado civil; nível de escolaridade; estimativa de poder de compra, segundo o Critério de Classificação Econômica Brasil (Associação Brasileira de Pesquisas de Mercado – ABEP, 2008). Este critério oficial estima o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, segmentando o mercado em oito classes econômicas (E/D/C2/C1/B2/B1/A2/A1) a partir de posse de bens e nível de instrução do chefe de família, sendo comumente adotado em estudos de *marketing* como *proxy* para a variável renda média familiar.

Análise qualitativa

Os depoimentos transcritos foram tratados segundo a técnica DSC (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2006), apoiada na *Teoria das Representações Sociais* (DURKHEIM, 1982; JODELET, 1989).

Em cada depoimento proveniente de cada uma das questões, foram identificados trechos ou transcrições literais que constituem o essencial conteúdo das representações subjacentes, as Expressões-chave (ECh). Em seguida, as ECh foram categorizadas de acordo com semelhança de Ideias

Centrais (IC), expressão linguística que revela e descreve da maneira sintética e precisa o sentido presente no depoimento. Em último nível de análise, as IC foram agrupadas em categorias analíticas estabelecidas a partir de eixos técnico-científicos (glossário *Codex Alimentarius* – OPAS, 2001).

Após a sistematização dos dados qualitativos, dentro de cada categoria de IC, foram compiladas as ECh para a construção do discurso-síntese na primeira pessoa do singular – o DSC – que corresponde à descrição fidedigna e somatória do sentido do conjunto de depoimentos.

Para auxiliar no tratamento dos dados foi utilizado o *software QualiQuantSoft®*. Os resultados são apresentados em trechos de DSC e proporção de respostas dentro das categorias analíticas, haja vista a propriedade quali-quantitativa defendida pelos autores da técnica (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2006).

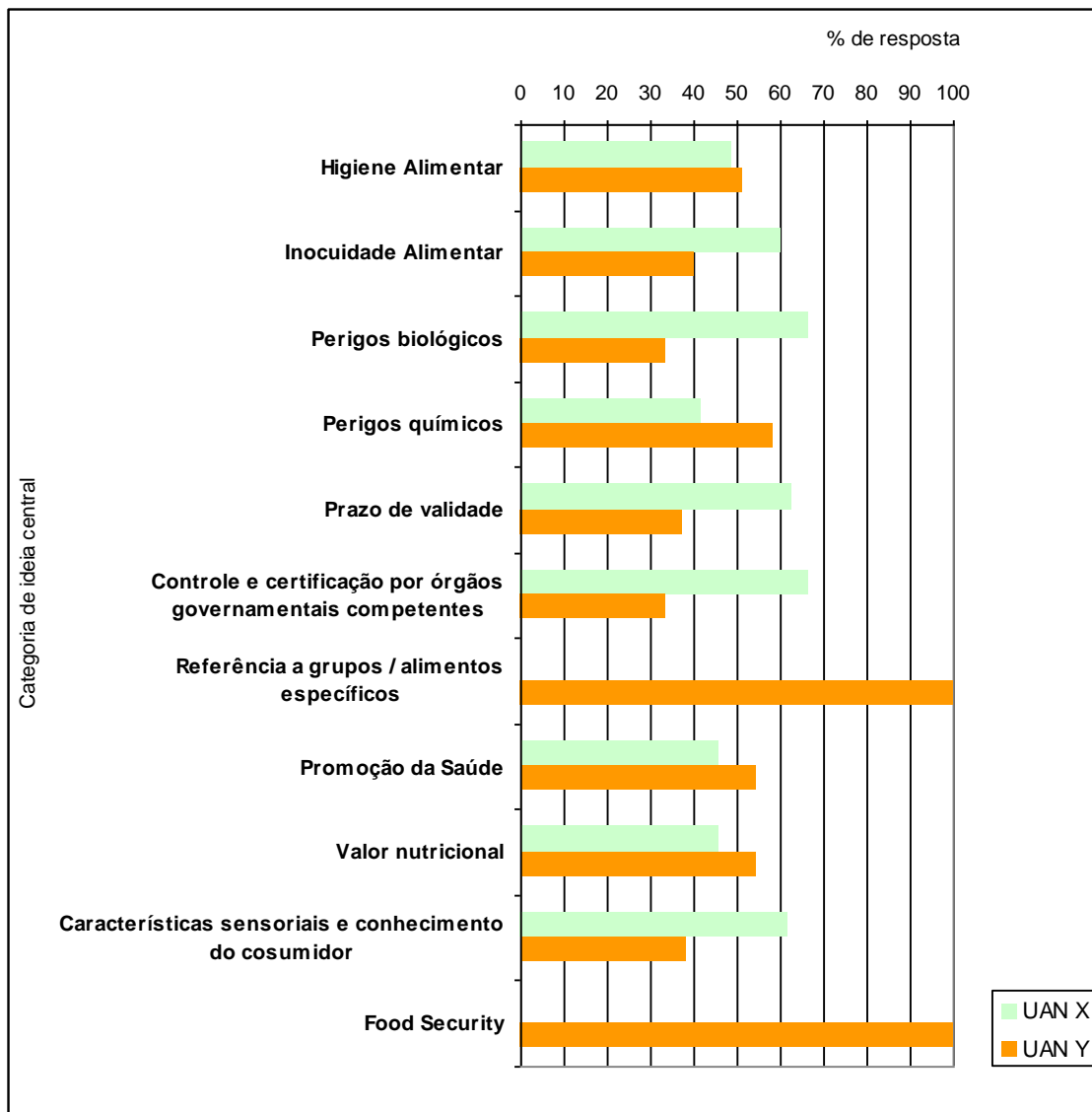
RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quanto ao perfil dos consumidores entrevistados, foi visível a diferença de nível de escolaridade entre os locais: 73,3% dos consumidores X tinham nível superior, comparado com apenas 13,9% dos indivíduos do grupo Y. Pela estimativa de poder de compra, a maioria dos consumidores do grupo X foi categorizada entre as classes econômicas B2 e A2 (correspondendo a um percentual total de 76,7), enquanto 91,7% dos consumidores do grupo Y estiveram concentrados entre as classes D e B2.

Conceito de Alimento Seguro

Foram identificadas 11 categorias analíticas sobre o conceito de *alimento seguro* (Figura 3).

Figura 3. Distribuição de respostas de consumidores sobre o conceito de alimento seguro, segundo ideia central e UAN. Município de São Paulo, 2009.



As *representações sociais* dos consumidores entrevistados contemplaram essencialmente aspectos da definição técnico-científica de alimento seguro. O discurso revelou a categoria “Higiene Alimentar”, que figura um discurso com ênfase nas medidas higiênico-sanitárias “do campo até a mesa”: ***Alimento seguro é um alimento limpo, feito adequadamente, com toda segurança e higiene. Pra mim, padrão de higiene é a qualidade básica pra um alimento ser seguro. É preciso***

conhecer a procedência [...] Não só a origem do produtor, mas a maneira como ele é conservado, transportado, preparado. [...] Deve ser bem lavado, bem cortado, cozido, embalado, conservado, refrigerado. Desde a higiene do prato, do talher e até da própria pessoa que vai preparar este alimento. [...].

Ainda nesta categoria, o trecho [...] **O restaurante em si, ser um bom ambiente é prioridade [...] Enfim, todo o olhar pro produto e achar que está em boas condições de consumo [...]** indica que o consumidor edifica seus parâmetros de higiene e qualidade por meio de sinais estéticos e sensoriais, assim como já identificado nos trabalhos de HENSON et al. (2006) e WORSFOLD (2006).

A maior proporção de respostas na categoria “Inocuidade Alimentar” foi encontrada entre os consumidores com maior escolaridade e poder de compra (60,0% no grupo X versus 40,0% dos consumidores do grupo Y): **Um alimento que não prejudica o organismo das pessoas e não ofereça risco pra saúde [...].**

Em relação aos perigos alimentares, os consumidores do grupo X apontaram predominantemente a categoria “Perigos Biológicos”, o que confere a ideia de que a ausência de microorganismos seja atributo essencial do alimento seguro: [...] **tem que lavar tudo bonitinho pra ser livre de bactérias [...].** Enquanto que o outro grupo apresentou maior número de respostas em “Perigos Químicos”, demonstrando preocupação específica com insumos agrícolas, ainda que reconhecendo a produção orgânica apenas relacionada à “ausência de agrotóxicos”, e a destacando como método seguro: [...] **Preocupa a questão de fertilizantes, eu acho que é muito utilizado na agricultura e os alimentos orgânicos são muito caros. Alimento orgânico dá mais garantia de que é seguro. Deveria haver uma fiscalização maior em relação a quantidade de fertilizantes que é utilizada nos vegetais e nas frutas. Hoje em dia, a maioria dos alimentos, 99% dos alimentos são tudo com agrotóxico. [...]**

Empregando a técnica de grupo focal, SOARES et al. (2008) identificaram falta de clareza do conceito “orgânico” pelos consumidores

brasileiros e baixo consumo devido o alto preço destes produtos. Maior relevância da presença de contaminantes químicos e microbiológicos relativamente ao risco à saúde, estão em consonância com estudos nacionais (BEHRENS et al., 2010) e internacionais (MILES et al., 1999; BREWER e PRESTAT, 2002). Isso pode ser justificado por ampla divulgação de surtos e problemas envolvendo produção de alimentos pelos canais de comunicação midiática, com repercussão negativa na percepção do consumidor (MORRIS, 1999; BIRCHARD, 2001; BREWER e PRESTAT, 2002; BRUHN, 2005).

As respostas dos consumidores do grupo X relativamente à categoria “Controle e certificação por órgãos governamentais competentes” foram mais frequentes, quando comparadas às dos indivíduos do grupo Y, o que pode estar associado com o maior nível de informação e educação deste grupo: ***Deve estar dentro dos padrões de qualidade estabelecidos por uma organização responsável pelo governo, pela OMS. [...] e segue as normas da vigilância sanitária e dos órgãos competentes que trabalham com alimento. Um alimento que chega à nossa mesa, a do consumidor, inspecionado, verificado [...]***

Ademais, as *representações sociais* no domínio cognitivo de alimento seguro incorporaram outros atributos que não se enquadram na definição técnico-científica, como “Prazo de validade do alimento”: ***[...] Um alimento seguro é isso: dentro da validade.*** E sensoriais, caracterizando um panorama de conhecimento do consumidor: ***[...] fresco, que não esteja estragado e saboroso também, o que é justo. É preciso você ter ciência do que está se alimentado. [...] Enfim, todo o olhar pro produto e achar que ele tem qualidade e está em boas condições de consumo. [...] dependendo do alimento só pela cara dele mais ou menos eu já sei. [...]*** Demonstrando que, além do consumidor qualificar a importância do frescor, do sabor e da aparência, utiliza estes critérios para avaliar a segurança e qualidade do alimento (BEHRENS et al., 2010). O trecho ***[...] o que é justo***” pode representar o fato de que o indivíduo tolera algum grau de risco em determinada situação, caso também estejam implicados

benefícios (HANSEN et al., 2003). Neste caso, o benefício seria a qualidade sensorial do alimento.

O “Valor nutricional” foi considerado inerente ao escopo IA por ambos os grupos, com destaque para as frutas e hortaliças como sinônimo de “saudáveis” e “seguros”: ***Pra mim são alimentos saudáveis, coloridos e nutritivos: frutas, verduras, legumes.*** Em outro trecho, o teor de gordura e sal dos alimentos foram riscos identificados: ***Também incluo nessa lista de alimentos seguros, alimentos que não tenham teor de gordura muito elevado, menos fritura, pouco sal, que fazem melhor à saúde do que alguns alimentos que possam trazer mais colesterol ou prejudicar o coração [...]*** O consumidor elenca os riscos relacionados a aspectos da dieta e desfechos negativos em saúde (como por exemplo, o consumo de alimentos ricos em gordura e a ocorrência de doenças cardiovasculares) como um dos principais problemas em nível individual e social (FREWER et al., 1994; MILES, 2001).

A ideia “Promoção da Saúde” também se apresentou associada ao alimento seguro: ***[...] Saúde, bem-estar [...] Não tem coisa melhor que um alimento sadio e seguro.*** Embora do ponto de vista técnico-científico a questão do alimento seguro esteja mais enquadrada numa perspectiva de prevenção de doenças, é reconhecida pelos consumidores também pelo prisma de promoção de saúde, fator possivelmente associado à concepção nutricional.

Duas categorias foram identificadas apenas no discurso dos consumidores do grupo Y. A primeira, a “*Food Security*”, representa a esfera Insegurança Alimentar e Nutricional e a fome como sua manifestação mais grave: ***É o alimento que nós temos todos os dias na hora da refeição. [...] O ruim é passar fome. [...] Pelo menos aqui tem onde você pode dar um real pra comer, e é isso que eu disponho [...]***. O fenômeno observado é compreensível uma vez que se trata de público de baixa renda, atendido por programa de cunho social. A influência do poder aquisitivo e a preocupação com o acesso à alimentação podem ser consideradas

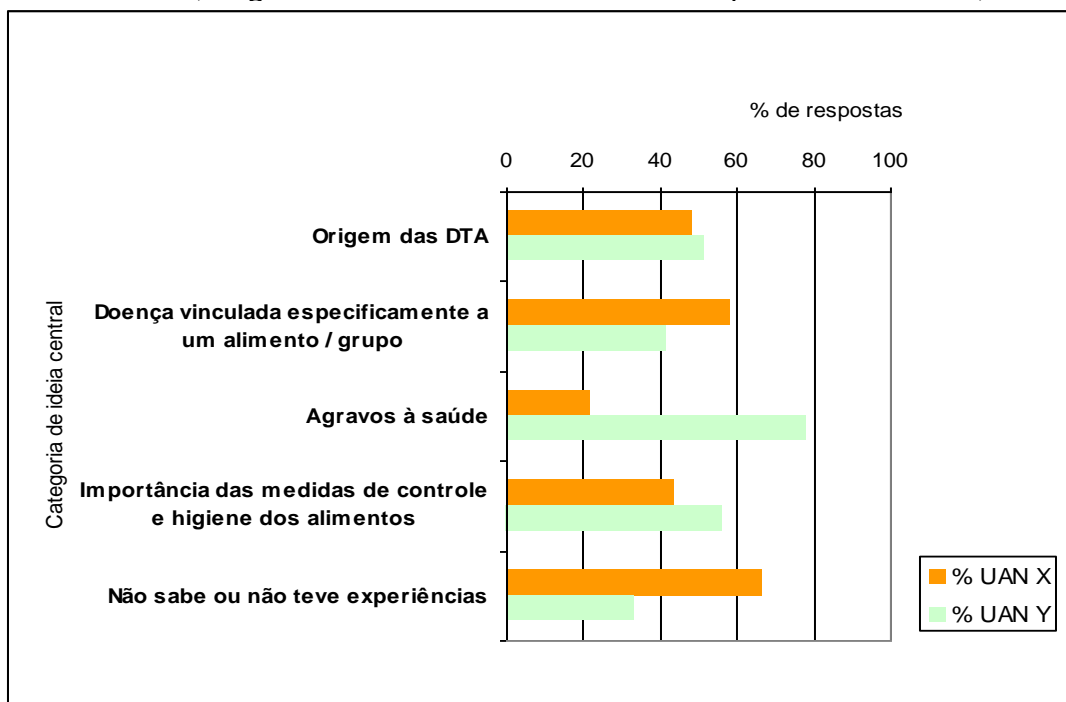
obstáculos para o pensamento do consumidor sobre questões relativas à segurança de alimentos.

E a outra: “Referência a grupos /alimentos específicos”. **Sem alimentos transgênicos [...] mas ainda não tem estudos conclusivos [...]**. Tecnologias menos consensuais, como é o caso de alimentos geneticamente modificados, proporcionam maiores níveis de percepção de risco (MILES e FREWER, 2003; ELLIS e TUCKER, 2009). Este e outros assuntos ainda nebulosos para o público leigo carecem de uma comunicação de risco mais efetiva, proveniente de fontes confiáveis por ele e contendo mensagens baseadas em evidências científicas (HANSEN et al., 2003; BRUHN, 2005).

Conhecimento sobre DTA

A figura 4 mostra as 5 categorias analíticas das *representações sociais* dos consumidores sobre DTAs, ainda no domínio cognitivo do tema IA.

Figura 4. Distribuição de respostas de consumidores sobre o conhecimento em IA e DTAs, segundo ideia central e UAN. Município de São Paulo, 2009.



Foi observada semelhante proporção de respostas dentro da categoria “Origem das DTAs” entre os grupos, representando um discurso com realce dos contaminantes biológicos: ***Doenças? Eu sei poucas. Sei que com alimentação você pode pegar várias doenças contagiosas que são transmitidas através dos alimentos por diversos tipos de microorganismos. [...] Dependendo do tipo de alimento tem fungos, bactérias, vírus, vermes, tudo mais. Mas eu não sei dizer os nomes, tenho conhecimento básico. [...] Tem tantas bactérias, que não tem nem como explicar, uma delas é a bactéria do ovo, a Samonella, se eu não me engano é esse o nome. [...] Alimentos contaminados por insetos, por dejetos de animais, principalmente a questão da urina de rato, leptospirose. Dependendo se tiver muito agrotóxico na verdura você pode desenvolver algumas doenças. [...] Mas só isso, de cabeça assim eu não sei dizer mais nada.*** O consumidor brasileiro demonstra receio em falar sobre DTA, mesmo apresentando algum conhecimento sobre o assunto (BEHRENS et al., 2010). Associa as DTAs principalmente aos microorganismos (especialmente as bactérias) ou pragas e sua relevante relação com algum alimento específico (por exemplo, a relação entre o ovo e sua contaminação por *Salmonella*), e com menor importância relativamente aos perigos químicos e desconsiderando totalmente os perigos físicos.

E a “Importância das medidas de controle e higiene dos alimentos”, cujo discurso demonstrou noções básicas de práticas de higiene: ***[...] todos os alimentos que não estejam preparados adequadamente podem transmitir algum tipo de doença. É melhor cuidar muito bem dos alimentos, [...] desde a granja, o plantio. [...] Eu sei que tem que lavar bem os alimentos, cozinhar bem, conservar bem [...] Se o alimento não foi feito adequadamente, não foi higienizado corretamente, se está vencido, ou mal preparado, ou mal refrigerado pode trazer alguns problemas [...] Por isso que a pessoa tem que estar com touca, luva, máscara, com tudo higienizado.*** Novamente, foi indicada a concepção de que o controle dos contaminantes deve iniciar no plantio e cessar pelas práticas dos manipuladores do restaurante, demonstrando que o consumidor

não se sente parte integrante da CPA, corroborando com a conjectura de RASPOR (2008) de que o indivíduo concebe a cadeia de alimentos “para” ele, não o incluindo.

As DTAs foram vinculadas especificamente a um determinado grupo de alimento: **[...] Existe a doença da verdura, a doença do porco, a doença do leite, a doença do peixe. Aquela doença do ovo, a Salmonella. Uma que eu ouço bastante falar é botulismo de palmito. [...]** Indicando a existência de riscos envolvendo alimentos com forte representação social, como as verduras folhosas, o palmito, as carnes (com destaque para os pescados e a carne suína) e os ovos. A *Salmonella* foi um agente etiológico prontamente identificado pelos consumidores também no estudo de BEHRENS et al. (2010), provavelmente porque seja o mais implicado em surtos no Brasil, sendo os ovos o alimento mais comumente envolvidos (MS, 2007).

Em estudo realizado na cidade de Campinas (FONSECA e SALAY, 2007) foi identificada maior preocupação com o consumo de carne suína quando comparada com carne bovina ou frango. Entretanto, os atributos nutricionais (como alto teor de gorduras) influenciaram de forma mais significativa a intenção de compra do que os atributos de segurança (perigos biológicos), como o que foi observado nesta pesquisa: **Tem essa questão típica da carne de porco, eu esqueci o nome da doença, mas, que pode transmitir pela carne mal passada, pois tem que deixar a carne num certo ponto por causa das bactérias que ficam na carne de porco. [...] sei que faz mal pra cabeça, pro cérebro. [...]**

Notícias veiculadas pela mídia impactam a percepção dos consumidores (MORRIS, 1999; BIRCHARD, 2001; BREWER e PRESTAT, 2002; BRUHN, 2005): **[...] O que a gente também ouviu falar muito foi o caso do leite. Aquela história do leite que foi contaminado por soda cáustica e algumas pessoas ficaram doentes. Imagino que é mais um exemplo dessas situações de como que a produção desses alimentos pode acabar não sendo feita de maneira adequada e resultando em**

doenças. [...] Um exemplo relatado foi o caso da adulteração do leite em alguns estados brasileiros (Folha Online, 2007).

Alimentos de rua também foram relacionados com maior nível de percepção de risco (RHEINLÄNDER et al., 2008): ***[...] Se eu tiver que sair na rua, fico o dia todo sem comer, mas não como lanche. Já ouviu falar no “mata-boy”? “Mata-boy” é aquele pão que a turma vende naqueles carrinhos, é o cachorro-quente. A pessoa tem um baldinho e aquela água ela usa o dia inteiro. Daí, você imagina! Você chegar, estar com fome e comer um “mata-boy” daquele, cheio de coisa ali, sendo que você não está vendo a sujeira. [...]***

A categoria “Agravos à saúde” foi consideravelmente mais representativa para os consumidores do grupo Y, o que pode estar relacionado aos maiores níveis de risco percebido e preocupação para as pessoas com menor nível educacional (NAYGA, 1996; DOSMAN et al., 20001; RIMAL et al., 2001; WILLIAMS e HAMMITT, 2001; KNIGHT et al., 2005; AAKKULA et al., 2005; TUCKER et al., 2006). ***[...] Na verdade, eu sei que com alimentação você pode ter várias doenças, especificamente qual a doença eu não saberia falar, mas tem doenças hepáticas, câncer de intestino devido a bactérias no alimento, até alguns problemas neurológicos, dependendo do tipo de alimento que você consome. Eu sei que tem intoxicação, alergias [...] pode causar desde dor no estômago, de cabeça, de barriga, vômitos, diarreia, disenteria, até mesmo uma grande infecção que pode chegar até a morte. Já vi gente que quase morreu de alguma coisa assim. [...]*** O público leigo associa a contaminação dos alimentos com enfermidades crônicas e agudas, e o óbito com a severidade do quadro.

Experiências prévias com agravos causados pelas DTAs resultam em maiores níveis de preocupação e percepção de risco (HANSEN et al., 2003; DE JONGE et al, 2004). Na categoria “Não sabe ou não teve experiências”, houve maior frequência de respostas para os indivíduos do grupo de consumidores de maior poder aquisitivo (X), expressando um discurso de que a experiência anterior com DTAs pode ser impeditiva para falar sobre o

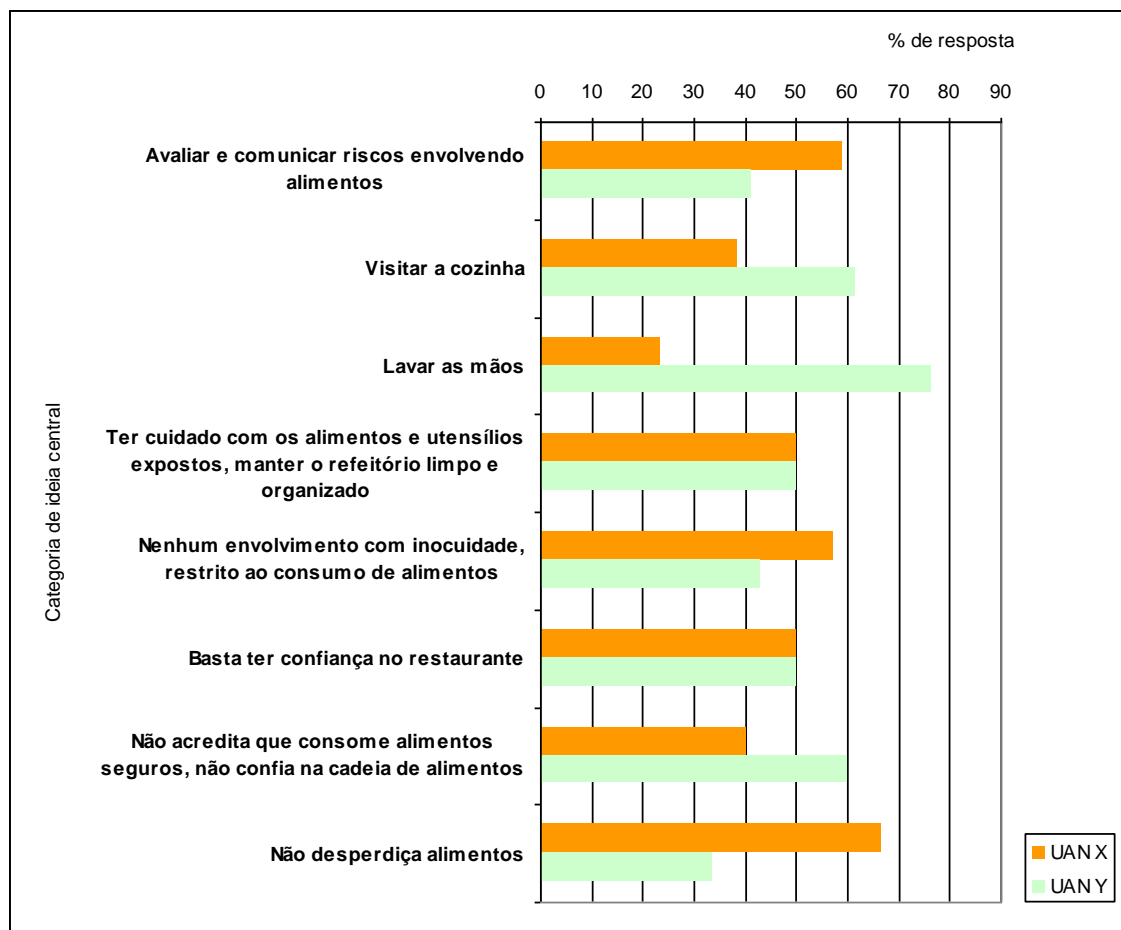
assunto: ***Não tenho resposta pra essa pergunta porque não tenho essa experiência ainda. [...] Doenças transmitidas por alimentos: até hoje dessa parte eu não sei porque eu nunca tive doença nenhuma, sempre me alimentei mais fora do que em casa e nunca aconteceu nada comigo. Graças a Deus, nunca tive nada.*** Neste trecho, nota-se uma tendência ao viés otimista, relatado por MILES e SCAIFE (2003), que denota que indivíduos tendem a subestimar sua probabilidade pessoal de vivenciar um evento negativo. Este fenômeno contribui negativamente para o comportamento preventivo em saúde, uma vez que prejudica iniciativas relacionadas à promoção de comportamento de prevenção e redução de risco (MILES e SCAIFE, 2003).

Ainda, foram identificadas duas ancoragens – figura metodológica direta com maior poder de *representação social*: (1) ***Não é porque é um restaurante bonito que a higiene deles é adequada***, a qual revela que o consumidor não se fundamenta exclusivamente em atributos estéticos. (2) ***Eu acho que é isso, não comer porcaria. Você não vai comer o churrasquinho grego no centro de São Paulo!***, a qual indica a forte representação de que o consumidor tem o papel principal e deve ter discernimento nas suas escolhas alimentares.

Comportamentos relatados frente a IA em restaurantes

Quando perguntado sobre o envolvimento acerca da IA em restaurantes, sob a perspectiva da Responsabilidade Compartilhada, foram identificadas 8 categorias de ideias centrais (Figura 5).

Figura 5. Distribuição de respostas de consumidores sobre comportamentos relatados em IA, segundo ideia central e UAN. Município de São Paulo, 2009.



O não desperdício de alimentos surgiu como uma categoria com maior identificação entre os consumidores com maior nível de escolaridade (X), o que é justificado por ter sido tema abordado em ações educativas previamente a este estudo: ***Acho que tem a ver também com a quantidade de comida desperdiçada. O legal seria também você ter consciência de pegar o suficiente pra você comer e não deixar nada no prato. [...]*** A responsabilidade social e ambiental são variáveis trabalhadas em estudos da área de percepção de risco em alimentos (GROBE et al., 1999; WILLIAMS e HAMMITT, 2001).

O consumidor do grupo X reconhece, em maior grau, seu papel em “Avaliar e comunicar riscos”: ***Como consumidor, o meu papel é prestar atenção nos alimentos, ao que vai comprar, ao que vai comer, se estão saudáveis ou não, se estão estragados ou não, e reclamar sobre isso. [...] No caso do restaurante, basicamente verificar o manuseio e a condição de limpeza do local. [...] acompanhar a forma como o alimento é preparado, a manutenção, o resfriamento, temperatura, como é servido. [...] sempre que ver alguma coisa que não está bem, que acho errada, procuro falar com a nutricionista, a responsável. [...] pra evitar que não tenha problema com outras pessoas [...] Basicamente isso, como consumidor final, a gente tem o papel de fiscalizar como andam as coisas aqui. [...]*** No contexto de agente da cadeia, o consumidor se apropria do papel de fiscalização direta do restaurante. Também relata que verificar as condições de higiene do local e da manipulação dos alimentos num restaurante constitui uma prática importante para a avaliação de risco, consoante às percepções de consumidores canadenses (HENSON et al., 2006). Ações que exigem esforços em nível individual para o controle de riscos estão relacionadas com menor receio pelos consumidores (GROBE et al., 1999; MILES e FREWER, 2003; MILES et al., 2004).

Ainda nesta categoria, o trecho: ***Eu sempre vejo se o alimento está com uma boa apresentação, procuro os seguros, limpos, bonitos. [...] Tento evitar alguns tipos de alimentos, por exemplo, maionese é um tipo de alimento que eu não consumo. Tento evitar um pouco as verduras porque não sei como elas são lavadas, manuseadas. Além disso, tomo cuidado com ovos, mole eu não como, carne mal passada, carne de porco só se estiver bem cozida, frituras eu evito também. [...]*** sinaliza que o consumidor se pauta em atributos sensoriais para avaliar o estado de segurança dos alimentos, e estes se tornam determinantes do processo de escolha alimentar. A utilização de parâmetros estéticos (HENSON et al., 2006; WORSFOLD, 2006) e a percepção de risco específico (MILES e FREWER, 2001; HANSEN et al., 2003) podem ser também encontrados neste discurso.

No conceito de fiscalização, considera-se que “Visitar a cozinha” do restaurante é uma ação importante em IA. No entanto, os consumidores do grupo Y (com menor escolaridade e poder aquisitivo) contribuíram em maior proporção para esta ideia central (61,5%): ***O ideal seria visitar a cozinha [...] Verificar a limpeza, o manuseio, se o modo de preparo vai ser direitinho, [...] A cozinha deveria estar aberta pra gente, porque é a nossa saúde que está em jogo. [...] Aí, com essa preocupação, as pessoas [manipuladores] iriam cuidar mais: ‘Olha, está vindo o pessoal dar uma olhadinha, então vamos manter a limpeza, a higiene’. [...] O consumidor não reconhece a visita da cozinha de locais produtores de alimentos como sendo um ato amparado por legislação (projeto de lei ordinária nº128/09 – município de São Paulo), e sim como um ideal a ainda ser alcançado.***

A categoria “Basta ter confiança no restaurante” para consumir alimentos seguros foi igualmente presente nos dois grupos. Isto simboliza que, de certo modo, o consumidor se isenta do envolvimento com segurança, transferindo esta responsabilidade para o restaurante. ***É a confiança. Simplesmente olhar e sentir o ambiente, que tudo está perfeito e confiar nas pessoas que estão cozinhando. Aqui essa condição de higiene, de preparação dos alimentos é muito bem feita e controlada, eles estão sempre com touca, luva [...] Eu nunca vi nenhum tipo de prática, nada que eu olhasse e que me fizesse duvidar da qualidade daquilo que está sendo fornecido. [...] Eu como aqui porque eu sei que tem nutricionista, tem mais qualidade. [...] A maioria dos restaurantes de hoje não tem nutricionista, isto é um fato verídico em São Paulo. [...] Se você vai num restaurante desses aí, você nem sabe se a comida foi feita hoje ou ontem. Nós não, nós temos nutricionista.*** O construto confiança ocupa posição central em pesquisas de análise de riscos (HANSEN et al., 2003; DE JONGE et al., 2008a; DE JONGE et al., 2008b; ELLIS e TUCKER, 2009), decorrente de sua particular importância em cenários envolvendo múltiplos agentes, como o “do campo até a mesa”. O princípio desta relação é o de que a percepção de risco para uma dada

situação é baseada, em partes, na extensão em que o indivíduo acredita que outros atores sociais irão agir com conhecimento, discernimento e responsabilidade para prevenir ou minimizar situações de perigo, num contexto de compromisso com o bem estar do consumidor e com a Saúde Pública. Nesta perspectiva, o estado de higiene do restaurante, já demonstrado como determinante de escolha pelo consumidor (HENSON et al., 2006; WORSFOLD, 2006), funciona como um indicativo de atribuição de confiança. Neste estudo, a confiança conferida às UANs decorre da presença do nutricionista como gestor. Portanto, este profissional é reconhecido como um importante agente da cadeia, garantindo a segurança e qualidade das refeições produzidas.

A percepção de que não consome alimentos seguros, pois não confia nos sistemas de IA atuais foi mais presente entre os consumidores do grupo Y. Estes dados confirmam, mais uma vez, que há relação inversa entre nível educacional e percepção de risco identificada em outros estudos (NAYGA, 1996; DOSMAN et al., 20001; RIMAL et al., 2001; WILLIAMS e HAMMITT, 2001; KNIGHT et al., 2005; AAKKULA et al., 2005; TUCKER et al., 2006). ***[...] a gente não sabe de onde vem esse alimento ou como é feita a comida. [...] Você pode comer e daqui a pouco passar mal. [...] Não existe a garantia, por mais que fala que fiscaliza [...] Se não comer no restaurante, em vez disso plantar e colher, daí tudo bem. Se não plantar e colher, não tem como escapar. [...] Hoje em dia, a maioria dos alimentos, 99%, é tudo com agrotóxico. Não tem alimento mais sadio como antigamente. [...] E daqui pra frente tudo é com agrotóxico, não adianta. [...]*** Menor nível de confiança foi atribuído às ações realizadas na produção primária, especialmente no que se refere ao uso de insumos agrícolas, corroborando os achados de BEHRENS et al. (2010) com consumidores no município de São Paulo. A confiança específica em cada ator da cadeia impacta diferentemente na credibilidade geral sobre o consumo de alimentos seguros, sendo que maiores níveis de confiança estão associados com maior credibilidade geral (DE JONGE et al., 2008a). A sensação de falta controle pessoal e a necessidade de contar com os

esforços de outrem, ou mesmo com a sociedade para proteção contra os riscos são fatores envolvidos com maiores níveis de preocupação (GROBE et al., 1999; MILES e FREWER, 2003). Ainda, a atual complexidade dos sistemas de produção e comercialização de alimentos torna obscura a interação entre governo, indústria e serviços, o que impacta na percepção da população em IA (REDMOND e GRIFFITH, 2004; DE JONGE et al., 2008, RASPOR, 2008).

A categoria “Nenhum envolvimento com inocuidade, restrito ao consumo de alimentos” dá indícios de ausência de conexão do consumidor à CPA: [...] ***Eu não tenho envolvimento nenhum. Eu chego, faço a minha refeição e pronto. Eu sou só um consumidor.***[...] ZANDONADI et al. (2007) demonstraram a necessidade de conscientização de consumidores através da observação de comportamentos de risco de usuários em serviços de alimentação no Distrito Federal, uma vez que 96% deles não lavaram as mãos, 50% não se preocuparam com o uso exclusivo de pegadores e 56% falavam em cima das preparações no momento de se servir.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Resumidamente, estes grupos de consumidores demonstraram saber a importância das ações preventivas de DTAs e dos controles de segurança ao longo de toda a CPA. Ainda que tenham identificado vários agentes neste contexto (órgãos governamentais, restaurante, profissionais), não se reconhecem como co-participantes importantes neste processo. Além das características sócio-econômicas e demográficas, os principais determinantes envolvidos nas atitudes e comportamentos dos consumidores acerca de IA em UAN estão relacionados à preocupação com perigos alimentares, percepção de risco relativa a grupos de alimentos e a informação sobre o assunto. Outros impasses associados recaem sobre a dimensão da disponibilidade e acesso do alimento, que sobrepuja a preocupação com a inocuidade mesmo em sociedades urbanas consideradas avançadas. Também, a falta de clareza ou interpretação

equivocada de conceitos importantes, como por exemplo, o de Alimento Seguro e de DTAs. Ainda, o viés otimista surge como fator negativo e possível obstáculo para a efetividade de futuros programas educativos.

O pensamento do consumidor de forma geral e específica em IA sinaliza que mensagens específicas de comunicação de risco em Saúde Pública podem ser mais efetivas do que as generalizadas. Desta forma, conhecer alguns condicionantes do comportamento do consumidor em IA fornece subsídios para reconstrução dos sistemas de IA de forma mais global e compreensiva “do campo até a mesa”. Pois, acredita-se que apenas o consumidor bem informado de riscos e benefícios envolvendo alimentos, e confiante dos sistemas de IA pode ser co-responsabilizado como agente final da CPA.

A despeito da impossibilidade de generalização de achados proveniente de abordagens essencialmente qualitativas, pode-se considerar que as conjecturas do presente trabalho refletem, de certa maneira, o pensamento coletivo de indivíduos que buscam alimentação fora do lar em áreas urbanas do Brasil. Contudo, estes resultados constroem um corpo empírico mais robusto de premissas a serem trabalhadas em pesquisas mais conclusivas sobre o processo de tomada de decisão.

6 MANUSCRITO 2 – FASE 2

DESENVOLVIMENTO DE ESCALA DE ATITUDES DE CONSUMIDORES RELATIVAMENTE À INOCUIDADE DE ALIMENTOS

RESUMO

O objetivo deste trabalho foi o desenvolvimento de uma escala para métrica de atitudes de consumidores brasileiros acerca de Inocuidade de Alimentos em serviços de alimentação. O instrumento de inquérito (*survey*) foi desenvolvido em três etapas: a primeira corresponde à abordagem qualitativa com vistas a identificar as Representações Sociais sobre o tema (n=66), utilizando a técnica Discurso do Sujeito Coletivo. A segunda corresponde à construção dos itens da escala múltipla, a partir do material empírico, utilizando escala de concordância tipo Likert de 5 níveis. Na última etapa, o instrumento foi testado (n=61) para determinação de confiabilidade e validade de construção. Foram gerados 24 itens, dos quais foram mantidos apenas 17 por demonstrarem adequado índice de discriminação, resultando em instrumento de satisfatória consistência interna (coeficiente alfa Cronbach =0,78). O enfoque psico-sociológico para estudar atitudes e percepções de riscos envolvendo alimentos é consistente com a demanda científica da área. O instrumento proposto beneficia o campo de pesquisas sociais em Saúde Pública.

Descritores: pesquisas de *marketing* social, *survey*, inocuidade de alimentos, percepção de risco, atitudes de consumidores

INTRODUÇÃO

Marketing Social constitui o delineamento, implementação e controle de programas direcionados a influenciar a aceitação de ideias sociais, utilizando abordagens do *Marketing* tradicional (KOTLER e ZALTMAN, 1971). Em interface com a Saúde Pública, busca motivar o público-alvo a adotar práticas sociais (por exemplo, o envolvimento em questões relacionadas a escolhas alimentares), modificando crenças, valores, percepções, atitudes e, principalmente, comportamentos, visando principalmente a promoção da saúde e o benefício da sociedade (KOTLER e ZALTMAN, 1971).

A Inocuidade de Alimentos (IA) constitui foco atual em Saúde Pública face à grande ocorrência de doenças transmitidas por alimentos (DTAs) e complexidade da cadeia produtiva de alimentos (CPA) (WHO, 2000;

FAO/WHO, 2003). As questões que compõem este quadro estão relacionadas à globalização do mercado econômico mundial, a ampla comercialização de alimentos, a intensa mobilização de populações, as alterações no perfil demográfico e características populacionais, a modificação de processos tecnológicos de produção e controle agro-alimentar, as mudanças de estilos de vida, com crescente participação de alimentos industrializados e mudança de hábitos alimentares, especialmente com maior procura pela alimentação fora do lar (WHO, 2000; FAO/WHO, 2003; IBGE, 2004; JABS e DEVINE, 2006). Desafiado por um cenário complexo relativamente ao consumo do alimento seguro, o consumidor é co-responsável e ator importante nesse contexto “do campo até a mesa” (WHO, 2000).

A partir da confluência destes grandes domínios, depara-se com a necessidade de compreender as atitudes e outros construtos encadeados ao comportamento do consumidor, com a finalidade de delineamento de políticas públicas em IA e melhoria na gestão e comunicação de riscos envolvendo alimentos (BRUHN, 2005; McGLOIN et al., 2009).

Atitude é uma organização duradoura de processos motivacionais, emocionais, perceptivos e cognitivos em relação a algum aspecto do ambiente, exibindo-se como uma predisposição adquirida para reagir de modo constantemente favorável ou desfavorável em relação a determinado objeto (HAWKINS et al, 2007). Na área de IA, precedente às atitudes, encontra-se a percepção de risco, revelando os julgamentos individuais sobre o risco de saúde relacionado ao consumo de alimentos (SLOVIC, 1987; ELLIS e TUCKER, 2009). Além de fatores sócio-econômicos e demográficos, a percepção de risco é influenciada por questões como: a natureza do perigo, a confiança nos agentes da CPA, a credibilidade de aquisição de alimentos seguros, as experiências prévias com doenças envolvendo alimentos e as notícias divulgadas pelos meios de comunicação em massa (HANSEN et al., 2003; DE JONGE et al., 2004; ELLIS e TUCKER, 2009).

A maioria das pesquisas neste campo é amparada pela abordagem psicométrica, o qual assume discrepância entre a percepção de risco de especialistas e do público leigo, considerando que os últimos julgam riscos no seu cotidiano de forma multi-dimensional (SLOVIC, 1987; HANSEN et al., 2003; ELLIS e TUCKER, 2009). O consumidor concebe perigos e riscos alimentares qualitativamente, a partir do processamento de informações de eventos, em termos de severidade percebida; da familiaridade com o assunto e de desfechos relacionados com experiências pessoais ou conhecidas, independentemente da probabilidade de ocorrência (HANSEN et al., 2003; BRUHN, 2005; BEHRENS et al., 2010; ELLIS e TUCKER, 2009). HANSEN et al. (2003) observaram um fenômeno frequente nestes estudos: uma inclinação à valorização do conhecimento científico em detrimento do conhecimento popular, gerando pesquisas sociais apoiadas num modelo de atitudes e comportamentos do consumidor baseado em *déficit* de conhecimento.

Em vista disso, o enfoque cultural representa uma promissora tendência para estudar atitudes em IA, pois permite o conhecimento próprio do indivíduo pertencente a uma cultura determinada expresso na lógica interna do seu sistema social (HANSEN et al., 2003; FISCHER et al., 2005; ELLIS e TUCKER, 2009). O estabelecimento de contato inicial com novos grupos sociais por meio de técnicas qualitativas proporciona maior resgate da diversidade cultural e étnica da população de interesse, revelando experiências simbólicas e a construção de significados pelo grupo (VÍCTORA et al., 2000).

A utilização de métodos qualitativos para produção de dados primários complementados por métodos quantitativos apresenta destaque na literatura da área (ELLIS e TUCKER, 2009). FIFE-SCHAW e ROWE (1996) desenvolveram um questionário para avaliar percepção sobre perigos alimentares a partir de nove grupos focais. Pesquisadores europeus utilizaram método qualitativo inicial na definição de um quadro teórico para analisar a confiança dos consumidores em IA, seus determinantes e possíveis impactos comportamentais (DE JONGE et al., 2004). A partir de

então, diversos trabalhos com procedimentos quantitativos vêm sendo desenvolvidos neste escopo (DE JONGE et al., 2008a; DE JONGE et al., 2008b; DE JONGE et al., 2008c).

FISCHER et al. (2005) enfatizam a importante contribuição de abordagens transdisciplinares, permeando as Ciências Sociais e Naturais, para beneficiar ações em IA e Saúde Pública. Sob esta perspectiva, *atitudes*, como objetos científicos, requerem abordagens compreensivas, amparadas tanto pelo princípio da *Diversidade* como o da *Universalidade*. O primeiro princípio científico é guiado pelas Ciências Sociais (como por exemplo, a Psicologia e a Sociologia), as quais se propõem a entender a multiplicidade cultural e utilizam predominantemente métodos qualitativos. O princípio da *Universalidade*, conduzido pelas Ciências Naturais (a exemplo, a área de Tecnologia de Alimentos), busca identificar elementos comuns e estabelecer relações quantitativas entre eles (VÍCTORA et al., 2000; HANSEN et al., 2003; FISCHER et al., 2005).

O uso de escalas múltiplas para estudar construções complexas, como atitudes, é uma prática bastante comum em *marketing* na área de alimentos, já que uma única variável isolada não é passível de representar o conceito (FIFE-SCHAW e ROWE, 1996; HANSEN et al., 2003; FISCHER et al., 2005; DE JONGE et al., 2008a; DE JONGE et al., 2008b; DE JONGE et al., 2008c). Escalas múltiplas com boa confiabilidade permitem o emprego de técnicas analíticas multivariadas numa perspectiva exploratória ou comprobatória, de forma a analisar simultaneamente múltiplas relações entre indivíduos ou objetos de investigação, de maneira a obter uma compreensão mais completa e realista no processo de tomada de decisão (HAIR et al., 2005).

O objetivo do presente trabalho foi desenvolver uma escala para medida de atitudes de consumidores brasileiros acerca de IA, sob o enfoque cultural, ilustrando sua concepção teórico-metodológica.

METODOLOGIA

A escala foi desenvolvida em três etapas: etapa 1 – estudo preliminar, por meio de abordagem qualitativa para identificar os construtos sociais relacionados ao tema; etapa 2 – construção de uma escala de atitudes (instrumento de *survey*); etapa 3 – pré-teste da escala com uma amostra de consumidores para análises de confiabilidade. O termo “escala”, referindo-se a escalas múltiplas, designa um instrumento multi-item, ou seja, um conjunto de itens (variáveis) medindo dimensões de uma mesma base conceitual (PETER, 1979; HAIR et al., 2005).

O grupo de interesse foi formado por consumidores de dois serviços de alimentação coletiva em São Paulo, segmento com notável contribuição no cenário econômico brasileiro (IBGE, 2003; ABERC, 2008). Um deles (grupo X) é um restaurante empresarial com distinto padrão de cardápio e de serviço, que atende exclusivamente os colaboradores de uma empresa na área de Comunicação. O outro (grupo Y), um restaurante popular fomentado por um programa estadual em Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) direcionado para populações de baixa renda. Dados sócio-econômicos e demográficos coletados nas etapas 1 e 3 exibiram evidentes diferenças entre os grupos. A descrição dos locais, bem como a caracterização dos grupos é apresentada mais detalhadamente nos capítulos 4.2 e 6.

Etapa 1: Exploratória

Pressupondo a IA como um conceito social, e que todos os construtos encadeados ao comportamento do consumidor neste campo podem ser compreendidos sob uma perspectiva psico-social (DOUGLAS e WILDAVSKY, 1982; SAPP et al., 1994; WANDEL, 1994; RIMAL et al., 2001; HANSEN et al., 2003), adotou-se a técnica Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2006) baseada na *Teoria da Representação Social* (JODELET, 1989).

Foram conduzidas entrevistas semi-estruturadas com 66 consumidores (grupo X n=30; grupo Y n=36) para coleta de depoimentos sobre o assunto IA (Anexo 4). A escolha dos respondentes seguiu um

esquema de estratificação, de maneira a igualar gêneros e contemplar a maior parte do perfil de público dos restaurantes. Um roteiro com questões abertas foi utilizado para propiciar ampla participação dos entrevistados relativamente aos aspectos propostos:

(1) Esfera cognitiva (conhecimento em IA):

- *O que significa pra você um alimento ser “seguro”?*
- *O que você sabe sobre doenças transmitidas por alimentos?*

(2) Esfera comportamental (relato de ações sob a perspectiva de co-responsabilidade na CPA):

- *Pensando que existe toda uma preocupação com o controle de higiene e qualidade dos alimentos, desde a plantação e colheita no campo, depois a manufatura pela indústria, a venda no comércio, até que ele chega ao restaurante, onde é preparado com boas práticas pra garantir uma refeição segura na sua mesa. Aqui no restaurante, qual o seu envolvimento como consumidor? O seu papel para contribuir na segurança dos alimentos que você consome?*

Tratamento dos dados qualitativos

As respostas foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas para análise pela técnica DSC (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2006), a qual recupera a diversidade qualitativa por meio do processamento dos depoimentos, como material empírico, para identificação de significados atribuídos por atores a eventos sociais, os quais são finalmente expressos por meio de um discurso-síntese.

As análises visaram identificar *representações sociais* (conhecimentos, crenças, valores, percepções) e interpretá-las como *atitudes* perante o tema, expressando-as por meio de itens de uma escala. Em cada depoimento foram identificados trechos (transcrições literais) que constituem o essencial conteúdo das representações subjacentes à questão, as chamadas Expressões-chave (ECh). Em seguida, cada uma das ECh foi categorizada segundo a semelhança de Ideias Centrais (IC) – expressão linguística que revela e descreve da maneira sintética e precisa o sentido do

depoimento. Em último nível de análise, as IC foram agrupadas em categorias analíticas estabelecidas a partir de eixos técnico-científicos, sob a ótica disciplinar dos autores. Em cada uma das categorias de IC, foram elaborados discursos-sínteses (DSC) pela compilação das ECh correspondentes. Importante salientar que o depoimento de um consumidor pode exprimir mais de uma IC.

Etapa 2: Construção das variáveis da escala

Esta fase envolveu a construção semântica dos itens da escala a partir do material empírico proveniente da etapa anterior, de forma que cada item constituiu uma variável componente do construto “atitudes acerca da IA, sob a perspectiva de co-responsabilidade na CPA”. Os eixos conceituais do instrumento corresponderam às esferas cognitiva e comportamental. Cada item foi formulado a partir do trecho do DSC com maior poder de representação social dentro da categoria. Como requisito, um item deveria imputar uma única ideia para não haver possibilidade de dupla interpretação de sentido pelo respondente (PARMENTER e WARDLE, 2000).

Em seguida, os itens foram analisados para refinamento do conteúdo, adequação de linguagem e balanceamento de sentido positivo e negativo. Uma escala métrica Likert (5 níveis) foi construída para avaliar o grau de concordância/discordância com cada proposição padronizada. Os valores numéricos atribuídos aos níveis Likert: (1) discordo muito; (2) discordo; (3) não discordo, nem concordo; (4) concordo; (5) concordo muito; indicam a direção e o grau da atitude do respondente. Escalas Likert múltiplas unidimensionais permitem que as pontuações dos itens sejam somadas para produzir um escore total para cada indivíduo (BYRNE et al., 1963; MATTAR, 1996). Apesar de estas escalas serem primariamente ordinais (medida não-métrica), a numeração das categorias permite transição para escala de razão (medida métrica), com o intuito de estender as possibilidades de análises multivariadas em *surveys*, sem ferir princípios teóricos e estatísticos (HAIR et al., 2005).

Etapa 3: Pré-teste e análise do instrumento

O instrumento foi pré-testado em amostra aleatória de consumidores (n=61; Grupo X n=30; Grupo Y n=31), seguindo a orientação metodológica de PARMENTER e WARDLE (2000) que preconiza que o tamanho da amostra deve ser igual ou maior o número de itens gerados.

O recorte metodológico permitiu a realização das análises de validade de conteúdo e de confiabilidade pela medida de consistência interna do instrumento. Para tanto, foi utilizado o *software* estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 16.0 para *Windows*.

A validade mede o grau em que o conjunto de medidas representa com precisão o conceito de interesse (PETER, 1979). A validade de conteúdo compreende a avaliação da correspondência das variáveis (itens) com o quadro conceitual (HAIR et al., 2005). Este procedimento, favorecido pela abordagem qualitativa da etapa inicial, foi também estabelecido pela avaliação subjetiva pelo grupo de pesquisadores envolvidos, segundo orientações metodológicas de BYRNE et al. (1963).

A confiabilidade do instrumento, medida pela sua consistência interna, verifica o grau de consistência entre as variáveis da escala múltipla (HAIR et al., 2005). Assim, os itens (indicadores individuais) devem medir o mesmo construto, e desta forma devem se apresentar inter-correlacionados. PARMENTER E WARDLE (2000) recomendam um índice de discriminação (coeficiente de correlação de Pearson entre cada item e o escore total) acima de 0,2 ou 0,3 para pesquisas sociais na área de Nutrição. Outra medida é o coeficiente Alfa-Cronbach (α), que avalia a confiabilidade da escala como um todo. Sua fórmula compreende a multiplicação entre a somatória do número de itens da escala elevada ao quadrado e a média de covariância inter-item, dividido pela soma de todos os elementos da matriz de variância/covariância (PETER, 1979). Segundo HAIR et al. (2005), pesquisas sociais de caráter exploratório devem apresentar α mínimo de 0,6. BYRNE et al. (1963) recomendam α mínimo de 0,7 para escalas de atitude na área de alimentos.

Foram excluídos da escala os itens com índice de discriminação abaixo de 0,2, ou com coeficiente de correlação de Pearson não significativo (considerando valor de $p < 0,05$ para teste bicaudal). Os itens que permaneceram foram reavaliados em termos de linguagem e entendimento pelos respondentes.

RESULTADOS

A tabela 2 apresenta os resultados da sistematização e tratamento dos depoimentos pela técnica DSC. A natureza quali-quantitativa desta técnica permitiu a apresentação de frequências de respostas dos consumidores dentro de cada categoria de IC (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2006).

Tabela 2. Categorias de ideias centrais (IC), frequências de expressões-chaves (ECh) e discurso-síntese (DSC), segundo os eixos da escala de atitudes em IA, dos consumidores de serviços de alimentação coletiva. Município de São Paulo, 2009.

Categoria de IC	ECh		DSC*
	n	%	
ESFERA CONCEITUAL – ALIMENTO SEGURO			
1. Higiene Alimentar	45	35,4	<i>É um alimento limpo, feito adequadamente, com toda segurança e higiene. Pra mim, padrão de higiene é a qualidade básica pra um alimento ser seguro. [...] O restaurante em si, ser um bom ambiente é prioridade (item O) [...] Enfim, todo o olhar pro produto e achar que está em boas condições de consumo [...]</i>
2. Inocuidade Alimentar	10	7,9	<i>Um alimento que não prejudica o organismo das pessoas (item I) e não ofereça risco pra saúde [...].</i>
3. Perigos biológicos	3	2,4	<i>[...] tem que lavar tudo bonitinho pra ser livre de bactérias (item C) [...].</i>
4. Perigos químicos	12	9,5	<i>É um alimento natural, livre de agrotóxicos. [...] Preocupa a questão de fertilizantes (item F) que é muito utilizado na agricultura [...] Alimento orgânico dá mais garantia de que é seguro (item J) Porque hoje nós comemos muitos produtos com contaminação. Deveria haver uma fiscalização maior em relação a quantidade de fertilizantes que é utilizada nos vegetais e nas frutas (item H). Hoje em dia, a maioria dos alimentos, 99% dos alimentos são tudo com agrotóxico[...]</i>
5. Prazo de validade	8	6,3	<i>[...] Um alimento seguro é isso: dentro da validade.</i>
6. Controle e certificação por órgãos governamentais competentes	6	4,7	<i>Deve estar dentro dos padrões de qualidade estabelecidos por uma organização responsável pelo governo, pela OMS. [...] e segue as normas da vigilância sanitária e dos órgãos competentes que trabalham com alimento. Um alimento que chega à nossa mesa, a do consumidor, inspecionado, verificado (item U) [...]</i>
7. Referência a grupos / alimentos específicos	3	2,4	<i>Sem alimentos transgênicos. [...] Há preocupação principalmente com as carnes, (item G) [...]</i>
8. Promoção da Saúde	11	8,7	<i>[...] Saúde, bem-estar [...] Não tem coisa melhor que um alimento sadio e seguro.</i>
9. Valor nutricional	11	8,7	<i>Pra mim são alimentos saudáveis, coloridos e nutritivos (item D): frutas, verduras, legumes. Também incluo nessa lista de alimentos seguros, alimentos que não tenham teor de gordura muito elevado, menos fritura, pouco sal, que fazem melhor à saúde do que alguns alimentos que possam trazer mais colesterol ou prejudicar o coração [...]</i>

10. Características sensoriais e conhecimento do consumidor	13	10,2	<i>[...] fresco, que não esteja estragado e saboroso também, o que é justo (item S). E preciso você ter ciência do que está se alimentado. [...] Enfim, todo o olhar pro produto e achar que ele tem qualidade e está em boas condições de consumo. [...] dependendo do alimento só pela cara dele mais ou menos eu já sei. (item P) [...].</i>
11. Food Security	5	3,9	<i>É o alimento que nós temos todos os dias na hora da refeição. [...] O ruim é passar fome. [...]</i>
Total	127	100,0	

ESFERA CONCEITUAL – DOENÇAS TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS

1. Origem das DTA	29	23,6	<i>Eu sei poucas. Sei que com alimentação você pode pegar várias doenças (item A) contagiosas que são transmitidas através dos alimentos por diversos tipos de microorganismos. [...] Dependendo do tipo de alimento tem fungos, bactérias, vírus, vermes, tudo mais. Mas eu não sei dizer os nomes, tenho conhecimento básico. [...]</i>
2. Doença vinculada especificamente a um alimento / grupo	24	19,5	<i>[...] Tem essa questão típica da carne de porco, (item E) eu esqueci o nome da doença, mas, que pode transmitir pela carne mal passada, [...] sei que faz mal pra cabeça, pro cérebro. [...]</i>
3. Agravos à saúde	23	18,7	<i>[...] pode causar desde dor no estômago, de cabeça, de barriga, vômitos, diarreia, disenteria, até mesmo uma grande infecção que pode chegar até a morte. Já vi gente que quase morreu de alguma coisa assim. (item B) [...]</i>
4. Importância das medidas de controle e higiene dos alimentos	41	33,3	<i>[...] todos os alimentos que não estejam preparados adequadamente podem transmitir algum tipo de doença. E melhor cuidar muito bem dos alimentos, [...] desde a granja, o plantio. [...] Eu sei que tem que lavar bem os alimentos, cozinhar bem, conservar bem [...] Se o alimento não foi feito adequadamente, não foi higienizado corretamente, se está vencido, ou mal preparado, ou mal refrigerado pode trazer alguns problemas [...] Por isso que a pessoa tem que estar com touca, luva, máscara, com tudo higienizado. (item M)</i>
5. Não sabe ou não teve experiências	6	4,9	<i>Não tenho resposta pra essa pergunta porque não tenho essa experiência ainda. [...]</i>
Total	123	100,0	

ESFERA COMPORTAMENTAL – CO-RESPONSABILIDADE NA CADEIA PRODUTIVA DE ALIMENTOS

1. Avaliar e comunicar riscos envolvendo alimentos	34	34,34	<i>Como consumidor, o meu papel é prestar atenção nos alimentos, ao que vai comprar, ao que vai comer, se estão saudáveis ou não, se estão estragados ou não, e reclamar sobre isso. [...] No caso do restaurante, basicamente verificar o manuseio e a condição de limpeza do local. (item K) [...] acompanhar a forma como o alimento é preparado, a manutenção, o resfriamento, temperatura, como é servido. [...] sempre que ver alguma coisa que não está bem, que acho errada, procuro falar com a nutricionista, a responsável. (item R) [...] pra evitar que não tenha problema com outras pessoas [...] Basicamente isso, como consumidor final, a gente tem o papel de fiscalizar como</i>
--	----	-------	--

andam as coisas aqui. [...]Eu sempre vejo se o alimento está com uma boa apresentação, procuro os seguros, limpos, bonitos. [...] Tento evitar alguns tipos de alimentos, [...]

2. Visitar a cozinha	13	13,13	O ideal seria visitar a cozinha [...] Verificar a limpeza, o manuseio, se o modo de preparo vai ser direitinho, (item W) [...] A cozinha deveria estar aberta pra gente, porque é a nossa saúde que está em jogo.[...]
3. Lavar as mãos	17	17,17	[...] o primeiro passo é você ter as mãos higienizadas pra não contaminar o alimento,[...]
4. Ter cuidado com os alimentos e utensílios expostos, manter o refeitório limpo e organizado	12	12,12	[...] ter uma higiene na hora de manusear a comida exposta, [...] não ficar muito próximo aos recipientes coletivos. Também tenho uma preocupação com os cabelos, [...], só toca nos pratos e talheres que vou usar [...] tento manter o ambiente limpo, [...]
5. Nenhum envolvimento com inocuidade, restrito ao consumo de alimentos	7	7,07	[...] Eu não tenho envolvimento nenhum. Eu chego, faço a minha refeição e pronto. Eu sou só um consumidor. (itens N e V) [...]
6. Basta ter confiança no restaurante	8	8,08	É a confiança. No restaurante, a gente meio que confia no restaurante, na higiene dos profissionais que existe dentro do local. Essa preocupação [...] a gente deixa com eles mesmos. (item T) Simplesmente dhar e sentir o ambiente, que tudo está perfeito e confiar nas pessoas que estão cozinhando. Aqui essa condição de higiene, de preparação dos alimentos é muito bem feita e controlada, eles estão sempre com touca, luva [...] Eu nunca vi nenhum tipo de prática, nada que eu olhasse e que me fizesse duvidar da qualidade daquilo que está sendo fornecido. [...] Eu como aqui porque eu sei que tem nutricionista, tem mais qualidade (item Q). [...] A maioria dos restaurantes de hoje não tem nutricionista, isto é um fato verídico em São Paulo. [...] Se você vai num restaurante desses aí, você nem sabe se a comida foi feita hoje ou ontem. Nós não, nós temos nutricionista. (item L)
7. Não acredita que consome alimentos seguros, não confia na cadeia de alimentos	5	5,05	[...] a gente não sabe de onde vem esse alimento ou como é feita a comida. (item X) [...] Você pode comer e daqui a pouco passar mal. [...] Não existe a garantia, por mais que fala que fiscaliza [...] Se não comer no restaurante, em vez disso plantar e colher, daí tudo bem. Se não plantar e colher, não tem como escapar. [...]
8. Não desperdiça alimentos	3	3,03	Acho que tem a ver também com a quantidade de comida desperdiçada. O legal seria também você ter consciência de pegar o suficiente pra você comer e não deixar nada no prato. [...]
Total	99	100,0	

*Trechos destacados em negrito correspondem às ideias contidas nos itens que compuseram a escala (indicados entre parênteses, sublinhados).

Algumas hipóteses que foram mais freqüentes em mais de uma categoria analítica, por evidenciar representação social de maior força foram testadas simultaneamente por meio de dois ou mais itens:

- Maior preocupação com o uso de insumos agrícolas: itens F, H e J.
- A presença do nutricionista no restaurante como um indicativo de qualidade e segurança na produção de refeições: itens L e Q.
- A adoção de critérios estéticos e sensoriais para avaliar a segurança do alimento: itens M, O, P e S.
- A questão da co-responsabilidade do consumidor com IA em restaurantes: itens T e V.

Algumas categorias resultantes da etapa exploratória não foram selecionadas para compor a escala, quais sejam: a) a categoria “*Food Security*”, que corresponde ao escopo “Segurança Alimentar e Nutricional” e a disponibilidade e acesso do alimento como questões fundamentais, por ter emergido apenas do grupo Y, portanto não representativa do grupo com maior poder aquisitivo; b) a ideia “Promoção da Saúde” por já estar incutida no item D (“Valor nutricional”); c) as categorias “Prazo de validade” e “Não desperdiça alimentos” por fugir de um escopo mais relacionado à IA; d) a categoria “Não sabe ou não teve experiências”, por limitar a exploração do tema; e) por fim, as ideias carregadas pelas categorias “Lavar as mãos” e “Ter cuidado com os alimentos e utensílios expostos, manter o refeitório limpo e organizado”, as quais esbarravam em aspectos básicos de educação num espaço coletivo, não restritas à IA.

Após as análises de confiabilidade, 7 itens foram retirados da escala com 24 itens por exibir insatisfatório índice de discriminação, conforme mostra a tabela 3.

Tabela 3. Itens retirados da escala de atitudes acerca de IA, pré-testada com consumidores de serviços de alimentação coletiva. Município de São Paulo, 2009.

Itens retirados	Escores de concordância			Índice de discriminação*	p
	Média	Mediana	dp		
Positivos					
F. Os defensivos agrícolas (pesticidas, fertilizantes, etc) tornam os alimentos menos seguros.	3,52	4,00	0,98	0,11	0,41
T. O restaurante é o responsável pela segurança dos alimentos que eu consumo.	4,16	4,00	0,78	0,09	0,51
V. Os consumidores também têm responsabilidade pela segurança dos alimentos que consomem.	3,97	4,00	0,68	0,08	0,57
Negativos					
B. Doenças transmitidas por alimentos não causam morte.	2,39	2,00	1,12	0,11	0,39
L. Não importa para a segurança dos alimentos produzidos que o restaurante tenha nutricionista.	2,15	2,00	1,03	0,01	0,97
N. Não é papel do consumidor se preocupar com a segurança dos alimentos no restaurante.	1,92	2,00	0,78	0,12	0,35
X. Como não é possível garantir 100% de segurança do alimento 'do campo até a mesa', eu não penso nisso quando consumo um alimento.	3,05	3,00	1,06	0,20	0,12

* Coeficiente de Correlação de Pearson (n=61)

Os itens com adequado índice de discriminação, selecionados para compor a escala (tabela 4), proporcionaram um satisfatório Coeficiente α -Cronbach (0,78) ao instrumento.

Tabela 4. Confiabilidade* da escala de atitudes acerca de IA pré-testada com consumidores de serviços de alimentação coletiva. Município de São Paulo, 2009.

Itens selecionados*	Escores de concordância			Índice de discriminação**	p
	Média	Mediana	dp		
Positivos					
A. Os alimentos, de uma forma geral, podem transmitir doenças.	3,77	4,00	0,88	0,32	0,01
G. Os ovos e as carnes causam maior preocupação quanto à segurança do que as verduras, frutas, leite e derivados.	3,46	4,00	1,04	0,26	0,05
I. Todas as pessoas têm algum risco de adquirir doenças transmitidas por alimentos.	3,89	4,00	0,88	0,25	0,05
J. Alimento orgânico oferece mais garantia de que seja seguro.	3,69	4,00	0,96	0,50	0,00
K. Ao chegar num restaurante, sempre observo a higiene do local e dos funcionários.	4,15	4,00	0,87	0,54	0,00
P. Eu identifico os alimentos que são seguros na hora de me servir.	3,57	4,00	0,90	0,51	0,00
Q. Eu prefiro comer num restaurante que tenha nutricionista.	3,89	4,00	0,84	0,69	0,00
R. Eu observo e comunico ao nutricionista qualquer problema envolvendo alimentos no restaurante.	3,74	4,00	1,02	0,32	0,01
W. Visitar a cozinha é uma forma de averiguar que haja boas práticas no restaurante.	4,03	4,00	0,58	0,44	0,00
Negativos					
C. Alimento seguro é livre de bactérias.	3,36	4,00	0,98	0,60	0,00
D. O alimento seguro tem mais nutrientes.	3,59	4,00	0,94	0,70	0,00
E. A carne de porco tem grande risco de transmitir doenças.	3,49	4,00	1,16	0,44	0,00
H. Os agrotóxicos são os maiores perigos existentes em frutas, legumes e verduras.	3,74	4,00	1,02	0,52	0,00
M. Manipulador de alimentos uniformizado e com toucas e luvas indica alimento seguro.	3,57	4,00	0,90	0,45	0,00
O. Salão de refeição bonito e limpo é sinal de alimento seguro.	3,03	3,00	1,20	0,44	0,00
S. A aparência, o sabor e o odor do alimento mostram o quanto ele é seguro.	3,69	4,00	0,92	0,51	0,00
U. O controle pela vigilância sanitária garante a segurança dos alimentos que consumo no restaurante.	3,90	4,00	0,85	0,31	0,02

* Coeficiente α -Cronbach = 0,78 (escala – 17 itens com índice de discriminação significativo, considerando $p < 0,05$)

** Coeficiente de Correlação de Pearson (n=61)

Para criar a escala final, foram reavaliados os itens:

- Item G (“Os ovos e as carnes causam maior preocupação quanto à segurança do que as verduras, frutas, leite e derivados”) – por apresentar duas ideias na mesma frase foi desmembrado em dois outros itens: “Ovos, carnes e laticínios (produtos de origem animal) apresentam maior perigo à saúde, ou seja, são alimentos menos seguros”; “Os vegetais (frutas e hortaliças) não apresentam perigos à saúde, ou seja, são mais seguros”.
- Item M (“Manipulador de alimentos uniformizado e com toucas e luvas indica alimento seguro”) – foi alterado para o sentido positivo, de forma a equilibrar a escala final: “Manipulador de alimentos uniformizado, com toucas e luvas não indica necessariamente alimento seguro”.
- Item S (“A aparência, o sabor e o odor do alimento mostram o quanto ele é seguro.”) e W (“Visitar a cozinha é uma forma de averiguar que haja boas práticas no restaurante.”) – foram aperfeiçoados sintaticamente para melhorar o entendimento pelos consumidores: “A boa apresentação de um prato, assim como bom aroma e bom sabor indicam que a comida é segura para o consumo” e “Se eu visitar a cozinha do restaurante poderei checar se os alimentos ali preparados são seguros para o consumo”, respectivamente.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Considerando *atitude* um conceito central da Psicologia Social (BYRNE et al., 1963), é justificada a exploração das *representações sociais*, cujas raízes teóricas emergem do mesmo campo, para projetar um instrumento de medição deste construto na área de alimentos. A recuperação das representações sociais pela técnica qualitativa DSC já é bastante empregada na literatura em Saúde Pública (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2006). Todavia, até o momento constitui o primeiro trabalho aplicando-a a área de *Marketing* social.

Os dados empíricos da fase exploratória confirmaram que consumidores pensam de forma geral e específica em IA (KNIGHT et al., 2007). Ademais, incluem a ideia “valor nutricional” dentro deste escopo. Questões levantadas em grupo focal conduzido por BEHRENS et al. (2010) com consumidores do município de São Paulo, puderam ser incorporadas no instrumento desenvolvido, o que permite a confirmação destas hipóteses em estudos futuros. Uma delas é que há diferentes percepções de risco associadas com alimentos de origem vegetal e animal. Maior preocupação com alimentos de origem animal, com destaque para a carne de porco, corroborou também com os achados de FONSECA e SALAY (2007) com consumidores nos municípios de Campinas. Maior preocupação com perigos envolvendo alimentos no cotidiano urbano, como uso de insumos agrícolas e contaminantes microbiológicos, também revelaram consonância com outros estudos (MILES et al., 1999; BREWER e PRESTAT, 2002). Outro aspecto é o de que os consumidores não se sentem aptos a nomear e distinguir DTAs (BEHRENS et al., 2010). Ainda, o público leigo se pautou em atributos estéticos e sensoriais para avaliar a higiene do restaurante e a segurança dos alimentos servidos, confirmando estudos internacionais (HENSON et al., 2006; WORSFOLD, 2006). A incorporação dos itens representativos destas ideias na escala evidencia que o consumidor interpreta perigos e riscos diferentemente de especialistas (HANSEN et al., 2003; BRUHN, 2005; ELLIS e TUCKER, 2009).

Quanto ao reconhecimento dos atores envolvidos na CPA, o consumidor identifica principalmente o papel da Vigilância Sanitária e do nutricionista, designando a confiança como um construto social importante para a percepção de risco no sistema (HANSEN et al., 2003; DE JONGE et al., 2004; DE JONGE et al., 2008a; ELLIS e TUCKER, 2009). A categoria qualitativa “Nenhum envolvimento com inocuidade, restrito ao consumo de alimentos” gerou dois itens que foram excluídos da escala, o que pode significar que o consumidor não se concebe como ator social no contexto de IA.

Importante diferenciar o presente instrumento de outros que partem do conhecimento científico e exprimem foco educacional (BYRNE et al., 1963), não necessariamente alocados no modelo de *déficit* de conhecimento (HANSEN et al., 2003). Por exemplo, MEDEIROS et al. (2004) se basearam em diretrizes científicas e guias oficiais para construir uma escala norte-americana de conhecimentos e atitudes em IA em termos de práticas alimentares seguras no ambiente doméstico, com a finalidade de avaliar a efetividade de intervenções educativas. Muitos instrumentos desenvolvidos encontram-se apoiados na Teoria da Ação Racional, que assume atitudes como determinante direto de comportamento intencional (BYRNE et al., 1963; PARMENTER E WARDLE, 2000).

Os itens que não obtiveram bom poder de discriminação demonstram inabilidade individual em medir o mesmo construto que o restante de itens da escala (PARMENTER e WARDLE, 2000; HAIR et al., 2005). Mesmo levando em conta que escalas Likert 7 ou 9 níveis proporcionam maior dispersão dos valores em cada variável, aumentando o poder de segmentação e confiabilidade da escala (MATTAR, 1996), o presente trabalho considerou adequada a Likert 5 níveis para facilitar o entendimento dos respondentes.

A medida de confiabilidade, a qual este trabalho se propôs, é a mais comumente avaliada em escalas múltiplas (PETER, 1979). Isto acontece devido à importância de garantir a consistência de operacionalização das diversas variáveis para medir a mesma construção teórica por meio de uma única medida composta (PARMENTER E WARDLE, 2000; HAIR et al., 2005). Outros delineamentos metodológicos poderiam propiciar a realização de variadas medidas, como a de reprodutibilidade (que identifica se o instrumento mede o conceito de forma reprodutível e consistente, por exemplo, usando o método teste/re-teste, onde o questionário é aplicado em dois tempos com o público, sob as mesmas condições, de maneira a confirmar correlação entre os itens). E outras medidas de validade, como a convergente (grau de correlação de duas medidas do mesmo conceito), discriminante (grau em que dois conceitos similares são diferentes, através

da correlação da escala múltipla com outra medida semelhante e conceitualmente distinta) e nomológica (grau em que a escala faz previsões precisas de outros conceitos em um modelo teórico) (HAIR et al., 2005).

Em pesquisas sociais, a caracterização sócio-econômica e demográfica do grupo-alvo é importante para a segmentação da população de interesse, identificando nos principais nichos, seus códigos sociais, demandas e expectativas (BYRNE et al., 1963; PARMENTER E WARDLE, 2000). Destacamos a importância, para o campo de estudos em IA, variáveis como a presença de idosos ou crianças no domicílio como indicadores de maior preocupação com segurança de alimentos (DOSMAN et al., 2001; KNIGHT e WARLAND, 2005), além da estimativa de poder de compra (ABEP, 2008).

A utilização de ferramentas de *Marketing* social aplicadas à área de IA é relevante à medida que fenômenos sociais são considerados elementos prioritários em Saúde Pública. Serviços de Alimentação Coletiva são unidades gerenciais onde são desenvolvidas atividades técnico-administrativas para a produção de alimentos e refeições, até a sua distribuição para coletividades. Por apresentarem nutricionista responsável pela educação nutricional dos usuários (CFN, 2005), constituem ambientes ideais para trabalhar mensagens em saúde e alimentação, indo de encontro à proposta do *Marketing* Social (KOTLER e ZALTMAN, 1971). Planos de *marketing* devem considerar o crescente grau de dificuldade inerente as mudanças desejadas: mudanças cognitivas (cujo objetivo é simples a transmissão de informação); mudanças de ação frente a algum aspecto específico (além da informação, devem incluir um componente motivacional); mudanças de comportamento (mais desafiadoras, por exemplo, visam estimular hábitos alimentares); mudança de valor (procura alterar traços culturais mais arraigados, como crenças e valores quanto alguns objetos e situações de risco à saúde e ao bem-estar), sendo consideradas as mais difíceis, sendo que legislações constituem estratégias relevantes neste contexto (KOTLER e ZALTMAN, 1971). Basicamente as estratégias

utilizadas devem levar em conta o público-alvo e o cenário social envolvendo o consumo de alimentos (McGLOIN et al., 2009).

Apesar do respeitável domínio do paradigma Psicométrico, o enfoque cultural vem situando-se como tendência em pesquisas com consumidores na área de percepção de perigos e riscos envolvendo alimentos (HANSEN et al., 2003; ELLIS e TUCKER, 2009). A operacionalização das atitudes em IA, como construto relacionado ao comportamento do consumidor, por meio de representações sociais, produziu um instrumento confiável, com validade de conteúdo, passível de ser aplicado em quaisquer serviços de alimentação em áreas urbanas brasileiras que tenham nutricionistas na gestão. Desta forma, a contribuição científica do presente trabalho apresenta dois principais desdobramentos. O primeiro, concernente à ilustração teórico-metodológica que propicia o desenvolvimento de escalas frente outras questões de pesquisa com consumidores, como por exemplo, percepção de risco em assuntos específicos relacionados à tecnologia de alimentos, escolhas alimentares, hábitos de compra. O segundo, referente ao beneficiamento instrumental da área de pesquisa social em IA, incentivando seu emprego para avaliar padrões de atitudes sob a perspectiva de co-responsabilidade de consumidores em diferentes cenários.

7 MANUSCRITO 3 – FASE 3

ATITUDES DE CONSUMIDORES FRENTE O ALIMENTO SEGURO NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, BRASIL: UM ESTUDO EXPLORATÓRIO EM UNIDADES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

RESUMO

Introdução. Identificar percepções de risco e atitudes de consumidores em inocuidade de alimentos permite avanços em gestão e comunicação de riscos e direcionamento de políticas e programas para o foco no comportamento do consumidor, supondo necessidade de co-responsabilização diante da atual complexidade da cadeia produtiva de alimentos. **Objetivos.** Analisar atitudes de consumidores frente o Alimento Seguro. **Metodologia.** Pesquisa de caráter exploratório com usuários de duas Unidades de Alimentação e Nutrição no município de São Paulo com distintos perfis. Foi realizado inquérito com amostra representativa de cada local (grupos X n=230; Y n=275), utilizando um instrumento desenvolvido a partir de técnica de processamento de depoimentos, previamente validado e com boa consistência interna. Dados sócio-econômicos e demográficos também foram coletados para caracterizar os grupos. Foram executadas análises descritivas, comparação de médias de escores entre os grupos, e duas Análises de Componentes Principais (ACP) para extrair estruturas subjacentes e diferenciar os grupos. **Resultados.** A escala final com 25 itens obteve boa consistência interna (coeficiente alfa Cronbach $\alpha=0,65$). O grupo com menor nível educacional e poder de compra apresentou maior média de concordância com itens de sentido negativo perante o tema. Na primeira ACP foram extraídos 10 (grupo X) e 8 (grupo Y) fatores explicando uma variância de 61,4% e 54,1%, respectivamente. Foi observada uma melhor discriminação de atitudes entre os grupos a partir de uma segunda ACP. Ambos os grupos atribuíram valor ao nutricionista e identificaram papel preponderante dos órgãos governamentais e menor grau de responsabilidade do consumidor no cenário de inocuidade de alimentos. A preocupação com doenças transmitidas por alimentos pareceu ser um bom fator discriminante entre os grupos. O envolvimento do consumidor na CPA se estabelece com padrão de atitudes diferenciado segundo características sócio-econômicas. **Discussão e Conclusão.** Utilização de parâmetros estéticos e sensoriais para avaliar segurança de alimentos, maior preocupação com alimentos cárneos e maior nível de percepção de risco com insumos agrícolas corroboram com a literatura internacional. O reconhecimento do consumidor como ator essencial da cadeia produtiva de alimentos é o primeiro passo para garantir alimentos seguros “do campo até a mesa”. Os achados permitem o direcionamento de estratégias em *marketing* social para o aperfeiçoamento de ações educativas e de comunicação de risco, contribuindo para o direcionamento de políticas públicas para o foco no consumidor.

Descritores: *survey*, alimento seguro, percepção de risco, atitudes de consumidores

INTRODUÇÃO

Diante do desafio de garantir alimentos seguros do “campo até a mesa”, o consumidor é considerado peça chave e ator fundamental (WHO, 2000; RASPOR, 2008). Identificar percepções sobre perigos e riscos, assim como atitudes acerca de Inocuidade de Alimentos (IA) permite avanços em gestão e comunicação de riscos, delineamento de políticas públicas sob a perspectiva da co-responsabilização e direcionamento de programas para o foco no comportamento do consumidor, no âmbito do direito humano à alimentação adequada (WHO, 2000; VALENTE, 2002; BRUHN, 2005; McGLOIN et al., 2009).

A despeito do respeitável emprego da Psicometria como abordagem pioneira e dominante de pesquisas de percepção de perigos e riscos (SLOVIC, 1987; SPARKS e SHEPHERD, 1994; FIFE-SCHAW e ROWE, 1996), novas tendências teóricas e metodológicas têm sido observadas atualmente na área de Alimentos (ELLIS e TUCKER, 2009). Um exemplo é a complementação entre métodos qualitativos e quantitativos para a construção de quadros conceituais e instrumentos de pesquisa para inferir comportamentos em IA (FIFE-SCHAW e ROWE, 1996; KIRK et al., 2002; HANSEN et al., 2003; DE JONGE et al., 2004; FISCHER et al., 2005; DE JONGE et al., 2007; DE JONGE et al., 2008a; DE JONGE et al., 2008b).

Apropriando-se da prerrogativa da abordagem psicométrica de que há discrepância de percepção de risco entre *experts* e o público leigo (FAO/WHO, 2003, HANSEN et al., 2003; BRUHN, 2005; BEHRENS et al., 2010; ELLIS e TUCKER, 2009; FISCHER e FREWER, 2009), pesquisas com consumidores guiadas sob o enfoque cultural (MARRIS et al., 1998) vêm contribuindo bastante com quadros teóricos úteis para explorar o *conhecimento cotidiano* (CALDER e TYBOUT, 1987).

Percepção é o processo pelo qual a natureza e o significado dos estímulos sensoriais são reconhecidos e interpretados pelo indivíduo (HAWKINS et al, 2007). A percepção de perigos e riscos envolvendo alimentos revela os julgamentos individuais sobre o risco de saúde relacionado ao consumo de alimentos (SLOVIC, 1970; ELLIS e TUCKER,

2009). *Atitudes* são organizações duradouras de processos motivacionais, emocionais, perceptivos e cognitivos em relação a algum aspecto do ambiente. Mostra-se como uma predisposição adquirida para reagir de modo constantemente favorável ou desfavorável em relação a determinado objeto (HAWKINS et al, 2007). Numa perspectiva sociológica, percepções de risco e atitudes (assim como cognições, crenças, valores) constituem o *conhecimento cotidiano* (CALDER e TYBOUT, 1987), construtos multidimensionais passíveis de serem articulados como *representações sociais*, que são os códigos sociais partilhados por indivíduos de um mesmo espaço social (JODELET, 1989) (figura 2). Isto nos permite admitir que, estas categorias de pensamento socialmente compartilhadas ultrapassam meras abstrações e funcionam como orientadoras de práticas e comportamentos sociais (LEFEVRE e LEFEVRE, 2006).

Fatores sociais, culturais e econômicos podem influenciar o envolvimento e o comportamento do consumidor frente o tema Alimento Seguro (ELLIS e TUCKER, 2009). O gênero (NAYGA, 1996; LIN, 1996; DOSMAN et al., 2001), a idade (DOSMAN et al., 2001; WILLIAMS e HAMMITT, 2001; KIRK et al., 2002; DE JONGE et al., 2004; MILES et al., 2004; AAKKULA et al., 2005; KNIGHT et al., 2005), o nível de educação (NAYGA, 1996; DOSMAN et al., 2001; RIMAL et al., 2001; WILLIAMS e HAMMITT, 2001; KNIGHT et al., 2005; AAKKULA et al., 2005; TUCKER et al., 2006), as peculiaridades sócio-demográficas (JUSSAUME e JUDSON, 1992; LIN, 1995; GROBE et al., 1999; DOSMAN et al., 2001; KNIGHT e WARLAND, 2005; BEHRENS et al., 2010) e culturais (SMITH e RIETHMULLER, 2000; MOON e BALASUBRAMANIAN, 2004; PETERS et al., 2007; VAN KLEEF et al., 2007) são variáveis associadas à percepções e atitudes em IA.

A despeito do notável aumento de demanda pela alimentação fora do lar (IBGE, 2003; JABS e DEVINE, 2006; SNEED e STROHBEHN, 2008), as pesquisas com consumidores neste escopo ainda são predominantemente focadas nas práticas de higiene no ambiente doméstico (MEDEIROS et AL, 2001; CLAYTON e GRIFFITH, 2003; REDMOND e GRIFFITH, 2003;

MEDEIROS et al., 2004; REDMOND e GRIFFITH, 2004; FISCHER et al., 2005; TUCKER et al., 2006; JEVŠNIK et al., 2008; ELLIS e TUCKER, 2009) em oposição ao contexto das atitudes em serviços de alimentação (HENSON et al., 2006; WORSFOLD, 2006; KNIGHT et al., 2007). Evidências sugerem desconexão do consumidor brasileiro à CPA no cenário de restaurantes de auto-serviço (ZANDONADI et al., 2007), haja vista a grande proporção de comportamentos de risco observados no refeitório.

Unidades de Alimentação e Nutrição (UANs) são unidades gerenciais onde são desenvolvidas atividades técnico-administrativas necessárias para a produção de alimentos e refeições, até a sua distribuição para coletividades (CFN, 2005). Além de constituírem um segmento com notável contribuição no cenário econômico brasileiro (IBGE, 2003; ABERC, 2008), estes serviços contam com nutricionistas que exercem atividades atribuídas pelo órgão regulador da profissão, quais sejam: gestão de qualidade e educação nutricional do comensal (CFN, 2005). Portanto, supõem-se cenários componentes da etapa final da cadeia produtiva de alimentos seguros, que constituem também ambientes ideais para trabalhar mensagens relacionadas à saúde e alimentação (KOTLER e ZALTMAN, 1971).

O objetivo deste trabalho foi analisar, sob uma perspectiva exploratória, as percepções de perigos e riscos e atitudes de dois diferentes grupos sociais de consumidores brasileiros, no município de São Paulo, frente a IA em UANs.

METODOLOGIA

Critérios de inclusão e amostragem

Para fins comparativos, os grupos de interesse foram formados por consumidores de duas UANs em São Paulo com diferentes perfis de gestão e de usuários (melhor apresentados no capítulo 4.2). Apresentar ferramentas de gestão de qualidade e segurança dos alimentos constituiu o principal

critério de elegibilidade do estudo. O grupo X corresponde a um restaurante empresarial com distinto padrão de cardápio e de serviço, que atende exclusivamente os colaboradores de uma empresa na área de Comunicação. Segundo informações do nutricionista, os usuários deste serviço foram contemplados com ações educativas (individuais e grupais) em Saúde e Alimentação nos últimos cinco anos, fato que permite assumir que apresentam algum conhecimento sobre o tema, além de se tratar de um público com maior poder aquisitivo e nível educacional. O grupo Y é um restaurante popular fomentado por um programa em Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) – *Food Security* – direcionado para populações de baixa renda no estado de São Paulo. Nos últimos cinco anos não foram realizadas intervenções educativas em Saúde e Alimentação, de acordo com o relatado pelos nutricionistas. Supondo-se ser este um grupo preponderantemente com menor poder aquisitivo e nível educacional, e teoricamente com menor conhecimento em Saúde e Alimentação.

Foi calculada amostragem representativa de indivíduos de cada um dos locais de interesse. Para o cálculo do tamanho amostral foi adotada equação com base na estimativa de proporções, proposta por COCHRAN (1977), considerando as DTAs como o desfecho, portanto o problema de pesquisa fundamental. A ocorrência de DTAs no município de São Paulo no ano de 2007 foi 32% em relação ao estado de São Paulo (CVE, 2007), informação que vai ao encontro da estimativa anual de 30% de ocorrência de DTA em áreas industrializadas (WHO, 2007). Desta forma, considerou-se 0,3 a proporção de ocorrência de DTA na população de interesse e 0,7 a probabilidade da não ocorrência. Adotando-se um grau de confiança de 0,05 (valor crítico correspondente, 1,96) e permitindo um erro máximo de 0,05, foram obtidos os valores de amostra: $n = 230$ (grupo X, $N = 800$); $n = 274$ (grupo Y, $N = 1800$).

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética da FSP/USP (protocolo nº1808) e os voluntários assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido.

Inquérito

Um inquérito foi realizado entre os meses de outubro e novembro de 2009, com amostra aleatória de 230 consumidores do grupo X e 275 consumidores do grupo Y. Foram conduzidas entrevistas individuais, por entrevistadores treinados, com os participantes no momento da saída do restaurante. O instrumento utilizado foi previamente testado, e alcançado validade de construção e confiabilidade (conforme apresentado nos capítulos 5 e 6).

Além dos dados relativos às percepções de risco e atitudes, foram coletados dados sócio-econômicos e demográficos dos respondentes: idade; sexo; ocupação; estado civil; nível de escolaridade; estimativa de poder de compra, segundo o Critério de Classificação Econômica Brasil (ABEP, 2008); presença de idosos ou crianças no domicílio (dados indicativos de maior preocupação com segurança de alimentos segundo DOSMAN et al., 2001; KNIGHT e WARLAND, 2005).

Desenvolvimento do instrumento

O instrumento quantitativo foi previamente desenvolvido por meio da técnica qualitativa Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) (LEFÉVRE e LEFÉVRE, 2006) (cujo procedimento metodológico foi exibido no capítulo 6), apoiada no referencial teórico *Teoria das Representações Sociais* (DURKHEIM, 1982; JODELET, 1989) (apresentada no capítulo 1.5).

A técnica DSC proporciona identificação de significados atribuídos por atores a eventos sociais (códigos sociais) por meio do processamento dos depoimentos individuais (material empírico) e produz um discurso-síntese final que promove o resgate da diversidade qualitativa. A partir desta técnica, as *representações sociais* foram reconhecidas em expressões-chaves de depoimentos, interpretadas em categorias de ideias centrais e exibidas sob a forma de frases, expressando percepções e atitudes perante o tema (itens da escala múltipla).

Essencialmente, os itens compuseram três principais eixos:

(1) *cognitivo*: relativo ao conceito de alimento seguro e ao conhecimento sobre DTAs;

(2) *perceptivo*: relacionado às percepções de perigos e riscos envolvendo alimentos específicos e grupos de alimentos, e aos parâmetros e critérios de escolhas de alimentos e de restaurantes;

(3) *motivacional*: correspondente ao relato de ações sob a perspectiva de co-responsabilidade e participação na CPA, englobando principalmente questões relacionadas ao papel dos múltiplos atores envolvidos no âmbito comportamental.

Uma escala métrica tipo Likert 5 níveis foi adotada para avaliar a direção e o grau de concordância/discordância com cada item, proporcionando assim as variáveis de interesse do estudo. Foram atribuídos valores numéricos a cada um dos níveis da escala Likert, igualmente para os itens positivos e negativos: (1) Discordo muito; (2) Discordo; (3) Não discordo, nem concordo; (4) Concordo; (5) Concordo muito.

Após o pré-teste do instrumento (n=66, sendo grupo X = 30 e grupo Y = 36), em setembro de 2009, e as análises de validade de construção e confiabilidade (descritos no capítulo 6), foram gerados 25 itens balanceados entre positivos e negativos (tabela 5). Neste trabalho, optou-se por utilizar o instrumento integralmente, ou seja, sem levar em conta apenas os itens que demonstraram bom índice de discriminação (coeficiente de correlação de Pearson entre cada item e o escore total > 0,2, conforme PARMENTER e WARDLE, 2000) no estudo piloto devido à relevância conceitual de cada variável para o construto fundamental. A grandeza da amostra obtida nesta avaliação (n=505) proporcionou boa inter-correlação dos 25 itens (valor de $p=0,00$) e confiabilidade (coeficiente Alfa-Cronbach= 0,65) da escala final (PARMENTER e WARDLE, 2000).

Tabela 5. Confiabilidade ^a da escala final de atitudes de consumidores de UANs frente o Alimento Seguro. Município de São Paulo, 2009.

Itens	Escores de concordância ^b			Índice de discriminação ^c	p
	Média	Mediana	dp		
Positivos					
A. Os alimentos, de uma forma geral, podem transmitir doenças.	3,67	4,00	1,18	0,16	0,00
G. Os defensivos agrícolas (pesticidas, fertilizantes, etc) tornam os alimentos menos seguros.	3,45	4,00	1,14	0,34	0,00
J. Todas as pessoas têm algum risco de adquirir doenças transmitidas por alimentos.	3,97	4,00	1,01	0,21	0,00
K. Alimento orgânico oferece mais garantia de que seja seguro.	3,59	4,00	1,06	0,34	0,00
L. Ao chegar num restaurante, sempre observo a higiene do local e dos funcionários.	4,42	5,00	0,77	0,30	0,00
N. Manipulador de alimentos uniformizado, com toucas e luvas não indica necessariamente alimento seguro.	3,57	4,00	1,13	0,15	0,00
Q. Eu identifico os alimentos que são seguros na hora de me servir.	3,19	3,00	1,06	0,35	0,00
R. Eu prefiro comer num restaurante que tenha nutricionista.	3,90	4,00	0,94	0,31	0,00
S. Eu observo e comunico ao nutricionista qualquer problema envolvendo alimentos no restaurante.	3,90	4,00	0,91	0,37	0,00
U. O restaurante é o responsável pela segurança dos alimentos que eu consumo.	4,27	4,00	0,85	0,29	0,00
W. Os consumidores também têm responsabilidade pela segurança dos alimentos que consomem.	3,83	4,00	1,02	0,31	0,00
X. Se eu visitar a cozinha do restaurante, poderei checar se os alimentos ali preparados são seguros para o consumo.	3,86	4,00	0,96	0,42	0,00
Negativos					
B. Doenças transmitidas por alimentos não causam morte.	2,27	2,00	1,18	0,23	0,00
C. Alimento seguro é livre de bactérias.	3,35	4,00	1,20	0,36	0,00
D. O alimento seguro tem mais nutrientes.	3,60	4,00	1,13	0,43	0,00
E. A carne de porco tem grande risco de transmitir doenças.	3,77	4,00	1,10	0,40	0,00
F. Os vegetais (frutas e hortaliças) não apresentam perigos à saúde, ou seja, são mais seguros.	2,87	2,00	1,18	0,40	0,00
H. Ovos, carnes e laticínios (produtos de origem animal) apresentam maior perigo à saúde, ou seja, são alimentos menos seguros.	3,11	4,00	1,06	0,36	0,00
I. Os agrotóxicos são os maiores perigos existentes em frutas, legumes e verduras.	3,75	4,00	1,04	0,46	0,00
M. Não importa para a segurança dos alimentos produzidos que o restaurante tenha nutricionista.	2,33	2,00	1,26	0,28	0,00
O. Não é papel do consumidor se preocupar com a segurança dos alimentos no restaurante.	2,18	2,00	1,27	0,35	0,00
P. Salão de refeição bonito e limpo é sinal de alimento seguro.	2,64	2,00	1,23	0,40	0,00
T. A boa apresentação de um prato, assim como bom aroma e bom sabor indicam que a comida é segura para o consumo.	3,00	4,00	1,18	0,42	0,00
V. O controle pela vigilância sanitária garante a segurança dos alimentos que consumo no restaurante.	3,91	4,00	1,00	0,39	0,00
Y. Como não é possível garantir 100% de segurança do alimento 'do campo até a mesa', eu não penso nisso quando consumo um alimento.	2,81	2,00	1,15	0,21	0,00

^a Coeficiente α de Cronbach= 0,65 (escala-25 itens)

^b Atribuição igual de valores para os itens positivos e negativos: (1) Discordo muito; (2) Discordo; (3) Não discordo, nem concordo; (4) Concordo; (5) Concordo muito.

^c Coeficiente de Correlação de Pearson (n=505)

Análise dos dados

Para descrever os grupos e o padrão de resposta entre eles foram adotadas análises descritivas (proporção, medidas de tendência central e dispersão). Comparação de médias de escores de concordância com os itens da escala (Intervalo de confiança de 95%; e Teste t para amostras independentes, considerando $p < 0,05$). Foi utilizado Teste Qui-quadrado de Pearson para verificar diferenças de perfil entre os grupos.

Para explorar dimensões de percepções e atitudes foi realizada a Análise Fatorial (tipo R), técnica de interdependência que permitiu o agrupamento das 25 variáveis originais (itens) para condensação da informação em variáveis estatísticas (fatores) e identificação de estruturas subjacentes, com minimização máxima da perda de informação. Foi

empregado o método de extração Análise de Componentes Principais (ACP), rotacionado pelo método *Varimax*, para cada um dos grupos. Supondo-se que os primeiros fatores (componentes principais – CP) representam as variáveis mais homogêneas de toda amostra e que as variáveis originais com maior poder de discriminação dos grupos são mais bem representadas pelos últimos fatores (muitas vezes aqueles não selecionados por critérios de raiz latente ou percentual de variância), HAIR et al. (2005) sugerem a extração de fatores adicionais para verificar a habilidade de discriminação dos grupos. Para tanto, foi empregada uma segunda ACP utilizando apenas as variáveis originais que não demonstraram boa correlação com os três primeiros fatores gerados previamente, ou seja, relativas a baixo poder de explicação da maior parte da variância total dos dados.

Foi utilizado o *software* estatístico SPSS versão 16.0 para *Windows* para realização de todas as análises.

RESULTADOS

Perfil dos participantes

A amostra de consumidores demonstrou diferenças sócio-econômicas e demográficas significativas ($p < 0,05$) entre os grupos X e Y (tabela 6). Embora ambos tenham sido semelhantes quanto às variáveis presença de idosos e de crianças no domicílio. O grupo X apresentou maior escolaridade (52,2% indivíduos com, no mínimo, nível superior) e maior proporção de pessoas nas faixas A e B de classe econômica (81,0%). O grupo Y foi formado preponderantemente por consumidores com menor escolaridade (12,0% com ensino fundamental e 45,8% com nível médio) e menor poder de compra (58,5% nas classes E, D e C). Sucederam-se quatro *missing data* referente à data de nascimento no grupo Y (1) e relativo à variável ocupação no grupo X (3).

Tabela 6. Perfil sócio-econômico e demográfico da amostra de consumidores das UANs estudadas. Município de São Paulo, 2009.

Variáveis	UAN X (n=230)		UAN Y (n=275)		Total (n=505)		p
	n	%	n	%	n	%	
Idade média (dp)	30,98 (10,34) ^a		38,30 (14,64) ^a		34,98 (13,36) ^a		0,00 ^b
Sexo							0,00 ^c
Feminino	145	63,0	87	31,6	232	45,9	
Masculino	85	37,0	188	68,4	273	54,1	
Estado civil							0,05 ^c
Solteiro	135	58,7	143	52,0	278	55,0	
Casado	80	34,8	94	34,2	174	34,5	
União estável	4	1,7	11	4,0	15	3,0	
Separado /divorciado	3	4,8	22	8,0	33	6,5	
Viúvo	0	0,0	5	1,8	5	1,0	
Escolaridade							0,00 ^c
Ensino Fundamental incompleto	1	0,4	31	11,3	32	6,3	
Ensino Fundamental	0	0,0	33	12,0	33	6,5	
Ensino Médio incompleto	10	4,3	12	4,4	22	4,4	
Ensino Médio	54	23,5	126	45,8	180	35,6	
Ensino Superior incompleto	45	19,6	50	18,2	95	18,8	
Graduação	107	46,5	20	7,3	127	25,1	
Pós-graduação	13	5,7	3	1,1	16	3,2	
Presença de crianças (<11 anos) no domicílio	37	16,1	104	37,8	93	18,4	0,68 ^c
Presença de idosos (>60 anos) no domicílio	82	37,5	56	20,4	186	36,8	0,26 ^c
Poder de Compra (critério Brasil - ABEP, 2008)							0,00 ^c
Classe E	0	0,0	7	2,5	7	1,4	
Classe D	3	1,3	16	5,8	19	3,8	
Classe C2	9	3,9	42	15,3	51	10,1	
Classe C1	32	13,9	96	34,9	128	25,3	
Classe B2	59	25,7	66	24,0	125	24,8	
Classe B1	80	34,8	34	12,4	114	22,6	
Classe A2	42	18,3	13	4,7	55	10,9	
Classe A1	5	2,2	1	0,4	6	1,2	

^a Valores apresentados em média (desvio-padrão)

^b Teste T para amostras independentes

^c Teste pelo Qui-quadrado de Pearson

Dimensões de percepções a atitudes frente o Alimento Seguro

A partir dos dados (tabela 7), pode-se considerar que os escores de concordância/discordância dos respondentes atendem suposições estatísticas de normalidade e multicolinearidade, ambos desejáveis à execução da Análise Fatorial (HAIR et al., 2005). O público com menor nível de escolaridade e informação (grupo Y) apresentou maior média de concordância com itens de sentido negativo de atitudes perante o tema. Entre o público de maior poder aquisitivo (grupo X) foi observado maior ceticismo quanto ao item H, relativo ao maior perigo alimentar envolvendo de produtos de origem animal.

Tabela 7. Proporção de respostas na métrica Likert, médias e desvio-padrão de escores da escala de atitudes e comparação entre os grupos de consumidores das UANs estudadas. Município de São Paulo, 2009.

Itens	UAN X (n=230)					UAN Y (n=275)					Diferença entre médias	Intervalo de confiança (95%)	p*				
	Escala Likert-5			Escore		Escala Likert-5			Escore								
	Discordo muito (%)	Discordo (%)	Não discordo, nem concordo (%)	Concordo (%)	Concordo muito (%)	Média	dp	Discordo muito (%)	Discordo (%)	Não discordo, nem concordo (%)				Concordo (%)	Concordo muito (%)	Média	dp
Positivos																	
A. Os alimentos, de uma forma geral, podem transmitir doenças.	3,91	14,35	13,48	44,35	23,91	3,70	1,10	10,18	10,18	9,45	44,73	25,45	3,65	1,25	0,049	(-0,159; 0,257)	0,64
G. Os defensivos agrícolas (pesticidas, fertilizantes, etc) tornam os alimentos menos seguros.	3,04	23,04	20,43	38,26	15,22	3,40	1,09	6,91	16,73	16,73	39,64	20,00	3,49	1,19	-0,095	(-0,296; 0,105)	0,35
J. Todas as pessoas têm algum risco de adquirir doenças transmitidas por alimentos.	0,87	6,52	10,43	46,52	35,65	4,10	0,89	4,73	10,18	7,27	48,73	29,09	3,87	1,09	0,223	(0,050; 0,396)	0,01
K. Alimento orgânico oferece mais garantia de que seja seguro.	2,61	12,17	25,22	40,00	20,00	3,63	1,02	5,09	13,09	21,09	42,18	18,55	3,56	1,09	0,660	(-0,120; 0,252)	0,49
L. Ao chegar num restaurante, sempre observo a higiene do local e dos funcionários.	0,87	1,30	3,91	33,91	60,00	4,51	0,72	1,45	3,27	1,82	45,82	47,64	4,35	0,80	0,160	(0,026; 0,293)	0,02
N. Manipulador de alimentos uniformizado, com toucas e luvas não indica necessariamente alimento seguro.	3,48	9,57	14,35	55,65	16,96	3,73	0,97	9,82	17,09	9,09	46,91	17,09	3,44	1,24	0,287	(0,094; 0,480)	0,00
Q. Eu identifico os alimentos que são seguros na hora de me servir.	6,52	22,61	30,87	35,22	4,78	3,09	1,01	4,72	23,64	22,55	37,82	11,27	3,27	1,09	-0,181	(-0,365; 0,003)	0,05
R. Eu prefiro comer num restaurante que tenha nutricionista.	1,30	7,83	23,91	46,09	20,87	3,77	0,91	1,82	6,91	12,73	45,09	33,45	4,01	0,95	-0,241	(-0,404; -0,077)	0,00
S. Eu observo e comunico ao nutricionista qualquer problema envolvendo alimentos no restaurante.	2,61	5,22	16,96	52,61	22,61	3,87	0,91	2,55	5,09	14,55	52,36	25,45	3,93	0,91	-0,057	(-0,217; 0,103)	0,48
U. O restaurante é o responsável pela segurança dos alimentos que eu consumo.	2,17	2,17	4,78	43,48	47,39	4,32	0,84	1,09	5,45	4,36	48,00	41,09	4,23	0,85	0,092	(-0,057; 0,240)	0,22
W. Os consumidores também têm responsabilidade pela segurança dos alimentos que consomem.	1,30	10,00	17,83	50,87	20,00	3,78	0,92	5,45	8,73	8,73	47,64	29,45	3,87	1,10	-0,086	(-0,266; 0,093)	0,35
X. Se eu visitar a cozinha do restaurante, poderei checar se os alimentos ali preparados são seguros para o consumo.	0,87	10,43	23,91	46,96	17,83	3,70	0,91	3,27	6,55	8,36	51,27	30,55	3,99	0,97	-0,288	(-0,453; -0,123)	0,00
Negativos																	
B. Doenças transmitidas por alimentos não causam morte.	30,87	46,09	13,04	6,52	3,48	2,06	1,01	26,91	35,64	11,27	17,82	8,36	2,45	1,29	-0,039	(-0,595; -0,194)	0,00
C. Alimento seguro é livre de bactérias.	3,91	30,00	15,65	38,26	12,17	3,25	1,13	8,36	20,00	11,64	39,27	20,73	3,44	1,25	-0,192	(-0,402; 0,018)	0,00
D. O alimento seguro tem mais nutrientes.	5,65	23,48	22,17	31,74	16,96	3,31	1,17	3,64	10,55	9,82	49,82	26,18	3,84	1,04	-0,535	(-0,728; -0,341)	0,00
E. A carne de porco tem grande risco de transmitir doenças.	2,61	12,61	20,00	40,00	24,78	3,72	1,05	4,73	12,36	9,82	42,91	30,18	3,81	1,14	-0,097	(-0,290; 0,096)	0,32
F. Os vegetais (frutas e hortaliças) não apresentam perigos à saúde, ou seja, são mais seguros.	16,09	40,00	18,70	19,57	5,65	2,59	1,14	9,09	26,55	17,45	38,55	8,36	3,11	1,16	-0,518	(-0,720; -0,317)	0,00
H. Ovos, carnes e laticínios (produtos de origem animal) apresentam maior perigo à saúde, ou seja, são alimentos menos seguros.	6,52	26,52	32,17	28,26	6,52	3,02	1,04	5,09	26,18	22,55	37,45	8,73	3,19	1,08	-0,168	(-0,353; 0,017)	0,08
I. Os agrotóxicos são os maiores perigos existentes em frutas, legumes e verduras.	1,74	14,78	19,13	43,48	20,87	3,67	1,02	3,27	11,64	10,55	49,09	25,45	3,82	1,04	-0,149	(-0,330; 0,033)	0,11
M. Não importa para a segurança dos alimentos produzidos que o restaurante tenha nutricionista.	33,91	37,39	12,17	13,04	3,48	2,15	1,13	28,00	34,18	10,55	16,36	10,91	2,48	1,34	-0,332	(-0,548; -0,116)	0,00
O. Não é papel do consumidor se preocupar com a segurança dos alimentos no restaurante.	42,17	39,57	5,65	6,96	5,65	1,94	1,13	30,18	38,55	6,91	12,36	12,00	2,37	1,35	-0,431	(-0,647; -0,215)	0,00
P. Salão de refeição bonito e limpo é sinal de alimento seguro.	19,57	45,65	19,57	10,43	4,78	2,35	1,06	14,18	34,91	13,82	22,91	14,18	2,88	1,31	-0,528	(-0,735; -0,321)	0,00
T. A boa apresentação de um prato, assim como bom aroma e bom sabor indicam que a comida é segura para o consumo.	9,13	33,04	26,96	23,48	7,39	2,87	1,10	10,55	26,55	15,64	35,64	11,64	3,11	1,23	-0,243	(-0,447; -0,040)	0,02
V. O controle pela vigilância sanitária garante a segurança dos alimentos que consumo no restaurante.	0,87	10,87	17,83	46,96	23,48	3,81	0,95	2,18	9,82	10,91	40,73	36,36	3,99	1,03	-0,180	(-0,354; -0,005)	0,04
Y. Como não é possível garantir 100% de segurança do alimento 'do campo até a mesa', eu não penso nisso quando consumo um alimento.	10,43	27,83	33,04	23,91	4,78	2,85	1,05	16,73	29,82	19,27	26,91	7,27	2,78	1,22	0,066	(-0,133; 0,265)	0,51

* Teste T para comparação de médias para amostras independente. Não assumida igualdade de variâncias (teste de Levene, p<0,05).

A primeira análise (ACP 1), conforme mostra a tabela 7, resultou na extração de um arranjo de 10 variáveis estatísticas (CP) para o grupo X e 8 para o grupo Y, correspondendo a uma variância explicada de 61,4% e 54,1%, respectivamente. Vale notar que valores de 60% de variância explicada em dados de pesquisas sociais é adequado, enquanto que pesquisas amparadas pelas Ciências Naturais podem chegar a alcançar valores próximos a 95% (HAIR et al., 2005). Foi optada por uma solução de três fatores, equivalendo a uma explicação da variância dos dados originais de 27,9% (grupo X) e 29,0% (grupo Y). Segundo o peso das cargas fatoriais das variáveis originais, os seguintes fatores foram denominados para o grupo X: “Aspectos estéticos e sensoriais” (ACP1/CP1); “Maior preocupação com insumos agrícolas e com higiene no restaurante” (ACP1/CP2); “Importância do nutricionista no restaurante para segurança dos alimentos” (ACP1/CP3). Da mesma forma, os fatores do grupo Y foram: “Importância do nutricionista para segurança de alimentos no restaurante e co-participação do consumidor” (ACP1/CP1); “Percepção de perigos envolvendo alimentos” (ACP1/CP2); “Aspectos estéticos e sensoriais” (ACP1/CP3). Percebe-se que houve semelhança no padrão das estruturas latentes de percepções e atitudes de ambos os grupos, especialmente no que tange à associação de atributos estéticos e sensoriais com inocuidade, à preocupação com perigos alimentares e ao valor da presença do nutricionista na gestão do restaurante.

A segunda ACP proporcionou melhor diferenciação dos grupos de interesse a partir da identificação de fatores adicionais que refletiram dimensões de atitudes ocultas no restante de variáveis originais. No grupo X, os fatores CP1, CP2 e CP3 foram nomeados, respectivamente: “Percepção de risco sobre doenças transmitidas por alimentos” (13,6% de explicação da variância); “Órgãos governamentais garantem segurança dos alimentos, não é papel do consumidor” (12,6%); “Co-responsabilidade do consumidor em segurança dos alimentos e preocupação com insumos agrícolas” (8,8%). E, no grupo Y: “Pouco envolvimento com segurança de alimentos” (14,4% de explicação da variância); “Participação do consumidor e dos órgãos

governamentais em segurança de alimentos” (13,5%); “Percepção de risco sobre doenças transmitidas por alimentos” (9,8%). Assim, observou-se que ambos os grupos identificam um papel preponderante dos órgãos governamentais no cenário de IA, e menor grau de responsabilidade atribuído ao consumidor. A preocupação com DTAs pareceu ser um bom fator discriminante, uma vez que o grupo com maior escolaridade e poder aquisitivo (grupo X) demonstrou-se mais receoso sobre a questão (CP1 *versus* CP3 no grupo Y). O menor grau de escolaridade e de poder aquisitivo do grupo Y pode ser considerado um possível determinante da atitude de menor envolvimento com o tema (C1).

Tabela 8. Cargas fatoriais das variáveis originais e contribuição em cada componente principal (CP) de atitudes de consumidores frente o Alimento Seguro em UANs. Município de São Paulo, 2009.

Variáveis originais (itens)	UAN X						UAN Y					
	ACP 1 (10 CP; 61,4%*)			ACP 2 ^a (6 CP; 56,9%*)			ACP 1 (8 CP; 54,1%*)			ACP 2 ^b (5 CP; 53,7%*)		
	CP1 (12,3%*)	CP2 (9,2%*)	CP3 (6,4%*)	CP1 (13,6%*)	CP2 (12,6%*)	CP3 (8,8%*)	CP1 (12,4%*)	CP2 (9,3%*)	CP3 (7,3%*)	CP1 (14,4%*)	CP2 (13,5%*)	CP3 (9,8%*)
A. Os alimentos, de uma forma geral, podem transmitir doenças.	-0,08	-0,27	-0,06	0,66	-0,10	-0,07	0,01	0,13	-0,04	-0,08	-0,22	0,68
B. Doenças transmitidas por alimentos não causam morte.	-0,20	0,23	0,42	–	–	–	-0,01	0,08	-0,05	-0,02	0,01	-0,09
C. Alimento seguro é livre de bactérias.	0,06	-0,11	0,04	0,05	-0,01	-0,01	-0,13	0,08	0,14	-0,12	0,39	0,07
D. O alimento seguro tem mais nutrientes.	0,09	0,23	0,02	-0,04	0,25	0,16	-0,05	0,27	0,23	-0,05	0,08	0,07
E. A carne de porco tem grande risco de transmitir doenças.	0,09	0,27	0,19	0,63	0,34	0,07	0,16	0,20	-0,07	0,32	0,54	0,39
F. Os vegetais (frutas e hortaliças) não apresentam perigos à saúde, ou seja, são mais seguros.	0,17	0,13	0,20	-0,31	0,46	0,30	-0,02	0,44	-0,05	0,24	0,11	-0,39
G. Os defensivos agrícolas (pesticidas, fertilizantes, etc) tornam os alimentos menos seguros.	-0,07	0,06	-0,11	0,69	-0,01	0,65	-0,06	0,65	-0,14	–	–	–
H. Ovos, carnes e laticínios (produtos de origem animal) apresentam maior perigo à saúde, ou seja, são alimentos menos seguros.	-0,16	0,23	0,57	–	–	–	0,07	0,45	0,04	–	–	–
I. Os agrotóxicos são os maiores perigos existentes em frutas, legumes e verduras.	0,08	0,49	0,11	–	–	–	0,13	0,63	0,13	–	–	–
J. Todas as pessoas têm algum risco de adquirir doenças transmitidas por alimentos.	0,01	0,23	-0,10	0,61	-0,02	0,21	0,08	0,23	-0,09	-0,17	0,18	0,73
K. Alimento orgânico oferece mais garantia de que seja seguro.	0,06	0,68	0,12	–	–	–	0,12	0,62	0,04	–	–	–
L. Ao chegar num restaurante, sempre observo a higiene do local e dos funcionários.	-0,02	0,69	-0,19	–	–	–	0,65	0,19	0,07	–	–	–
M. Não importa para a segurança dos alimentos produzidos que o restaurante tenha nutricionista.	0,16	-0,11	0,67	–	–	–	-0,04	-0,01	0,15	0,72	0,02	-0,12
N. Manipulador de alimentos uniformizado, com toucas e luvas não indica necessariamente alimento seguro.	-0,01	0,17	-0,05	0,49	-0,10	-0,20	0,00	-0,13	-0,19	0,28	-0,26	0,36
O. Não é papel do consumidor se preocupar com a segurança dos alimentos no restaurante.	0,16	-0,02	0,01	-0,10	0,74	-0,06	0,06	0,00	0,15	0,68	-0,14	-0,13
P. Salão de refeição bonito e limpo é sinal de alimento seguro.	0,72	-0,04	0,07	–	–	–	0,06	-0,06	0,74	–	–	–
Q. Eu identifico os alimentos que são seguros na hora de me servir.	0,62	-0,02	-0,18	–	–	–	0,22	-0,07	0,69	–	–	–
R. Eu prefiro comer num restaurante que tenha nutricionista.	0,13	0,32	-0,52	–	–	–	0,65	-0,03	-0,03	–	–	–
S. Eu observo e comunico ao nutricionista qualquer problema envolvendo alimentos no restaurante.	0,08	0,31	-0,22	-0,06	0,22	0,40	0,63	0,23	0,11	–	–	–
T. A boa apresentação de um prato, assim como bom aroma e bom sabor indicam que a comida é segura para o consumo.	0,70	0,15	0,28	–	–	–	-0,05	0,16	0,70	–	–	–
U. O restaurante é o responsável pela segurança dos alimentos que eu consumo.	0,07	0,12	0,02	0,23	0,08	0,09	0,35	0,14	-0,16	0,05	0,41	0,11
V. O controle pela vigilância sanitária garante a segurança dos alimentos que consumo no restaurante.	0,33	0,22	-0,19	0,19	0,59	-0,08	0,48	-0,03	-0,05	0,04	0,63	-0,08
W. Os consumidores também têm responsabilidade pela segurança dos alimentos que consomem.	0,23	-0,09	-0,03	0,17	-0,05	0,70	0,57	-0,04	0,09	–	–	–
X. Se eu visitar a cozinha do restaurante, poderei checar se os alimentos ali preparados são seguros para o consumo.	0,38	0,05	0,12	-0,04	0,41	0,39	0,31	0,05	0,16	-0,07	0,69	-0,07
Y. Como não é possível garantir 100% de segurança do alimento 'do campo até a mesa', eu não penso nisso quando consumo um alimento.	-0,14	-0,06	0,23	-0,08	0,17	0,14	-0,21	0,10	0,10	0,68	0,08	-0,03

* Porcentagem de variância explicada pelos CPs

^a ACP realizada com 15 variáveis: A, C, D, E, F, G, J, N, O, S, U, V, W, X, Y.

^b ACP realizada com 14 variáveis: A, B, C, D, E, F, J, M, N, O, U, V, X, Y.

Em **negrito** as cargas fatoriais com maior contribuição ($\geq 0,5$)

DISCUSSÃO

Características sócio-econômicas e demográficas constituem fatores intimamente associados às percepções e atitudes de consumidores frente o tema Alimento Seguro (DOSMAN et al., 2001; HANSEN et al., 2003; DE JONGE et al., 2008b; ELLIS e TUCKER, 2009). Apesar do delineamento do presente trabalho não permitir estabelecer correlação negativa entre variáveis como renda familiar e nível de escolaridade com o grau de percepção de risco, observou-se que o menor poder aquisitivo e o menor grau de informação apresentaram-se relacionados com maior demonstração de atitudes negativas e menor envolvimento dos consumidores de UANs com IA. Outros estudos encontraram menor poder aquisitivo familiar esteve associado com maior nível de percepção de risco (NAYGA, 1996; DOSMAN et al., 2001; MILES et al., 2004).

Esta relação estreita reforça a importância de ações de educação em saúde que estimulem o diálogo entre o conhecimento leigo e o técnico-científico e exercitem a conscientização da população sobre a importância da qualidade e segurança dos alimentos, especialmente entre grupos menos favorecidos economicamente (REID et al., 1998; MEDEIROS et al., 2001; HANSEN et al., 2003; BRUHN, 2005). Fontes de informação consideradas confiáveis pelo consumidor são as de natureza institucional ou social (KORNELIS et al., 2007), com destaque para os profissionais da saúde e os órgãos de proteção e defesa do consumidor (FREWER et al., 1996; LANG e HALLMAN, 2005).

Atributos como a limpeza e organização do refeitório e aspectos sensoriais dos alimentos servidos no restaurante serem considerados pelo consumidor indicativos de segurança e condicionantes da escolha do restaurante corrobora dados da literatura da área (HENSON et al., 2006; WORSFOLD, 2006). Apesar do fator “Aspectos estéticos e sensoriais” ter emergido em ambos os grupos, inclusive com a participação das mesmas variáveis originais (itens P, Q e T), o fato de ter surgido como explicativo de maior variância total (12,3%) no grupo X sinalizou de que se trata de uma dimensão bastante valorizada pelo público com maior poder de compra e

grau de educação. Uma possível explicação para tal fenômeno seria o julgamento, por este segmento social, de que a segurança higiênico-sanitária dos alimentos já estaria supostamente garantida pela figura do nutricionista respaldada pela idoneidade da empresa, portanto, os aspectos estéticos do ambiente e sensorial da preparação servida funcionariam como sinalizadores de qualidade. Assumindo que o preço da refeição atua como fator limitante do acesso ao alimento e da escolha por um local pressupostamente fornecedor de alimentos mais seguros, pode-se considerar que o consumidor de menor renda, beneficiado pelo programa governamental de SAN, poderia estar preocupado primariamente com questões econômicas e relativas à higiene do restaurante, e menos às questões de aparência.

A presença do nutricionista como fator determinante de segurança na produção de refeições em restaurantes surgiu como ideia latente fortemente expressa em ambos os segmentos estudados, embora tenha sido mais intensamente no grupo Y (CP1). Este grupo, com piores condições sócio-econômicas, demonstrou-se ainda co-responsável nesta circunstância de ação, ou seja, na observação de problemas envolvendo alimentos e comunicação de riscos a este profissional. A interação entre este profissional e os consumidores, num cenário final da CPA, poderia ser considerada proveitosa no sentido de converter informações complexas em mensagens acuradas ao público-alvo e incentivar de práticas alimentares condizentes com a realidade sócio-cultural e econômica no âmbito da Promoção da Saúde e da SAN (CFN, 2005; COTENTO, 2007). A garantia da *alimentação adequada* – termo que embute o conceito de *inocuidade* – é regida sob a égide do direito humano, sendo, portanto, dever do Estado e responsabilidade da sociedade civil. Nesta perspectiva, entende-se que a realização de ações educativas neste campo incentivaria a autonomia do consumidor, propiciaria o apoderamento social, e estimularia a cidadania alimentar (VALENTE, 2002).

A percepção de perigos e riscos alimentares, especialmente de natureza química, relacionada aos resíduos de insumos agrícolas em frutas

e hortaliças corrobora estudos nacionais (BEHRENS et al., 2010) e internacionais (MILES et al., 1999; BREWER e PRESTAT, 2002). O termo “alimento orgânico” tem forte representação social de segurança e qualidade entre ambos os grupos estudados. A má compreensão do conceito identificada previamente entre consumidores brasileiros (SOARES et al., 2008) assinala a necessidade de mais esforços em comunicação de riscos sobre os possíveis benefícios e riscos à saúde envolvendo este modo de produção agroalimentar.

Partindo dos fatores da segunda ACP, nota-se certa semelhança do padrão das estruturas latentes de atitudes dos consumidores, embora pontos de contraste relevantes concernentes ao papel dos agentes da CPA permitiram uma diferenciação mais efetiva dos grupos. O consumidor com menor poder aquisitivo e grau de escolaridade demonstrou-se menos confiante em relação à segurança da CPA, o que originou o fator denominado “Pouco envolvimento com segurança de alimentos” (itens M, O e Y, componentes do CP1, 14,4% de variância explicada). A confiança nos agentes da CPA é um determinante da “credibilidade geral” sobre a aquisição e consumo de alimentos seguros provenientes dos sistemas de IA (DE JONGE et al., 2004), portanto menor grau de credibilidade pode atuar como fator negativo para o envolvimento do consumidor e co-participação na cadeia (WHO, 2000; DE JONGE et al., 2004; EDEN et al., 2008; GURUDASANI e SHETH, 2009).

Ainda em relação aos atores da CPA, a percepção da responsabilidade dos órgãos governamentais emerge no segundo fator de ambos os grupos. Enquanto o consumidor de menor poder aquisitivo e nível de escolaridade se reconhece como aliado no sentido de “fiscalizar” a cozinha do local (fator denominado “Participação do consumidor e dos órgãos governamentais em segurança de alimentos”, com carga fatorial 0,69 do item X), o consumidor de maior renda julga a segurança dos alimentos como não sendo seu papel (fator “Órgãos governamentais garantem segurança dos alimentos, não é papel do consumidor”, com carga fatorial 0,74 do item O). Aproximando estes achados com os provenientes de

estudos internacionais (REDMOND e GRIFFITH, 2004), relaciona-se a manifestação da ação de visitar a cozinha, pelos consumidores do município de São Paulo, com um fenômeno comum entre consumidores canadenses (HENSON et al., 2006) e europeus (WORSFOLD, 2006), o fato de se considerarem no direito de receber informações sobre resultados de processos de regulamentação e fiscalização de restaurantes, a despeito de não demonstrarem visão clara sobre o funcionamento destes procedimentos.

Quanto à contribuição das cargas das variáveis originais nos fatores designados “Percepção de risco sobre doenças transmitidas por alimentos” (CP1 no grupo X e CP3 no grupo Y), verifica-se distintas conformações. O grupo com maior escolaridade e poder aquisitivo (X) apresentou, além dos itens A (Os alimentos, de uma forma geral, podem transmitir doenças) e J (Todas as pessoas têm algum risco de adquirir doenças transmitidas por alimentos) comuns ao grupo Y, particularmente a questão da preocupação com a carne de porco (carga fatorial item E= 0,63). O maior nível de percepção de risco atribuído aos alimentos de origem animal, e mais fortemente à carne suína, já são conhecidos na literatura (BREWER e PRESTAT, 2002; FONSECA e SALAY, 2007; BEHRENS et al., 2010), especialmente entre grupos de menor poder aquisitivo (SMITH e RIETHMULLER, 2000). Uma possível explicação para este fenômeno de menor confiança nos produtos cárneos seriam as frequentes notícias negativas da mídia relacionadas a problemas envolvendo este grupo específico de alimentos, como por exemplo, o “mal da vaca louca” (Encefalopatia Espongiforme Bovina) (MORRIS, 1999; BIRCHARD, 2001; BREWER e PRESTAT, 2002; BRUHN, 2005). Uma suposição válida é a de que a natureza qualitativa das variáveis (a partir de discursos dos grupos) tenha proporcionado o despontamento deste item na escala, uma vez que o surto e disseminação mundial da gripe causada pelo vírus influenza A H1N1 (popularmente conhecida por “gripe suína”, embora não tenha relação direta com o consumo de alimentos, nem mesmo de os origem suína) foi deflagrado na época das entrevistas para a construção do instrumento (Folha Online 2009). Estratégias de *marketing* social poderiam desmistificar

a menor inocuidade percebida pela população em relação aos produtos cárneos (SMITH e RIETHMULLER, 2000; FONSECA e SALAY, 2007; TONSOR et al., 2009).

Sugere-se, neste trabalho, o agrupamento dos itens que demonstraram menor capacidade de diferenciação dos grupos de consumidores, segundo os critérios de elegibilidade de fatores adotados (grupo X – itens C, D, S, U, X, Y; grupo Y – itens B, C, D, F, N, U), para o desenho de escalas secundárias com a finalidade de explorar as múltiplas facetas dos padrões de atitudes destes diferentes grupos sociais frente o alimento seguro em UANs, e não somente focar nos fatores responsáveis pelo maior percentual de explicação da variabilidade dos dados. Questões como a dimensão nutricional, a ausência total de bactérias no alimento e a maior responsabilidade do restaurante no âmbito do alimento seguro encontraram-se presentes em ambas sub-escalas, o que pode sugerir que são itens com menor poder de explicação do tema. Isto sinaliza que os consumidores, de certa forma, compreendem o conceito técnico-científico do alimento seguro, entendendo que a dimensão nutricional não está envolvida e que níveis aceitáveis de contaminantes de origem biológica, química ou física podem estar presentes, desde que não causem danos à saúde (FAO/WHO, 2003). A escala secundária do grupo X está mais apoiada nas questões relativas ao envolvimento do consumidor com a segurança de alimentos no restaurante, e a do grupo Y com a relação entre os perigos alimentares e a gravidade das DTAs.

CONCLUSÃO

Em contraposição aos estudos amparados pela Psicometria, o presente inquérito não teve por objetivo a previsibilidade e a quantificação de riscos alimentares, e sim a exploração de atitudes em IA a partir de um enfoque cultural. Desta maneira, a abordagem sociológica contribuiu para qualificar dimensões deste construto a partir de usuários de UANs, enquanto seres sociais pertencentes a um cenário final da CPA, que, de alguma

forma, influenciam suas práticas e comportamentos alimentares (LEFEVRE e LEFEVRE, 2003; BRUHN, 2005; COTENTO, 2007; ELLIS e TUCKER, 2009).

Nesta direção, o reconhecimento do consumidor como ator essencial da cadeia num contexto de urbanização e globalização, é um primeiro passo para a participação em programas de prevenção de DTA, pois as mensagens trabalhadas em Saúde Pública não são passíveis de atingir consumidores não auto-identificados como parte do sistema de IA (WHO, 2000; JEVSNIK et al., 2008). O arcabouço de atitudes em IA identificadas neste trabalho permite trabalhar com mensagens específicas à população, uma vez que são mais efetivas do que as generalizadas, conforme sinalizado por MILES e FREWER (2001). Todavia, deve-se considerar que o envolvimento e conexão do consumidor com a CPA é um processo longo, que demanda *nutritional literacy* (COTENTO, 2007). Para tanto, os nutricionistas, com atribuição de educação nutricional e alimentar (CFN, 2005), precisam incentivar o desenvolvimento habilidades críticas de pensamento entre os consumidores, por exemplo, *os produtos orgânicos são realmente mais seguros? Quais práticas alimentares no refeitório são seguras?* Além de habilidades de assertividade, de auto-cuidado, aumento do senso de competência e controle sobre as próprias escolhas alimentares (COTENTO, 2007).

Importante ressaltar que os resultados não permitem generalização dos achados para outras populações, uma vez que provieram de *representações sociais* de consumidores brasileiros residentes de área urbana e industrializada, mais especificamente de locais com diferenciada gestão de segurança e qualidade de alimentos no município de São Paulo. Todavia, propicia o direcionamento de ações de *Marketing* social relativas à Comunicação de Riscos (CR), dentro de estratégias de ações, programas e políticas públicas articuladas pelo princípio do direito humano à alimentação adequada e do papel social do consumidor como grande envolvido neste processo. Conclui-se que são necessários mais estudos, tanto sob o enfoque Psicométrico quanto o Cultural, para aprofundar o conhecimento

sobre os fatores relacionados aos comportamentos de consumidores em IA no contexto de alimentação fora do lar.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O propósito de explorar a interação entre aspectos sócio-econômico-demográficos e construtos sociais relativos à suposta conexão de consumidores à CPA permitiu elucidar o campo de pesquisas com consumidores fora do lar no município de São Paulo. Acreditou-se que a condição de complementaridade de abordagens qualitativas e quantitativas possibilitou ampliação do escopo científico e maior possibilidade de inferências. Dentre as principais contribuições do presente estudo, está a ilustração teórico-metodológica de desenvolvimento de um instrumento de *survey* para avaliar atitudes em serviços de alimentação, até o momento inédito na literatura e com boa confiabilidade e validade de construção. A escala multi-dimensional desenvolvida e utilizada para avaliar uma amostra de consumidores de UANs permitiu o levantamento de hipóteses passíveis de serem trabalhadas em estudos futuros, por meio de adequados recortes científico-metodológicos. Dentre os principais pontos sugeridos para investigação futura, tanto sob o enfoque Psicométrico quanto Cultural, estão: a percepção de risco relativa a temas específicos e grupos de alimentos isoladamente, principalmente os alimentos orgânicos, uso de insumos agrícolas e alimentos de origem animal; e a relação entre confiança nos múltiplos atores sociais envolvidos na cadeia e as atitudes e comportamentos do consumidor final em IA.

A despeito do consumidor não reconhecer sua co-participação direta e evidente no processo de IA é capaz de identificar vários agentes no contexto da CPA, em especial os papéis do nutricionista e dos órgãos governamentais responsáveis por alimentos. Isto pode sugerir que estes constituem elementos de grande representação social quando o assunto é atuação efetiva no sistema de inocuidade, o que de alguma forma pode levantar a hipótese de que se tratam de atores aos quais o consumidor atribui maior confiança na cadeia. Esta conjectura abre espaço para reforçar

o papel destes interlocutores no diálogo entre o conhecimento popular e técnico-científico de maneira a incitar a autonomia do consumidor e promover a cidadania alimentar. Diante disso, nota-se a relevância da atuação do nutricionista em locais produtores e comerciantes de alimentos ou refeições, especialmente por não constituir a atual realidade brasileira, mesmo em grandes centros urbanos como no município de São Paulo.

Em *Marketing*, esta é considerada uma pesquisa preliminar no sentido de poder auxiliar a identificar a natureza do problema e as soluções plausíveis a serem consideradas no processo de tomada de decisão. Desta forma, os padrões de atitudes sinalizados pelos grupos de interesse proporcionaram uma ferramenta de gestão importante em serviços de alimentação institucional. Em Saúde Pública, os achados provenientes desta pesquisa permitiram apreciar o tipo de envolvimento de um grupo social com a temática IA, o grau de conhecimento sobre o *alimento seguro* e de relação com a CPA, fornecendo base para o aperfeiçoamento de ações educativas e o direcionamento de políticas públicas para o foco no consumidor. Logo, conhecer condicionantes do comportamento do consumidor neste escopo fornece subsídios iniciais para a desafiadora reconstrução dos sistemas de IA de forma mais global e compreensiva “do campo até a mesa”, conforme proposto por RASPOR (2008). Somente o consumidor bem informado de riscos e benefícios envolvendo alimentos, e confiante dos sistemas de IA demonstrará atitudes positivas como agente final da CPA.

9 REFERÊNCIAS

1. Aakkula J, Peltola J, Maijala R, Siikama" ki J. Consumer attitudes, underlying perceptions and actions associated with food quality and safety. *Journal of Food Products Marketing*. 2005;11(3):67–87.
2. ABEP – Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil. Dados com base no Levantamento Sócio Econômico 2006 e 2007 - IBOPE. [documento na internet]. Brasil:2008. [acesso em 10 março 2009]. Disponível em: <http://www.abep.org/default.aspx?usaritem=arquivos&iditem=23>
3. ABERC– Associação Brasileira de Empresas de Refeições Coletivas. [dados na internet]. Brasil:2007. [acesso em 10 janeiro 2009]. Disponível em: <http://www.aberc.com.br/mercadoreal.asp?IDMenu=21>
4. Akutsu RC, Botelho RA, Camargo EB, Sávio KEO, Araújo WC. Adequação das boas práticas de fabricação em serviços de alimentação. *Rev Nutr*. 2005; 18(3):419-27.
5. Bánáti D. Fear of food in Europe? Fear of foods in Europe through Hungarian experience. *Trends in Food Science & Technology*. 2008; 19:441-4.
6. Bauer RA. Consumer behavior as risk taking. In: R.S.Hancock (Ed). *Dynamic marketing for a changing world* (p.389-98). Chicago: American Marketing Association. 1960.
7. Behrens JH, Barcellos MN, Frewer LJ, Nunes TP, Landgraf M. Brazilian consumer views on food irradiation. *Innovative Food Science and Emerging Technologies*. 2009; 10(3):383-89.
8. Behrens JH, Barcellos MN, Frewer LJ, Nunes TP, Franco BDGM, Franco MT, Destro MT, Landgraf M. Consumer purchase habits and views on food safety: a Brazilian study. *Food Control*.2010; 21(7):963-69.
9. Berg L. Trust in food in the age of mad cow disease: a comparative study of consumers' evaluation of food safety in Belgium, Britain and Norway. *Appetite*.2004;42:21–32.
10. Birchard K. Europe tackles consumers fears over food safety. *The Lancet*. 2001; 357:1274.
11. Brewer MS, Prestat CJ. Consumer attitudes toward food safety issues. *J Food Safety*. 2002; 22:67-83.
12. Brewer MS, Rojas M. Consumer attitudes toward issues in food safety. *J Food Safety*.2008;28:1–22.
13. Bruhn CM. Explaining the concept of health risk versus hazards to consumers. *Food Control*. 2005;16:487-90.

14. Bruhn CM, Schutz HG. Consumer food safety knowledge and practices. *J Food Safety*. 1999; 19:73-87.
15. Buzby JC, Fox JA, Ready RC, Crutchfield SR. Measuring consumer benefits of food safety risk reductions. *Journal of Agricultural and Applied Economics* 1998;30:69–82.
16. Byrne D, Golightly C, Capaldi EJ. Construction and validation of the food attitude scale. *Journal of Consulting Psychology*. 1963; 27(3):215-22.
17. Calder BK, Tybout AM. What consumer research is... *Journal of Consumer Research*. 1987;14:136-40.
18. Cardello AV, Howard GS, Leshner LL. Consumer perceptions of foods processed by innovative and emerging technologies: A conjoint analytic study. *Innovative Food Science and Emerging Technologies*. 2007;8:73–83.
19. Casnequi AM. Pesquisas qualitativas em nutrição e alimentação. *Rev Nutr*. 2009;22(1):125-39.
20. CFN – Conselho Federal de Nutricionistas. Resolução nº380, de 30 de dezembro de 2005. Dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições, estabelece parâmetros numéricos de referência, por área de atuação e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 10 jan 2006. Seção I.
21. Chen MF. Consumer Trust in Food Safety—A Multidisciplinary Approach and Empirical Evidence from Taiwan. *Risk Analysis*. 2008;28(6):1553-69.
22. Clayton DA, Griffith CG. An investigation of the factors underlying consumers' implementation of specific food safety practices. *British Food Journal*. 2003;105(7):434-53.
23. Cochran WG. *Sampling Techniques*. 3ª ed. New York: John Wiley 7 Sons.1977.
24. Cotento IR. *Nutrition Education – linking research, theory, and practice*. Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers. 2007.
25. Coveney J. Food and trust in Australia: building a picture. *Public Health Nutrition*.2007;11(3): 237–245.
26. Cowan C. Irish and European consumer views on food safety. *J Food Safety*. 1998; 18:275-95.
27. CVE – Centro de Vigilância Epidemiológica. Tabelas de surtos de doenças transmitidas por alimentos notificados ao CVE. São Paulo: CVE; 2007. [acesso em 18 nov 2008]. Disponível em: http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/hidrica/hidri_estat.html

28. De Jonge J, Frewer L, Van Trijp H. Monitoring consumer confidence in food safety: an exploratory study. *British Food Journal*. 2004;106(10/11):837-49.
29. De Jonge J, Van Trijp JCM, Van Der Lans IA, Renes RJ, Frewer LJ. How trust in institutions and organizations builds general consumer confidence in the safety of food: a decomposition of effects. *Appetite*. 2008a; 51:311-317.
30. De Jonge J, Van Trijp JCM, Van Der Lans IA, Renes RJ, Frewer LJ. How trust in institutions and organizations builds general consumer confidence in the safety of food: a decomposition of effects. *Appetite*. 2008b; 51:311-317.
31. De Jonge J, Van Trijp H, Goddard E, Frewer L. Consumer confidence in the safety of food in Canada and the Netherlands: the validation of a generic framework. *Food Quality and Preference*. 2008c;19(5):439-51.
32. Dosman DM, Adamowicz WL, Hrudehy SE. Socioeconomic determinants of health- and food safety-related risk perceptions. *Risk Analysis* 2001;21:307–18.
33. Douglas M, Wildavsky AB. Risk and culture: an essay on the selection of technical and environmental dangers. University of California Press, Berkeley, CA; 1982.
34. Durkheim E. The rules of sociological method. New York: The Free Press. 1982.
35. EC – European Commission. White Paper on Food Safety. [documento na internet: 12 janeiro de 2000]. Brussels; 2000. [acesso em 10 nov 2008]. Disponível em: http://europa.eu.int/comm/dgs/health_consumer/library/pub/pub06_en.pdf
36. Eden S, Bear C, Walker G. The sceptical consumer? Exploring views about food assurance. *Food Policy*. 2008;33:624–30.
37. Ellis JD, Tucker M. Factors influencing consumer perception of food hazards. *CAB Reviews*. 2009;4(6):1-8.
38. FAO – Food and Agriculture Organization of the United Union. The importance of food quality and safety for developing countries. Twenty-fifth session. Rome, Italy. 1999.
39. FAO – Food and Agriculture Organization of the United Union. Food, Nutrition and Agriculture. Food and Nutrition Division. Rome, Italy. 2000.
40. FAO /WHO Food Standards – Food and Agriculture Organization of the United Union. World Health Organization. Codex Alimentarius Commission. Recommended international code of practice general principles of food hygiene. Rome, Italy. 2003. CAC/RCP 1-1969, Rev. 4-2003.

41. Fein SB, Lin C-TJ, Levy AS. Foodborne illness: perceptions, experience, and preventive behaviors in the United States. *Journal of Food Protection* 1995;58:1405–11.
42. Fife-Schaw C, Rowe G. Public perceptions of everyday food hazards: a psychometric study. *Risk Analysis* 1996;16:487–500.
43. Fife-Schaw C, Rowe G. Extending the application of the psychometric approach for assessing public perceptions of food risk: some methodological considerations. *Journal of Risk Research*. 2000;3:167–79.
44. Finucane ML, Holup JL. Psychosocial and cultural factors affecting the perceived risk of genetically modified food: an overview of the literature. *Social Science and Medicine* 2005;60:1603–12.
45. Fischer ARH, De Jong AEL, De Jonge R, Frewer LJ, Nauta M. Improving Food Safety in the domestic environment: the need for a transdisciplinary approach. *Risk Analysis*. 2005;25(3):503-17.
46. Fischer ARH, Frewer LJ. Consumer familiarity with foods and the perception of risks and benefits. *Food Quality and Preference*. 2009;20:576-85.
47. Fischhoff B, Slovic P, Lichtenstein S. How safe is safe enough? A psychometric study of attitudes towards technological risks and benefits. *Policy Sci.*1978;(9):127–52.
48. Folha Online. Justiça determina intervenção em cooperativa acusada de adulterar leite. [Jornal Folha de São Paulo na internet: 23 outubro 2007]. [acesso em 08 janeiro 2010]. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/folha/cotidiano/ult95u339106.shtml>
49. Folha Online. OMS declara que gripe suína atingiu nível de pandemia. [Jornal Folha de São Paulo na internet:11 de junho de 2009]. [acesso em 10 fevereiro 2010]. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/folha/mundo/ult94u579901.shtml>
50. Fonseca MCP, Salay E. Beef, chicken and pork consumption and consumer safety and nutritional concerns in the city of Campinas, Brazil. *Food Control*. 2007;19(11):1051-58.
51. Frewer LJ, Howard JC, Hedderley D, Shepherd R. What determines trust in information about food-related risks? Underlying psychological constructs. *Risk Analysis*. 1996;16(4):473-86.
52. Frewer LJ, Howard C, Hedderley D, Shepherd R. Methodological approaches to assessing risk perceptions associated with food-related hazards. *Risk Analysis* 1998;18:95–102.
53. Gorris LGM. Food safety objective: an integral part of food chain management. *Food Control*. 2005;16:801-09.

54. Grobe D, Douthitt R, Zepeda L. A model of consumers' risk perceptions toward recombinant bovine growth hormone (rbGH): the impact of risk characteristics. *Risk Analysis* 1999;19:661–73.
55. Groth E. Communicating with consumers about food safety and risk issues. *Food Technology* 1991;45(5):248–53.
56. Gurudasani R, Sheth M. Food safety knowledge and attitude of consumers of various food service establishments. *Journal of Food Safety*.2009;29:364–80.
57. Guerrero L, Guárdia MD, Xicola J, Verbeke W, Vanhonacker F, Zakowska-Biemans S, et al. Consumer-driven definition of traditional food products and innovation in traditional foods. A qualitative cross-cultural study. *Appetite*. 2009;52:345–54.
58. Hair JF, Anderson RE, Tatham RL, Black WC. *Análise multivariada de dados*. 5ªed (trad). Porto Alegre:Bookman, 2005.
59. Hansen J, Holm L, Frewer L, Robinson P, Sandoe P. Beyond the knowledge deficit: recent research into lay and expert attitudes to food risks. *Appetite*. 2003;41:111-21.
60. Hawkins DI, Mothersbaugh DL, Best RJ. *Comportamento do Consumidor. Construindo a estratégia de marketing*. 10ªEd. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.
61. Henson S, Majowicz S, Masakure O, Sockett P, Jones A, Hart R et al. Consumer assessment of the safety of restaurants: the role of inspection notices and other information cues. *Journal of Food Safety*. 2006; 26:275-301.
62. Holbrook MB. What is consumer research? *Journal of Consumer Research*. 1987;14:128-32.
63. Houghton JR, Kleef EV, Rowe G, Frewer LJ. Consumer perceptions of the effectiveness of food risk management practices: A cross-cultural study. *Health, Risk & Society*. 2006; 8(2):165-83.
64. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa de Orçamentos Familiares – POF* [material na Internet]. Brasil: IBGE; 2003. [acesso em 19 jan 2008]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/19052004pof2002html.shtm>.
65. Jabs J, Devine CM. Time scarcity and food choices: an overview. *Appetite*. 2006;47:196-204.
66. Jevsnik M, Hlebec V, Raspor P. Consumer' awareness of food safety from shopping to eating. *Food Control*; 2008. 19:737-45.
67. Jodelet D. *Représentations Sociales: um domaine em expansion*. In: Jodelet D. (org). *Les Représentations Sociales*, Paris:PUF, 1989.

68. Jussaume RA, Judson DH. Public perceptions about food safety in the United States and Japan. *Rural Sociology* .1992;57:235–49.
69. Kirk SFL, Greenwood D, Cade JE, Pearman AD. Public perception of a range of potential food risks in the United Kingdom. *Appetite* 2002;38:189–97.
70. Knight A, Warland R. The relationship between sociodemographics and concern about food safety issues. *Journal of Consumer Affairs* 2004;38:107–20.
71. Knight A, Warland R. Determinants of food safety risks: a multi-disciplinary approach. *Rural Sociology* 2005;70:253–75.
72. Kornelis M, de Jonge J, Frewer L, Dagevos H. Consumer selection of food-safety information sources. *Risk Analysis*. 2007;27:327–35.
73. Kotler P, Zaltman G. Social marketing: an approach to planned social change. *Journal of Marketing*. 1971;35(5):3-12.
74. Kuttschreuter M. Psychological determinants of reactions to food risk messages. *Risk Analysis* 2006;26:1045–57.
75. Lang JT, Hallman WK. Who Does the Public Trust? The Case of Genetically Modified Food in the United States. *Risk Analysis*.2005;25(5):1241-52.
76. Lefèvre F, Lefèvre AMC. O sujeito coletivo que fala. *Interface Comunic, Saúde, Educ.* 2006;10(20):517-24.
77. Lin C-TJ. Demographic and socioeconomic influences on the importance of food safety in food shopping. *Agricultural and Resource Economics Review* 1995;24:190–8.
78. Lobb AE, Mazzocchi M, Traill WB. Modelling risk perception and trust in food safety information within the theory of planned behavior. *Food Quality and Preference* 2007;18:384–95.
79. Luck DJ, Wales HG, Taylor SM. Preliminary and Exploratory Research. *In: Luck DJ, Wales HG, Taylor SM. Marketing Research*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1970. 3^{ed}. 645.
80. Lusk JL, Coble KH. Risk perception, risk preference, and acceptance of risky food. *Amer J Agr Econ*. 2005;87(2):393-405.
81. Mattar FN. *Pesquisa de Marketing: metodologia, planejamento*. São Paulo:Atlas, 1996. v.1.
82. Marfarlane R. Integrating the consumer interest in food safety: the role of science and other factors. *Food Policy*. 2002; 27:65–80.
83. Marris C, Langford IH, O’Riordanz T. A Quantitative Test of the Cultural Theory of Risk Perceptions: Comparison with the Psychometric Paradigm. *Risk Analysis*.1998.18(5):635-47.

84. McGloin A, Delaney L, Hudson E, Wall P. Session 5: Nutrition communication – The challenge of effective food risk communication. Symposium on ‘The challenge of translating nutrition research into public health nutrition’. Proceedings of the Nutrition Society. 2009;68:135-41.
85. Medeiros LC, Hillers VN. Evaluation of food safety education for consumers. *Journal of Nutrition Education*. 2001;33(S-1):27-34.
86. Medeiros LC, Hillers VN, Chen G, Bergmann V, Kendal P, Schoeder M. Design and development of food safety knowledge and attitude scales for consumer food safety education. *J Am Diet Assoc*. 2004; 104:1671-77.
87. Miles S, Braxton DS, Frewer LJ. Public perceptions about microbiological hazards in foods. *British Food Journal*. 1999;101:744–62.
88. Miles S, Frewer LJ. Investigating specific concerns about different food hazards. *Food Quality and Preference*. 2001;12:47–61.
89. Miles S, Scaife V. Optimistic bias. *Nutrition Research Reviews*. 2003;16:13-19.
90. Miles S, Brennan M, Kuznesof S, Ness M, Ritson C. Public worry about specific food safety issues. *British Food Journal* 2004;106:9–22.
91. Moon W, Balasubramanian SK. Public attitudes toward agrobiotechnology: the mediating role of risk perceptions on the impact of trust, awareness, and outrage. *Review of Agricultural Economics* 2004;26:186–208.
92. Morris K. A danger at my table? *The Lancet*. 1999;354(30):1565.
93. MS – Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Informações de Saúde. Epidemiológicas e morbidade. [dados epidemiológicos e de morbidade na internet]. Brasil: DATASUS; 2007. [acesso em 10 out 2008]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/miuf.def>
94. Nayga RM. Sociodemographic influences in consumer concern for food safety: the case of irradiation, antibiotics, hormones, and pesticides. *Review of Agricultural Economics* 1996;18:467–75.
95. OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde. HACCP: Instrumento essencial para inocuidade de alimentos. Buenos Aires:OPAS, INPPAZ; 2001.
96. Parmenter K, Wardle J. Evaluation and design of nutrition knowledge measures. *J Nutr Educ*. 2000;32:269-77.
97. PAS – Programa Alimentos Seguros [material na internet]. Brasil: SENAI/SEBRAE/SESC/SENAC; 2003. [acesso 03 março 2008]. Disponível em: <http://www.alimentos.senai.br/>

98. Peter JP. Reliability: A review of psychometric basics and recent marketing practices. *Journal of Marketing Research*. 1979;16:6-17.
99. Peters HP, Lang JT, Sawicka M, Hallman WK. Culture and technological innovation: impact of institutional trust and appreciation of nature on attitudes towards food biotechnology in the USA and Germany. *International Journal of Public Opinion Research* 2007;19:191–220.
100. Poortinga W, Pidgeon NF. Exploring the dimensionality of trust in risk regulation. *Risk Analysis*. 2003; 23:961-72.
101. Raspor P. Total food chain safety: how good practices can contribute? *Trends in food science & technology*. 2008;19:405-12.
102. Raspor P, Jevsnik M. Good nutritional practice: from producer to consumer. *Critical Reviews in Food Science and Nutrition*. 2008; 48:276–292.
103. Redmond EC, Griffith CJ. Consumer perceptions of food safety risks, control and responsibility. *Appetite*. 2004;43:309-13.
104. Reid A, Wood D, Kinney D. Food hygiene information: Power to people? *Nutrition & Food Science*. 1998; 3:138-44.
105. Rheinländer T, Olsen M, Bakang JA, Takyi H, Konradsen F, Samuelsen H. Keeping Up Appearances: Perceptions of Street Food Safety in Urban Kumasi, Ghana. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*. 2008;85(6):952-64.
106. Rimal A, Fletcher SM, McWatters KH, Misra SK, Deodhar S. Perception of food safety and changes in food consumption habits: a consumer analysis. *International Journal of Consumer Studies* 2001;25:43–52.
107. Ronteltap A, van Trijp JCM, Renes RJ, Frewer LJ. Consumer acceptance of technology-based food innovations: lessons for the future of nutrigenomics. *Appetite* 2007;49:1–17.
108. Rosati S, Saba A. The perception of risks associated with food-related hazards and the perceived reliability of sources of information. *International Journal of Food Science and Technology*. 2004;39(5):491–500.
109. Roseman M, Kurzynske J, Tietyen J. Consumer confidence regarding the safety of the US food supply. *International Journal of Hospitality and Tourism Administration* 2005;6: 71–90.
110. Sapp SG, Harrod WJ, Zhao L-J. Social construction of consumer risk assessments. *Journal of Consumer Studies and Home Economics* 1994;18:97–106.
111. Siegrist M. The influence of trust and perceptions of risk and benefits on the acceptance of gene technology. *Risk Analysis*. 2000;20:195–203.

112. Siegrist M, Keller C, Kiers HAL. Lay people's perception of food hazards: comparing aggregated data and individual data. *Appetite* 2006;47:324–32.
113. Slovic P. Perception of risk. *Science*. 1987;286:280-85.
114. Smith D, Riethmuller P. Consumer concerns about food safety in Australia and Japan. *International Journal of Social Economics*. 1999; 26(6):724-41.
115. Sneed J, Strohbehn CH. Trends Impacting Food Safety in Retail Foodservice: Implications for Dietetics Practice. *J Am Diet Assoc*. 2008; 108:1170-7.
116. Sparks P, Shepherd R. Public perceptions of food-related hazards: individual and social dimensions. *Food Quality and Preference*. 1994;5(3):185-94.
117. Tonsor GT, Schroeder TC, Pennings JME. Factors impacting food safety risk perceptions. *Journal of Agricultural Economics*. 2009;60(3):625-44.
118. Tucker M, Whaley SR, Sharp JS. Consumer perceptions of food-related risks. *Journal of Food Science and Technology* 2006;41:135–46.
119. Valente FLS [org]. *Direito Humano à Alimentação: desafios e conquistas*. São Paulo: Cortez. 2002.
120. Van Dijk H, Houghton J, Van Kleef E, Van der Lan I, Rowe G, Frewer L. Consumer responses to communication about food risk management. *Appetite*. 2008;50:340–52.
121. Van Kleef E, Houghton JR, Krystallis A, Pfenning U, Rowe G, Van Dijk H, Van der Lans IA, Frewer LJ. Consumer evaluations of food risk management quality in Europe. *Risk Analysis*. 2007;27(6):1565-79.
122. Van Kleef E, Ueland O, Theodoridis G, Rowe G, Pfenning U, Houghton J. Food risk management quality: Consumer evaluations of past and emerging food safety incidents. *Health, Risk & Society*. 2009;11(2):137–63.
123. Victora CG, Knauth DR, Hassen MNA. *Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema*. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000. 136p.
124. Wandel M. Consumer concern and behaviour regarding food and health in Norway. *Journal of Consumer Studies and Home Economics* 1994;18:203–15.
125. WHO – World Health Organization. *Food safety and Foodborne Illness*. [material na internet: Fact sheet N°237 Reviewed March 2007]. Geneva, Switzerland: WHO; 2007. [acesso em 20 jan 2008]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs237/en/>

126. WHO – World Health Organization. Foodborne disease: a focus for health education. Geneva, Switzerland: WHO; 2000.
127. WHO – World Health Organization. WHO Global strategy for food safety: safer for a better health [material na internet]. Geneva, Switzerland: WHO; 2002. [acesso 20 fev 2008]. Disponível em: http://www.who.int/foodsafety/publications/general/en/strategy_en.pdf
128. Williams PRD, Hammitt JK. Perceived risks of conventional and organic produce: pesticides, pathogens, and natural toxins. Risk Analysis 2001;21:319–30.
129. Worsfold D. Eating out: consumer perceptions of food safety. International Journal of Environmental Health Research 2006;16:219–29.
130. Zandonadi RP, Botelho RBA, Sávio KEO, Akutsu RC, Araujo WMC. Atitudes de risco do consumidor em restaurantes de auto-serviço. Rev Nutr. 2007; 20(1):19-26.

ANEXO 1

Protocolo do Comitê de Ética em Pesquisa



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – COEP/FSP

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

OF.COEP/166/09

São Paulo, 05 de junho de 2009.

Prezado(a) Pesquisador(a) e Orientador(a),

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - COEP/FSP, analisou em sua **4.ª/09 Sessão Ordinária** realizada em **29/05/2009**, de acordo com a Resolução N.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde - CNS e suas complementares o **adendo** ao protocolo de pesquisa n.º **1808**, intitulado **"ALIMENTO SEGURO SOB A PERSPECTIVA DE ADEQUAÇÃO DE BOAS PRÁTICAS EM UNIDADES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO, ATITUDES DO NUTRICIONISTA E PERCEPÇÃO DO CONSUMIDOR"**, área temática **GRUPO III**, sob responsabilidade do(a) pesquisador(a) **Gabriela Milhassi Vedovato** e orientação da Professora Deborah Helena Markowicz Bastos, considerando-o **APROVADO**.

Cabe lembrar que conforme Resolução CN /196/96, são deveres do (a) pesquisador (a): **1. Comunicar**, de imediato, qualquer alteração no projeto e aguardar manifestação deste CEP (Comitê de Ética em Pesquisa), para dar continuidade à pesquisa; **2. Manter sob sua guarda e em local seguro**, pelo prazo de 5 (cinco) anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP, no caso eventual auditoria; **3. Comunicar**, formalmente a este Comitê, quando do encerramento deste projeto; **4. Elaborar e apresentar relatórios parciais e final**; **5. Justificar**, perante o CEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Atenciosamente,

Claudio Leone
Professor Associado
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa - COEP

Itm.º Sr.º
Prof.ª Dr.ª Deborah Helena Markowicz Bastos
Departamento de Nutrição
Faculdade de Saúde Pública - USP

ANEXO 2

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
 Av. Dr. Arnaldo, 715 – São Paulo – SP - CGC 63.025.530/0017-71

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto: "Alimento seguro sob a perspectiva de consumidores em Unidades de Alimentação e Nutrição no município de São Paulo"

Pesquisador Responsável: Gabriela Milhassi Vedovato
Orientador: Profª Associada Dra. Deborah Helena Markowicz Bastos

Este projeto de pesquisa tem por objetivo avaliar a percepção e conhecimento do consumidor sobre a aquisição de alimentos seguros. O projeto não apresenta finalidade de regulamentação, inspeção ou fiscalização do serviço.

Para tanto, será necessário que o(a) senhor(a) responda algumas questões, com algumas delas gravadas em áudio, para que possam ser transcritas, organizadas e analisadas. Estas informações servirão para ampliar o conhecimento sobre a garantia do fornecimento e consumo de refeições de qualidade com bom padrão higiênico-sanitário.

Asseguramos que sua participação é livre, voluntária e não o(a) expõe a qualquer risco. O(A) senhor(a) poderá deixar de participar do estudo a qualquer momento, sem conseqüências adicionais. Comprometemo-nos a não divulgar por nenhum meio o seu nome, e manter em caráter confidencial todas as informações relacionadas à sua privacidade.

Disponho-nos a esclarecer quaisquer dúvidas que surgirem sobre a pesquisa:

Gabriela Milhassi Vedovato
 Telefones: (11) 3061-7855 (Ramal 244) – Depto de Nutrição da F SP/U SP
 E-mail: gavedovato@usp.br

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da USP
 Telefone: (11) 3061-7779
 Endereço: Av. Dr. Arnaldo, 715 – Cerqueira César, São Paulo - SP

São Paulo, ____ de _____ de 2009.

Eu, Gabriela Milhassi Vedovato, pesquisadora responsável, declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto para o participante.

Assinatura do Pesquisador: _____

✂

Eu, _____, declaro estar ciente do exposto e concordar em participar do projeto de pesquisa "Alimento seguro sob a perspectiva de consumidores em Unidades de Alimentação e Nutrição no município de São Paulo".

Assinatura do Participante: _____

Data: ____ / ____ / 2009.

ANEXO 3

Formulário de entrevistas semi-estruturado (Fase 1)



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

Av. Dr. Arnaldo, 715 – São Paulo – SP - CGC 63.025.530/0017-71

Entrevistador:	Data: / / 2009	Código do formulário:	
----------------	------------------------------	-----------------------	--

Discursos (Anunciar o CÓDIGO do formulário ao iniciar e finalizar a gravação)

- A. O que significa pra você um alimento ser “seguro”?
Repetir: ALIMENTO SEGURO
- B. O que você sabe sobre doenças transmitidas por alimentos?
Reforçar: PODE SER DE FORMA GENÉRICA, QUALQUER COISA QUE VOCÊ SOUBER FALAR.
- C. Pensando que existe toda uma preocupação com o controle de higiene e qualidade dos alimentos, desde a plantação e colheita no campo, depois a manufatura pela indústria, a venda no comércio, até que ele chega ao restaurante, onde é preparado com boas práticas pra garantir uma refeição segura na sua mesa. Aqui no restaurante, QUAL O SEU ENVOLVIMENTO COMO CONSUMIDOR (O SEU PAPEL) para contribuir na segurança dos alimentos que você consome?
Caso precise repetir: QUAL O SEU PAPEL COMO CONSUMIDOR NESTA CADEIA PRODUTIVA DE ALIMENTOS?

Dados sócio-demográficos					
Nome:	Sexo: <input type="checkbox"/> feminino <input type="checkbox"/> masculino				
Data de nascimento: / /	Ocupação:				
Estado civil: <input type="checkbox"/> solteiro <input type="checkbox"/> casado <input type="checkbox"/> união estável <input type="checkbox"/> separado / divorciado <input type="checkbox"/> viúvo					
Escolaridade:					
Você tem crianças ou idosos em casa? <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> crianças (até 11 anos) <input type="checkbox"/> idosos (>60 anos)					
Posse de itens*	Quantidade de itens				
	0	1	2	3	4 ou +
TV em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Vídeo cassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2
Grau de instrução do chefe de família*					
Analfabeto (até 3ª série do E. Fundamental)	0				
Até 4ª série do Ensino Fundamental	1				
Ensino Fundamental completo	2				
Ensino Médio completo	4				
Superior completo	8				

*Fonte: Critério Brasil 2008 (ABEP).

ANEXO 4

Formulário de entrevistas (Fase 2)



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

Av. Dr. Arnaldo, 715 – São Paulo – SP - CGC 63.025.530/0017-71

Entrevistador:	Data: / / 2009	Código do formulário:	
----------------	------------------------------	-----------------------	--

ESCALA DE ATITUDE DE CONSUMIDORES FRENTE À INOCUIDADE DE ALIMENTOS EM UAN

Por favor, utilizando a escala abaixo, responda o quanto você concorda ou discorda com cada uma das frases a seguir:

(1) Discordo muito	(2) Discordo	(3) Não discordo, nem concordo	(4) Concordo	(5) Concordo muito
--------------------	--------------	--------------------------------	--------------	--------------------

A. Os alimentos, de uma forma geral, podem transmitir doenças.	()
B. Doenças transmitidas por alimentos não causam morte.	()
C. Alimento seguro é livre de bactérias.	()
D. O alimento seguro tem mais nutrientes.	()
E. A carne de porco tem grande risco de transmitir doenças.	()
F. Os defensivos agrícolas (pesticidas, fertilizantes, etc) tornam os alimentos menos seguros.	()
G. Os ovos e as carnes causam maior preocupação quanto à segurança do que as verduras, frutas, leite e derivados.	()
H. Os agrotóxicos são os maiores perigos existentes em frutas, legumes e verduras.	()
I. Todas as pessoas têm algum risco de adquirir doenças transmitidas por alimentos.	()
J. Alimento orgânico oferece mais garantia de que seja seguro.	()
K. Ao chegar num restaurante, sempre observo a higiene do local e dos funcionários.	()
L. Não importa para a segurança dos alimentos ali produzidos que o restaurante tenha nutricionista.	()
M. Manipulador de alimentos uniformizado e com toucas e luvas indica alimento seguro.	()
N. Não é papel do consumidor se preocupar com a segurança dos alimentos no restaurante.	()
O. Salão de refeição bonito e limpo é sinal de alimento seguro.	()
P. Eu identifico os alimentos que são seguros na hora de me servir.	()
Q. Eu prefiro comer num restaurante que tenha nutricionista.	()
R. Eu observo e comunico ao nutricionista qualquer problema envolvendo alimentos no restaurante.	()
S. A aparência, o sabor e o odor do alimento mostram o quanto ele é seguro.	()
T. O restaurante é o responsável pela segurança dos alimentos que eu consumo.	()
U. O controle pela vigilância sanitária garante a segurança dos alimentos que consumo no restaurante.	()
V. Os consumidores também têm responsabilidade pela segurança dos alimentos que consomem.	()
W. Visitar a cozinha é uma forma de averiguar que haja boas práticas no restaurante.	()
X. Como não é possível garantir 100% de segurança do alimento 'do campo até a mesa', eu não penso nisso quando consumo um alimento.	()

Dados sócio-demográficos					
Nome:			Sexo: <input type="checkbox"/> feminino <input type="checkbox"/> masculino		
Data de nascimento: / /			Ocupação:		
Estado civil: <input type="checkbox"/> solteiro <input type="checkbox"/> casado <input type="checkbox"/> união estável <input type="checkbox"/> separado / divorciado <input type="checkbox"/> viúvo					
Escolaridade:					
Você tem crianças ou idosos em casa? <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> crianças (até 11 anos) <input type="checkbox"/> idosos (>60 anos)					
Posse de itens*	Quantidade de itens				
	0	1	2	3	4 ou +
TV em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Vídeo cassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2
Grau de instrução do chefe de família*					
Analfabeto (até 3ª série do E. Fundamental)					0
Até 4ª série do Ensino Fundamental					1
Ensino Fundamental completo					2
Ensino Médio completo					4
Superior completo					8

*Fonte: Critério Brasil 2008 (ABEP).

ANEXO 5

Formulário de entrevistas (Fase 3)



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

Av. Dr. Arnaldo, 715 – São Paulo – SP - CGC 63.025.530/0017-71

Entrevistador:	Data: / / 2009	Código do formulário:	
----------------	------------------------------	-----------------------	--

ESCALA DE ATITUDE DE CONSUMIDORES FRENTE À INOCUIDADE DE ALIMENTOS EM UAN

Por favor, utilizando a escala abaixo, responda o quanto você concorda ou discorda com cada uma das frases a seguir:

(1) Discordo muito	(2) Discordo	(3) Não discordo, nem concordo	(4) Concordo	(5) Concordo muito
---------------------------	---------------------	---------------------------------------	---------------------	---------------------------

A. Os alimentos, de uma forma geral, podem transmitir doenças.	()
B. Doenças transmitidas por alimentos não causam morte.	()
C. Alimento seguro é livre de bactérias.	()
D. O alimento seguro tem mais nutrientes.	()
E. A carne de porco tem grande risco de transmitir doenças.	()
F. Os vegetais (frutas e hortaliças) não apresentam perigos à saúde, ou seja, são mais seguros.	()
G. Os defensivos agrícolas (pesticidas, fertilizantes, etc) tornam os alimentos menos seguros.	()
H. Ovos, carnes e laticínios (produtos de origem animal) apresentam maior perigo à saúde, ou seja, são alimentos menos seguros.	()
I. Os agrotóxicos são os maiores perigos existentes em frutas, legumes e verduras.	()
J. Todas as pessoas têm algum risco de adquirir doenças transmitidas por alimentos.	()
K. Alimento orgânico oferece mais garantia de que seja seguro.	()
L. Ao chegar num restaurante, sempre observo a higiene do local e dos funcionários.	()
M. Não importa para a segurança dos alimentos produzidos que o restaurante tenha nutricionista.	()
N. Manipulador de alimentos uniformizado, com toucas e luvas não indica necessariamente alimento seguro.	()
O. Não é papel do consumidor se preocupar com a segurança dos alimentos no restaurante.	()
P. Salão de refeição bonito e limpo é sinal de alimento seguro.	()
Q. Eu identifico os alimentos que são seguros na hora de me servir.	()
R. Eu prefiro comer num restaurante que tenha nutricionista.	()
S. Eu observo e comunico ao nutricionista qualquer problema envolvendo alimentos no restaurante.	()
T. A boa apresentação de um prato, assim como bom aroma e bom sabor indicam que a comida é segura para o consumo.	()
U. O restaurante é o responsável pela segurança dos alimentos que eu consumo.	()
V. O controle pela vigilância sanitária garante a segurança dos alimentos que consumo no restaurante.	()
W. Os consumidores também têm responsabilidade pela segurança dos alimentos que consomem.	()
X. Se eu visitar a cozinha do restaurante, poderei checar se os alimentos ali preparados são seguros para o consumo.	()
Y. Como não é possível garantir 100% de segurança do alimento 'do campo até a mesa', eu não penso nisso quando consumo um alimento.	()

Dados sócio-demográficos					
Nome:			Sexo: <input type="checkbox"/> feminino <input type="checkbox"/> masculino		
Data de nascimento: / /			Ocupação:		
Estado civil: <input type="checkbox"/> solteiro <input type="checkbox"/> casado <input type="checkbox"/> união estável <input type="checkbox"/> separado / divorciado <input type="checkbox"/> viúvo					
Escolaridade:					
Você tem crianças ou idosos em casa? <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> crianças (até 11 anos) <input type="checkbox"/> idosos (>60 anos)					
Posse de itens*	Quantidade de itens				
	0	1	2	3	4 ou +
TV em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Vídeo cassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2
Grau de instrução do chefe de família*					
Analfabeto (até 3ª série do E. Fundamental)					0
Até 4ª série do Ensino Fundamental					1
Ensino Fundamental completo					2
Ensino Médio completo					4
Superior completo					8

*Fonte: Critério Brasil 2008 (ABEP).

CURRÍCULO LATTES

Currículo do Sistema de Currículos Lattes (Gabriela Milhassi Vedovato)

Page 1 of 7



Gabriela Milhassi Vedovato

Graduada em Nutrição pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP) (2007). Atualmente é mestranda em Nutrição em Saúde Pública também pela FSP/USP. Atua como nutricionista (técnica administrativa em educação) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP/ Campus Baixada Santista). Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase nas áreas de Nutrição e em Saúde Pública, Educação Nutricional, Segurança Alimentar e Nutricional.
(Texto informado pelo autor)

Última atualização do currículo em 03/09/2010
Endereço para acessar este CV:
<http://lattes.cnpq.br/8216084348533555>



Dados pessoais

Nome	Gabriela Milhassi Vedovato
Nome em citações bibliográficas	VEDOVATO, G. M.; Vedovato, Gabriela Milhassi
Sexo	Feminino
Endereço profissional	Universidade Federal de São Paulo, Avenida Ana Costa, 173 Vila Matias 11060-000 - Santos, SP - Brasil Telefone: (13) 32332592 URL da Homepage: http://www.baixadasantista.unifesp.br/

Formação acadêmica/Título

2008	Mestrado em andamento em Nutrição em Saúde Pública . Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Título: Alimento seguro sob a perspectiva de consumidores em Unidades de Alimentação e Nutrição São Paulo, Orientador: Deborah Helena Markowicz Bastos. Bolsista do(a): Instituto Assistencial Alnomato, . . . Palavra-chave: Alimentação Coletiva; Saúde Pública; Inocuidade de Alimentos. Grande área: Ciências da Saúde / Área: Nutrição / Subárea: Nutrição e Saúde Pública. Grande área: Ciências da Saúde / Área: Nutrição / Subárea: Inocuidade de Alimentos.
2003 - 2007	Graduação em Nutrição . Faculdade de Saúde Pública da USP.
2001 interrompido	Graduação interrompida em 2003 em Nutrição . Centro Universitário São Camilo, SÃO CAMILO, Brasil. Ano de Interrupção: 2003
1996 - 1999	Curso técnico/profissionalizante em Técnico em Nutrição e Dietética . Escola Técnica Estadual Getúlio Vargas.

Formação complementar

2009 - 2009	Análise de Regressão Múltipla. (Carga horária: 40h). FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA - UNIVERSIDADE DE SÃO, FSP, Brasil.
--------------------	--

<http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.jsp?id=K4136592P5>

5/6/2010

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)