UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS ADMINISTRATIVAS - DCA

JOÃO GRASSINI FERREIRA

ATITUDES E CRENÇAS SOBRE A INGESTÃO DE SÓDIO NA ALIMENTAÇÃO EM PORTO ALEGRE

Porto Alegre

2016

JOÃO GRASSINI FERREIRA

ATITUDES E CRENÇAS SOBRE A INGESTÃO DE SÓDIO NA ALIMENTAÇÃO EM PORTO ALEGRE

Trabalho de conclusão de curso de graduação apresentado ao Departamento de Ciências Administrativas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Administração.

Orientador: Prof. Luiz Antônio Slongo

Porto Alegre

2016

SUMÁRIO

1.DEFINIÇÃO DO TEMA DE ESTUDO.....6

2.JUSTIFICATIVA.....10

3.OBJETIVO GERAL.....12

3.1.OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....12

4.REVISÃO TEÓRICA.....13

4.1.COMPORTAMENTO DO CONSUMIDOR:.....13

4.2.SOBRE O SÓDIO:.....17

REDUÇÃO DE SÓDIO.....18

4.3.MARKETING SOCIAL:.....22

5.MÉTODO.....25

5.1.FASE EXPLORATÓRIA.....25

5.2.FASE DESCRITIVA.....27

6.ANÁLISE DE DADOS.....30

7.CONCLUSÕES.....55

8.REFERÊNCIAS.....62

ANEXO A – ROTEIRO BASE DE ENTREVISTA.....65

ANEXO B – QUESTIONÁRIO ALIMENTAR.....67

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Amostra calculada conforme população de Porto Alegre.....28
Tabela 2: Sexo dos respondentes.....31
Tabela 3: Escolaridade dos respondentes.....31
Tabela 4: Idade dos respondentes.....31
Tabela 5: "Com que frequência você realiza exercícios físicos?" por escolaridade, teste de significância.....32
Tabela 6: "Com que frequência você realiza exercícios físicos?" por idade, teste de significância.....32
Tabela 7: Frequência das respostas das questões 4, 9 e 10.....32
Tabela 8: "Você tem o costume de realizar dietas?",por sexo e teste de significância.....33
Tabela 9: "Você já foi em uma nutricionista?" por sexo e teste de significância.....33
Tabela 10Frequência das respostas das questões 5,6,7,8,11,12,13,14.....34
Tabela 11: "Eu consumo _____ sal na minha alimentação.".....34
Tabela 12: Significância e média da questão S1”Acredito que os brasileiros consumam sal demais na sua alimentação”, por Sexo dos respondentes.....34
Tabela 13: : Significância e média da questão S1”Acredito que os brasileiros consumam sal demais na sua alimentação, por Escolaridade dos respondentes.....35
Tabela 14: "Quando alguém está com a pressão baixa , é só fazer a pessoa comer sal que a pressão aumenta logo em seguida" por escolaridade, teste de significância.....36
Tabela 15: "Podemos substituir o sal dos alimentos por caldo de galinha, extrato de tomate, ketchup e mostarda porque estes não tem sódio na sua composição" por escolaridade, teste de significância.....36
Tabela 16: “Para evitar o sal, existem vários temperos com diferentes sabores que ajudam a compensar a redução de sal na comida”por escolaridade, teste de significância.....36
Tabela 17: "Sais mais caros, como a flor de sal, sal marinho ou o sal negro, contém menos sódio em sua composição e são mais saudáveis"por escolaridade, teste de significância.....37
Tabela 18: Frequência das respostas das questões 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36 com respostas corretas em vermelho.....38

Tabela 19: Cruzamento das respostas das questões 25 e 27,que testam conhecimento sobre ingestão recomendada.....39
Tabela 20: Significância e média da questão NS12”Pagar mais por um produto sem sódio é algo que eu nunca faria”, por sexo dos respondentes.....40
Tabela 21: Significância e média da questão NS7”Quando saio pra comer, não me importo de exagerar no sal”, por Idade dos respondentes.....40
Tabela 22: Significância e média da questão NS6 ”Não me importo com a ingestão excessiva de sódio, pois isso é algo que só vou ter que me preocupar se eu me tornar hipertenso”, por Escolaridade dos respondentes.....41
Tabela 23: Significância e média da questão S4”Acredito que as empresas devem ser obrigadas a reduzir o sódio nos alimentos”, por Idade dos respondentes.....42
Tabela 24: Significância e média da questão S8”Costumo ler o rótulo dos alimentos que compro para me informar quanto sódio está presente nele”, por Escolaridade dos respondentes 42
Tabela 25: Significância e média da questão S8”Costumo ler o rótulo dos alimentos que compro para me informar quanto sódio está presente nele”, por Idade dos respondentes.....42
Tabela 26: Significância e média da questão NS9 ”Remédios para hipertensão permitem que uma pessoa hipertensa não tenha necessidade de mudar seus hábitos”, por Escolaridade dos respondentes.....43
Tabela 27: Significância e média da questão NS11”Comer bem é comer muito, até não poder mais”, por Escolaridade dos respondentes.....44
Tabela 28: Significância e média da questão S15”O fato da hipertensão não apresentar sintomas no começo da doença faz com que as pessoas só tratem quando a saúde já piorou muito”, por Sexo dos respondentes.....44
Tabela 29: Significância e média da questão S15”O fato da hipertensão não apresentar sintomas no começo da doença faz com que as pessoas só tratem quando a saúde já piorou muito”, por Escolaridade dos respondentes.....45
Tabela 30: Médias de concordâncias das questões, em ordem crescente.....45
Tabela 31: Médias e desvios-padrão gerais divididos por tipos de crença Saudável e Não-saudável.....46
Tabela 32: Cruzamento entre a frequência de consumo de Carne de boi e o Sexo dos respondentes e resultado do teste de significância.....47

Tabela 33: Cruzamento entre a frequência de consumo de Carne de porco e o Sexo dos respondentes e resultado do teste de significância.....47
Tabela 34: Cruzamento entre a frequência de consumo de Vegetais e o Sexo dos respondentes e resultado do teste de significância.....47
Tabela 35: Cruzamento entre a frequência de consumo de Conservas enlatadas e Idade dos respondentes e resultado do teste de significância.....48
Tabela 36: Cruzamento entre a frequência de consumo de Pão Cacetinho e Idade dos respondentes e resultado do teste de significância.....48
Tabela 37: Tabela 25: Cruzamento entre a frequência de consumo de Massas Instantâneas e Escolaridade dos respondentes e resultado do teste de significância.....49
Tabela 38: Tabela 25: Cruzamento entre a frequência de consumo de Massas Instantâneas e Idade dos respondentes e resultado do teste de significância.....49
Tabela 39: Cruzamento entre a frequência de consumo de Tubérculos e o Sexo dos respondentes e resultado do teste de significância.....49
Tabela 40: Cruzamento entre a frequência de consumo de Bolacha Doce e Idade dos respondentes e resultado do teste de significância.....50
Tabela 41: Cruzamento entre a frequência de consumo de Confeitarias e Idade dos respondentes e resultado do teste de significância.....50
Tabela 42: Cruzamento entre a frequência de consumo de Confeitarias e Escolaridade dos respondentes e resultado do teste de significância.....51
Tabela 43: Cruzamento entre a frequência de consumo de Achocolatados e Idade dos respondentes e resultado do teste de significância.....51
Tabela 44: Cruzamento entre a frequência de consumo de Achocolatados e Idade dos respondentes e resultado do teste de significância.....51
Tabela 45: Cruzamento entre a frequência de consumo de Bebidas em pó e Idade dos respondentes e resultado do teste de significância.....52
Tabela 46: Cruzamento entre a frequência de consumo de Bebidas em pó e Idade dos respondentes e resultado do teste de significância.....52
Tabela 47: Frequência de consumo geral.....53

1. DEFINIÇÃO DO TEMA DE ESTUDO

No Brasil, a hipertensão atinge mais de um quinto da população brasileira (LENHARO, 2014) segundo a Pesquisa Nacional de Saúde (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2013) e a Organização Mundial da Saúde já tem estabelecido diretrizes para os países-membros para redução do consumo de sal nas dietas alimentares, pois o cenário mundial é semelhante ao brasileiro. Publicações recentes mostram que ampla urbanização, aumento da produção de alimentos processados e estilos de vida diferentes estão aumentando o consumo dos alimentos com alto teor sódico. Este aumento não está sendo acompanhado pela ingestão de potássio que contrabalançaria a ingestão exagerada de sódio e, portanto, a OMS acordou com os países-membros reduções de até 30% no consumo de sódio na dieta de seus habitantes até 2025.Esta preocupação não é apenas mera recomendação de saúde para os habitantes dos países, pois existem estimativas que a redução de sódio na alimentação da população dos países-membros seria um dos programas de melhoria da saúde da população com maior custo-benefício entre outras alternativas. Para o Brasil,é esperado que isto também se aplique, considerando que o Brasil tem como principais doenças crônicas não transmissíveis a hipertensão e AVC e infartos como maiores fatores de causa morte. Em tempos de crise econômica e orçamentos cada vez mais apertados,é um cuidado muito valorizado esta preocupação com o retorno do investimento em saúde pública.

Para a saúde pública, já são declaradas tanto pelo Ministério da Saúde como a OMS uma gama de estratégias para combater a alta ingestão de sódio (DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, [2007];WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014). A estratégia do Brasil, elaborada pelo Ministério, tem 3 pilares que são medidas de incentivo, medidas de apoio e medidas de proteção. As medidas de incentivo são as medidas que visam incentivar o comportamento saudável e desejável para a redução de sódio, através de campanhas temáticas, distribuição de materiais informativos e de um trabalho conjunto outros ministérios para inserir a educação alimentar e nutricional na vida dos cidadãos, seja através das escolas, ambientes de trabalhos, serviços de saúde. Capacitando o cidadão para refletir a respeito da sua alimentação, ele tomará melhores decisões ou, pelo menos, estará mais informado de como realizá-las ou repassar a informação. Como medidas de apoio, temos medidas que disponibilizam a informação sobre os alimentos de maneira cada vez mais clara e consistente, para que o cidadão possa se informar melhor, mas estas medidas só são efetivas quando já existe envolvimento por parte do consumidor. Entre elas, está a rotulagem dos alimentos processados, que cada vez mais é regulada para melhor esclarecer os consumidores, a encomenda de pesquisas como pesquisas de consumo e programas institucionais para saúde dos trabalhadores, merenda escolar e outros. Finalmente, temos as medidas de proteção, que são ações

em conjunto com os produtores de alimentos processados, para que estes disponibilizem os mesmos produtos com receitas que incluam cada vez menos sódio(e também açúcares, gordura trans, colesterol),protegendo a população de possíveis formulação que abusem do excesso destes elementos que realçam o sabor e criando um ambiente onde é mais fácil se alimentar de maneira correta. Também inclui as regulamentações e medidas fiscais que são feitas no setor de alimentos quanto aos teores dos ingredientes e da publicidade para garantir as boas práticas alimentares, evitando que se associe outros estímulos e comportamentos hedônicos aos hábitos alimentares. A integração entre OMS e Brasil é clara, uma vez que o Brasil já iniciou a se alinhar com a OMS nesta perspectiva, apesar de críticas que o Brasil ainda seja muito tímido nos acordos de redução com a indústria(PROTESTE,2012).

Apesar de relevantes, estes esforços são apenas uma parte da questão. Mackey (2012 apud FEURSTEIN, 2014) argumenta que nos Estados Unidos, país desenvolvido com alto acesso a educação, se calcula que 80% das mortes são por doenças derivadas de um estilo de vida perfeitamente evitável. Apesar desse número englobar muito mais do que apenas a hipertensão, a mensagem traz um lembrete importante: somente a informação, sem envolvimento, não leva aos resultados desejados. Por outro lado, Feurstein (2014) identifica que o conhecimento geral a respeito de nutrição não é constante, uma vez que a mídia propaga diferentes informações a respeito do que é mais apropriado atualmente para a alimentação saudável e se contradiz de tempos em tempos. Por fim, a alimentação tem um componente cultural forte e psíquico, uma vez que nossos hábitos alimentares são fruto de propaganda intensiva, tradições e rituais locais, um desejo intrínseco por energia que resulta numa busca por calorias e sabores, preços, disponibilidade, e estes elementos todos devem ser levados em conta na análise. Mesmo num país como os EUA, cujos habitantes gastam menos de 7% de sua receita com alimentos, não é fácil convencer o público a se alimentar de maneira saudável. Nos Estados Unidos, um levantamento demonstrou quais as principais origens do sódio na dieta: 5% é adicionado durante o preparo do alimento, 6% é adicionado quando se ingere alimento (por exemplo, na salada), 12% está contido naturalmente nos alimentos e 77% provém de alimentos processados. Já no Brasil, a pesquisa publicada por Newson et al. (2013) revela que a nossa ingestão de sódio caseira teria produtos industrializados como responsáveis por 61% do total consumido em casa. Tal informação é contestada pela Associação Brasileira de Indústrias de Alimentação(2013),que responsabiliza o sal de cozinha pela alta ingestão de sódio do brasileiro. Pensando assim, vê se que o mais importante é trabalhar a conscientização do cidadão a respeito do assunto.

No Brasil, o aumento da renda do cidadão médio durante os períodos de 2002 a 2010 foi acompanhado de um aumento do consumo de alimentos industrializados, com o arroz, feijão e

hortaliças perdendo espaço na mesa do brasileiro(LEVY-COSTA et al., 2005).Aqui,é conveniente lembrar que até 1996 o Brasil ainda tinha a desnutrição como um problema de saúde nacional e a reversão desta e substituição por uma epidemia de obesidade e doenças crônicas não transmissíveis fazem parte de uma situação que está aqui há pouco menos de 10 anos. Durante as últimas décadas, o Brasil conseguiu reduzir constantemente a prevalência de pessoas abaixo do peso, mas também aumentou a prevalência de pessoas com excesso de peso e obesidade(LEVY-COSTA et al., 2005).Considerando todos esses fatores,é provável que a preocupação do brasileiro continue sendo a falta de comida, ao invés do cuidado com os excessos, por um bom tempo. Ressaltando a importância de se estudar o sódio especificamente,é notável que as Pesquisas de Orçamentos Familiares realizadas pelo IBGE mostram uma preocupação de se inferir a ingestão de gorduras, proteínas, açúcares e carboidratos, mas não apresentam dados sobre a ingestão de outros nutrientes, como o sódio, potássio e vitaminas, nem analisam a prevalência de hipertensão e outras doenças crônicas não transmissíveis(LEVY-COSTA et al., 2005).. É aceitável presumir que se a inferência dos macronutrientes escolhidos já tem inúmeras ressalvas, como alimentação fora de casa e estruturação de famílias e agregados na análise do consumo, entre outras, ficará ainda mais complexo inferir uma lista ainda maior de nutrientes na alimentação do cidadão brasileiro. Para efeitos de monitoramento, se considera a inspeção de urina o método mais seguro de se analisar o consumo de sódio e as pesquisas derivadas deste método, comparadas com o consumo que o cidadão diz consumir, confirmam que mesmo as pessoas ingerindo uma quantidade enorme de sal, elas continuam sub-representando o seu consumo quando respondem questionários a respeito(BISI MOLINA, 2013).Isso significa que mesmo as pesquisas de consumo indicando alta ingestão de sódio, ainda existe grande possibilidade dos valores ser sub-representados(ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DAS INDÚSTRIAS DE ALIMENTAÇÃO, 2013).

O mundo e o Brasil seguem uma mesma tendência. Nossa indústria de alimentos processados produz e vende com preços baixos e ampla distribuição, e estes alimentos atualmente compõe uma parcela significativa e crescente da alimentação do brasileiro comum, acarretando em problemas de saúde relacionados ao excesso de sódio, açúcar e gordura(WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).Como a indústria já tem produtos bem desenvolvidos na categoria “isento de açúcar e gordura”,esta pesquisa será feita para verificar o nível de conscientização dos consumidores a respeito do sódio, que ainda não tem um segmento tão bem explorado no mercado de alimentos. Não está claro se os consumidores sabem quais tipos de alimentos normalmente contém mais sódio, se os consomem por estar desinformados ou não se importarem com os efeitos sobre a saúde que o excesso de sódio. Como os consumidores explicam o descuido na alimentação? Que crenças eles têm sobre sua própria ingestão de sódio e como acreditam que o resto da

população se comporta em relação ao assunto? Por exemplo, um consumidor que tenha a crença de que não pode estar ingerindo sódio em excesso só porque não salga sua comida claramente tem uma crença a respeito do assunto que atrapalha sua compreensão do que deve ser feito pela sua saúde. Um outro consumidor poderia estar informado e, ao mesmo tempo, ter uma atitude negativa aos apelos para uma vida saudável, resolvendo ignorar e contrariar propositalmente as diretrizes de uma campanha bem-intencionada. As questões acima são objeto de estudo do marketing social, uma ramificação do marketing que propõe o estudo do planejamento, implementação e controle de programas com percebido benefício social, sendo a mudança e a aceitação de ideias sociais o seu objetivo primário (KOTLER; ROBERTO, 1992).Para esta pesquisa, faremos a descrição das impressões dos cidadãos a respeito da ingestão de sódio como nosso objeto de estudo, uma vez que já está descrita a atual situação da ingestão de sódio do brasileiro, ou seja, já sabemos o que ocorre de fato mas não sabemos quais as atitudes e comportamentos dos cidadãos em relação ao problema. Na prática, o estudo de marketing social envolve campanhas de mobilização e conscientização social para a mudança de hábitos e atitudes. Apesar da associação comum entre campanhas e a ação governamental, organizações privadas também podem se engajar em marketing social, inclusive empresas, que podem ter no benefício social ganhos provenientes de uma melhora na imagem perante o público ou um posicionamento de marca e produtos que tornem os mesmos mais atraentes para os consumidores. Um exemplo disto são as empresas que fornecem produtos alternativos ao consumo de sal de cozinha, como o sal light e o salgante. Quando estas empresas fazem marketing de seus produtos, estão trabalhando com marketing convencional. Quando participam dos esforços do governo na conscientização dos problemas de saúde provenientes do alto consumo de sódio, realizam marketing social. Neste trabalho, o objetivo social é o de diminuir a ingestão de sódio excessiva dos habitantes, ainda que esse trabalho não tenha como pretensão planejar a campanha e sim identificar como melhor construir a mensagem para uma campanha hipotética. Por isso, uma pesquisa descritiva das crenças e atitudes do público-alvo é necessária para subsidiar eventuais estratégia de mudança social adequada. Segundo Kotler e Roberto(1992),a principal causa de fracasso das campanhas de mudança social é que o público-alvo não percebem problema, necessidade ou desejo de mudança. **Quais as crenças e atitudes dos porto-alegrenses quanto à ingestão de sódio na alimentação?**

2. JUSTIFICATIVA

O Ministério da Saúde, desde 2011,já demonstra através de acordos com a indústria alimentícia uma preocupação em regular os teores de sódio, açúcar e gordura, que são os elementos mais abundantes em alimentos processados e causadores de doenças crônicas não transmissíveis. O excesso de sódio causa hipertensão e insuficiências renais e, consequentemente, AVC e infartos, que são alguns dos maiores fatores de causa morte no Brasil (SZEGÖ,2015). Porém, apesar das recomendações da Organização Mundial da Saúde, o acordo feito pela Associação Brasileira de Indústrias Alimentícias com o Ministério da Saúde foi considerado tímido por associações de consumidores(PROTESTE,2012), pois não reduziu as quantidades conforme o sugerido pela OMS, além de não se aplicar a indústria inteira e ao setor de serviços. Várias empresas poderiam manter suas fórmulas atuais e ainda assim cumprir o acordo realizado. Estas medidas protetivas são apenas um dos caminhos elicitados pelo Ministério da Saúde para efetivar o combate aos excessos na alimentação. Sendo que a maior parte do consumo de sódio está relacionado à quantidade excessiva de sal de cozinha que as pessoas colocam no preparo e consumo de alimentos, fica claro a importância desta pesquisa para combater a causa principal da alta ingestão de sódio (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DAS INDÚSTRIAS DE ALIMENTAÇÃO,2013).

Para tornar mais efetiva esta mudança no consumo de sódio, é importante verificar a percepção do consumidor a respeito do assunto, para que o próprio cidadão possa procurar estar mais consciente a respeito da ingestão de sódio em sua alimentação diária e consumir alimentos mais saudáveis, reduzindo ou substituindo o sal de cozinha. A percepção é um componente relevante no comportamento do consumidor e pode ser usado em conjunto com os outros elementos para influenciar uma decisão de compra e outras expressões do comportamento. Identificar esta percepção permite avaliar quais os futuros esforços de marketing são necessários para que os produtos da indústria que tenham o benefício nutricional de conter menos sódio tenham sucesso no mercado e qual a melhor maneira de modificar esta percepção. O trabalho de convencimento do consumidor a respeito da importância de controlar os níveis de sódio em sua alimentação também é importante porque a alternativa de simplesmente forçar a redução do consumo pode não ser bem-vista pela sociedade, se percebida como muito agressiva(KOTLER; ROBERTO, 1992).Alguns governos estaduais, por exemplo, tem leis para não colocar o saleiro nas mesas de restaurantes e bares. A medida foi percebida com um certo desprezo por alguns donos de estabelecimentos e clientes, gerando até reações como a do bar que pendura saleiros no teto, para manter a acessibilidade do saleiro sem desrespeitar a lei(FAGUNDES,2015).Simplesmente forçar uma

redução através de uma medida específica pode não ser o mais adequado e o caso citado não só mostra o quanto as pessoas estão insatisfeitas com a ideia mas também que ela podem reagir de maneiras que sejam prejudiciais a causa em si. Nisso reside a necessidade de entender como elas percebem o assunto, para só então decidir a estratégia de marketing que vai criar conscientização a respeito do assunto. Como a pesquisa na literatura de marketing sugere, a percepção é muito subjetiva, muito interna ao sujeito e teremos que fazer nossa pesquisa com atitudes e crenças pois estas são mais concretas.

3. OBJETIVO GERAL

Descrever crenças e atitudes dos porto-alegrenses quanto a ingestão de sódio.

3.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar crenças e atitudes presentes em consumidores porto-alegrenses.
- Descrever crenças e atitudes a respeito das informações que se tem sobre a ingestão de sódio.
- Descrever crenças e atitudes que se tem a respeito dos comportamentos sociais que envolvem a ingestão de sódio.
- Descrever crenças e atitudes a respeito da comunicação sobre a ingestão de sódio.
- Identificar segmentos que se possa direcionar um tipo de campanha social para mudança dos hábitos alimentares e informação a respeito do assunto.
- Avaliar os segmentos nas características: hábitos alimentares e de saúde, crenças e atitudes saudáveis, crenças e atitudes não saudáveis, informação sobre a ingestão de sódio

4. REVISÃO TEÓRICA

Para poder realizar esta pesquisa de marketing social a respeito das crenças e atitudes dos habitantes de Porto Alegre a respeito da ingestão de sódio, devemos elucidar uma série de conceitos sobre comportamento do consumidor, marketing social e a ingestão de sódio no organismo.

4.1. COMPORTAMENTO DO CONSUMIDOR:

A análise de mercado necessita a compreensão do comportamento do consumidor. Um destes elementos a ser analisado é a percepção do consumidor a respeito de determinado assunto. A percepção corresponde ao processo que uma pessoa faz de escolher, organizar e interpretar as sensações que ela tem a respeito de objetos, símbolos, ideias, enfim, tudo que é material ou abstrato. Sensação é definido como a resposta de nossos sensores perceptivos aos estímulos básicos, como luz, cheiros, texturas, etc. Estas respostas constroem uma experiência sensorial que será guardada na memória para futuras referências, afetando futuras experiências que tenham sensações que possam ser comparadas com as primeiras. Hanna, Wozniak e Hanna(2013) lembram que o fenômeno da percepção é altamente subjetivo, colocando as mesmas sensações sob interpretações diferentes, dependendo destas experiências pessoais. Kotler e Keller(2012) classificam 3 processos majoritários como causadores de percepções diferentes entre os indivíduos: a atenção seletiva, a distorção seletiva e a retenção seletiva.

A atenção é a distribuição da capacidade de processar um estímulo recebido. Não sendo possível e nem desejável captar todos estímulos o tempo todo em sua total intensidade, a maioria dos estímulos é relevado através do que se considera mais interessante(sendo isso voluntário ou não) e essa filtragem é chamada de atenção seletiva. Kotler e Keller(2012) ressaltam algumas maneiras de se obter mais atenção para um determinado estímulo, como o apelo a necessidades urgentes e a criação de estímulos esperados e grandes. Os autores também acreditam que o profissional de marketing deva ser invasivo para a criação de estímulos inesperados que captem a atenção do consumidor. Schiffman e Kanuk(2009)adicionam o bloqueio perceptivo como um conceito similar onde o indivíduo para de prestar atenção por ser sobrecarregado de estímulos.

Distorção seletiva é a transformação a informação recebida através dos estímulos em significados pessoais, interpretando com base em nossos valores, ideias e crenças já existentes. Este conceito é relevante porque um estímulo pode não ter o resultado desejado caso a interpretação seja

contrária ao esperado. Um exemplo são as propagandas que tem como alvo o público feminino e são rechaçadas por conter estímulos que são recebidos de maneira pejorativa por uma geração de mulheres mais conscientes a respeito das premissas que os comerciais usam para justificar a compra de seus produtos, premissas muitas vezes consideradas machistas na percepção das pessoas hoje em dia.

Retenção seletiva se refere ao fato de que esquecemos muitas informações mas tendemos a reter aquelas que confirmam nossas crenças, valores e atitudes. Assim, uma pessoa que não se preocupe com uma alimentação saudável tenderá a se lembrar de episódios anedóticos que justifiquem sua conduta e ignorar alertas a sua saúde e a necessidade de mudar seu estilo de vida ao invés de procurar se alimentar melhor ao ser exposto a estímulos para a alimentação saudável. Schiffman e Kanuk(2009) chamam este fenômeno de defesa perceptiva, uma vez que a capacidade de ignorar o estímulo é protetiva das crenças e valores da pessoa. Todos esses processos cognitivos ajudam a explicar o quão difícil é a mudança de comportamento depois de uma percepção já concebida a respeito de qualquer assunto. Como a interpretação dos elementos que compõe a percepção são muito difíceis de analisar nos consumidores, por causa da subjetividade envolvida, não serão as teorias a respeito da percepção que usaremos no desenvolvimento da monografia. No entanto, estes conceitos também são importantes para o desenvolvimento do estudo da motivação, valores e crenças do consumidor.

Motivação, segundo Solomon(2006),refere-se aos processos que levam as pessoas a se comportar de uma certa maneira. A motivação envolve uma necessidade, um estado de tensão causado por essa necessidade e resulta numa ação com o objetivo de reduzir ou eliminar a necessidade. Aqui já é possível relacionar que as experiências prévias da pessoa refletirão nas ações propostas pelos indivíduos, pois várias pessoas sentem fome, uma necessidade, e nem todas desejam os mesmos alimentos para saciar esta necessidade. Tais necessidades podem ser hedônicas ou utilitárias e, através das experiências pessoais e culturais, se transformam em desejos, as manifestações da necessidade. A motivação pode ser descrita pela sua intensidade, pela maneira como influencia o consumidor e até por alguma maneira particular que o consumidor reduz sua tensão motivacional. As necessidades também são divididas em biogênicas, que dizem respeito ao necessário para viver, e psicogênicas, que fazem parte da cultura do indivíduo como status, poder e de pertencimento ao grupo, estas últimas sendo especialmente construídas na cultura de uma sociedade.

Envolvimento é um conceito importante para esta pesquisa, pois mesmo com consumidores relativamente informados e com a possibilidade de viver vidas mais saudáveis, a dificuldade de mudar o comportamento de um estado inerte para um estado de envolvimento com a alimentação

saudável é grande. O envolvimento é a percebida relevância do objeto baseado em suas necessidades, valores e interesses e realiza um elo entre estas características intrínsecas ao consumidor e as informações a respeito do produto. Assim, um consumidor engajado no cuidado com a saúde repara nas informações de uma propaganda a respeito de um novo produto que lhe possibilita ingerir menos sódio em sua dieta, criando motivação para consumi-lo. Quaisquer informações a respeito de um objeto que se está engajado também será recebida com mais atenção por parte do ouvinte.

Segundo Schiffman e Kanuk (2009),atitude é "predisposição aprendida de se comportar de uma maneira sistematicamente favorável ou desfavorável em relação a um determinado objeto" e "pode ser conceituada como a avaliação resumida de um objeto".Este objeto pode ser uma ideia, produto, causa, serviço e até mesmo um . Segundo Solomon(2006),a atitude é duradoura, estando sempre presente no contato com o objeto. Schiffman e Kanuk(2009) se referem a esta mesma propriedade da atitude como consistência, pela sua natureza de se repetir ao longo do tempo. Tais atitudes são aprendidas no contato com o objeto ou na comunicação a respeito dele, ou seja, experiências que o envolvam. Assim, aprendizagem é conceituada como "mudança relativamente permanente no comportamento causada pela experiência"(SOLOMON, 2006),independente de intenção de aprender ou do contato direto com a experiência em si, e é um processo contínuo que engloba associações e respostas a estímulos, até outras atividades cognitivas mais complexas (SCHIFFMAN; KANUK, 2009).

Sobre as atitudes, existem muitas teorias que falam sobre os elementos que as formam. Uma dessas teorias é o modelo ABC de atitudes, também conhecido como modelo tricomponente de atitudes (SOLOMON, 2006). Segundo este modelo, a atitude de uma pessoa em relação a algo contém 3 componentes, que são o afeto, a cognição e o impulso. Este modelo é altamente relevante para a pesquisa descritiva de atitudes pois propõe o que procurar em uma atitude para melhor compreendê-la. O afeto diz respeito a sentimentos e emoções que são formados a respeito do objeto em questão. É importante ressaltar que estas emoções podem estão relacionados com a experiência que se associa ao objeto e não necessariamente refletem uma característica própria do objeto mas refletem a imagem que o objeto possui para aquela pessoa. Um exemplo simples é o sentimento negativo que as pessoas possam ter a todo tipo de estímulo para uma vida saudável, apesar de não haver nada de negativo em si com a proposta. O segundo componente é a cognição que, segundo Schiffman e Kanuk (2006), é composta de:

> conhecimentos e percepções adquiridas por uma combinação de experiência direta com o objeto da atitude e informações relacionadas de diversas origens. Esse conhecimento e as percepções resultantes comumente tomam a forma de crenças;

> isto é, o consumidor acredita que o objeto da atitude possui vários atributos e que um determinado comportamento levará a determinados resultados (SCHIFFMAN; KANUK, 2006).

Crenças são “afirmações mentais (isto é,“eu acho que”…) que refletem o conhecimento e a avaliação particulares de uma pessoa em relação a alguma coisa” (SCHIFFMAN; KANUK, 2009). Kotler e Keller (2012) reforçam a definição e a simplificam:“pensamento descritivo que uma pessoa tem sobre algo”. Tanto crenças quanto atitudes tem uma função importante na pesquisa de marketing: são expressões mais concretas dos aspectos mais subjetivos da percepção do indivíduo e seus valores. Por fim, o terceiro componente atitudinal é o impulso, que diz respeito a tendência do indivíduo se comportar de um jeito em relação ao objeto atitudinal. Na pesquisa de marketing,é tratado como intenção de realizar a ação quando avaliado num questionário, por exemplo(SCHIFFMAN; KANUK, 2009).Sobre o modelo, Solomon (2006) salienta que atitudes e crenças se complementam na pesquisa de marketing para enfatizar a inter-relação entre conhecimento, ação e sentimento, uma vez que o público-alvo pode conhecer perfeitamente um objeto mas isso não diz a respeito da avaliação que eles fazem a respeito do objeto, nem refletem seus valores pessoais.

Um outro modelo que se considera na elaboração de estratégias para a mudança comportamental é a teoria funcional da atitude, também chamada de abordagem funcional(SOLOMON, 2006). A teoria sugere que uma atitude pode realizar até 4 funções básicas para o indivíduo. A primeira das funções é a utilitária, pois se um objeto resolve um estado de necessidade da pessoa, ela tende a ter uma atitude favorável ao objeto que resolveu seu problema. A segunda é a função defensiva do ego, que está presente quando o objeto permite à pessoa uma proteção do que poderia ferir sua autoimagem ou confiança. Muitos produtos de moda e estética apelam para esta função, uma vez que estes evitam o constrangimento social de ter uma aparência ruim ou desagradável. A terceira é a função expressiva de valor, que possibilita a expressão de valores do consumidor através de sua atitude. Estas atitudes denotam algum tipo de estilo de vida ou valores pessoais que o indivíduo possui, como utilizar marcas esportivas para demonstrar um interesse em esportes e manter opiniões favoráveis sobre a importância do esporte na vida das pessoas. Por último, a atitude pode ter uma função cognitiva, permitindo a pessoa conhecer mais sobre algo. Propagandas que comparam informações entre produtos novos e existentes e preenchem uma necessidade de conhecimento que os consumidores têm. Sobre essas funções atitudinais, Schiffman e Kanuk(2009) refletem que uma atitude podem conter mais de uma função, mas cabe ao pesquisador de marketing identificar a predominante.“Como diferentes consumidores podem gostar ou não do mesmo produto ou serviço por diferentes motivos, uma estrutura funcional para examinar

atitudes pode ser de grande utilidade", afirmam os autores.

O modelo "multiatributos" de atitudes, ou modelo de atitude com múltiplos atributos, também é um modelo relevante na pesquisa de comportamento do consumidor. Este modelo tem muitas variações e foi escolhida a teoria da ação pensada para manter maior proximidade com o marketing social e a noção de mudança social, uma vez que existe esforço consciente na mudança de comportamento. O modelo da teoria da ação racionalizada é uma dessas variações, fazendo uso dos componentes cognitivo, afetivo e impulsivo previamente apresentado no modelo tricomponente, mas inclui outros elementos, tais quais um aprofundamento dos tipos de crenças que uma pessoa pode formar para obter o comportamento resultante (SCHIFFMAN; KANUK, 2009). Assim, o modelo introduz as normas subjetivas, como a pressão social para um dado comportamento e afinidade com os que pressionam, como uma variável a mais na realização de uma atitude em relação ao comportamento em uma intenção e, finalmente, comportamento efetivamente realizado. A teoria também elucida vários fatores que impedem a transformação da atitude em comportamento concreto, como fatores ambientais, custo da ação em termos de dinheiro, tempo, esforço e distância e diferencia a atitude em relação ao produto em si da atitude em relação a sua aquisição. No âmbito do marketing social, isso é altamente relevante uma vez que as ideias que compõe o produto social de uma campanha são altamente desejáveis por promover valores como saúde, bem-estar e outras ideias associadas, mas seus comportamentos e objetos tangíveis podem ter todos tipos de custo associados percebidos pelos consumidores. Solomon (2006) questiona se não é melhor, sempre que possível, pesquisar o comportamento e atitudes e crenças em relação ao uso do produto ou realização das práticas para inferir se este será utilizado do que pesquisar as opiniões a respeito da imagem do mesmo. É uma teoria adequada pois ela trabalha com a tomada de decisão envolvendo raciocínio e esforço da parte do indivíduo, e não o comportamento impulsivo, assim como a vontade e o ato de comer uma guloseima específica ao passar perto de uma confeitaria. Por outro lado, Solomon (2006) atenta para o comportamento impulsivo como um obstáculo comum na previsão do comportamento e Kotler e Roberto (1992) atentam para a análise de concorrência sob a ótica do adotante, que engloba a concorrência da mudança com não-adoção do comportamento esperado.

4.2. SOBRE O SÓDIO:

O sódio é um mineral presente no nosso organismo, possui elevada taxa de absorção no corpo humano e tem a função de regular a acidez básica do organismo e reter líquidos. Ele está

presente naturalmente em maior quantidade em alguns legumes e é muito abundante nos alimentos de origem animal. O sódio também está presente no sal de cozinha, conservantes alimentares e em grande quantidade nos alimentos processados derivados dos outros grupos alimentares (BISI MOLINA, 2013).O excesso na ingestão de sódio é ligada aos alimentos que são ricos neste mineral e em alimentos que são consumidos muito frequentemente com teores menores e se tornam significativos por consumo excessivo. Atualmente,é estimado que o brasileiro consuma 4,46 gramas de sódio no dia a dia, que é o dobro do recomendado pela Organização Mundial da Saúde (DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, [2007];WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014). A ingestão excessiva, descasada com os níveis energéticos do corpo e uma ingestão de magnitude semelhante do potássio, causam aumento da pressão sanguínea(hipertensão arterial) e outros problemas de saúde relacionados e derivados deste aumento. O potássio, por sua vez,é um mineral que diminui a pressão sanguínea, altera transmissões neurais, contração muscular e tônus vascular e melhora o funcionamento dos rins. Está presente em diversos alimentos de origem animal e vegetal, no sal light e no salgante, um sal feito de cloreto de potássio, e é sugerido como estratégia alternativa para o combate a hipertensão (ALMEIDA,2014).

REDUÇÃO DE SÓDIO

Estudos realizados na Finlândia (SALOVAARA, 2009)e no Reino Unido([2011]) mostram aspectos delicados na redução de sódio por parte da indústria, inclusive no âmbito da substituição de sódio. O estudo realizado por Salovaara (2009) conclui que cada indústria deve ir testando até onde consegue reduzir o sódio sem prejudicar os componentes do seu produto. Se o governo colocará metas para redução, deve fazê-lo em parceria com as empresas para evitar que estas tenham seu negócio prejudicado. Os componentes que os estudos mostram como vulneráveis no produto são o sabor, o prazo de validade, a textura e, no caso específico do estudo citado, o próprio crescimento do pão com fermento é catalisado pelo uso de sal. Assim, tanto a redução gradual como a substituição de sódio devem cuidar para que os consumidores não se sintam prejudicados, pois esta é uma ameaça para o sucesso dos programas de redução de sódio. Este cuidado também garante que não haja resistência por parte das empresas em adotar as novas práticas, que também pode ameaçar o programa de marketing social. Outra fraqueza percebida nestes estudos foi a falta de regulação para a alimentação fora de casa, que compõe uma parcela mais significativa da ingestão de sódio dos brasileiros quando comparado com habitantes de países desenvolvidos. No entanto, o estudo do CASH (Reino Unido, [2011]) também demonstra que é possível reduzir a ingestão de

sódio em pelo menos 15% dentro do período de uma década, sendo a meta atual de redução de sódio sugerida pela OMS para os países de 30% na ingestão de sódio dos habitantes. Gray (2015) sugere que países em desenvolvimento sigam cinco passos para tornar plausível esta recomendação. O primeiro passo é a identificação dos alimentos que são maiores contribuintes na ingestão de sódio, o segundo é a escolha dos alimentos-alvo, o terceiro é estabelecer as metas de redução, o quarto é o engajamento dos stakeholders, inclusive mas não limitado às indústrias participantes, e o quinto é o monitoramento dos participantes dos acordos. No entanto, o autor ressalta que a composição da contribuição de cada alimento identificado na ingestão de sódio dos habitantes é um fator importante e que talvez seja necessário reduzir ainda mais que os 30% sugeridos pela OMS, uma vez que a frequência de consumo pode tornar a meta insuficiente numa alimentação com frequência maior em alimentos ricos em sódio. Por outro lado, o autor também denota a importância de fazer dos acordos parcerias e de respeitar as limitações e os testes na redução de sódio de cada produto, assim como Salovaara (2009).

A Organização Pan-americana de Saúde(LEGETIC, 2014) completa que a falta de fiscalização e agências reguladoras, rótulos pouco informativos, a frequência da alimentação na rua são alguns dos desafios exclusivos dos países latino-americanos. A falta de legislação para os níveis máximos de sódio também é percebida como grande ameaça uma vez que qualquer novo produtor pode entrar com um produto fora das especificações e só posteriormente participar dos acordos da indústria. Os segmentos mais importantes para redução de sódio que a organização identificou como prioridade são pães, carnes, sopas, maionese, biscoitos, bolos, cereais, queijos, laticínios, salgadinhos, massas e condimentos e o Brasil já atua em alguns destes segmentos com os acordos propostos pelo Ministério da Saúde com as respectivas indústrias.

Outro estudo, realizado por Newson et al. (2013), foi feito para identificar as principais barreiras para a redução de sódio. Entre elas, o estudo identificou que:

- Existe uma crença prevalente de que a maior parte do sódio ingerido é proveniente do sal de mesa, algo que a própria pesquisa identificou como errado;
- Os brasileiros e chineses entrevistados foram os que mais mostraram intenção de mudança de comportamento;
- Os participantes da pesquisa não demonstram conhecimento das quantidades recomendadas de ingestão de sódio, apesar de muitos reconhecerem a importância da medida para saúde;
- Aqueles que conheciam os males do excesso de sódio tinham atitudes mais positivas em relação a redução de sódio;
- Os entrevistados se consideram eles mesmos os principais responsáveis por reduzir o sódio na alimentação, colocando indústria, restaurantes e supermercados nesta ordem como os

outros responsáveis pela redução de sódio;

- Os entrevistados falaram que suas fontes de informação preferidas são especialistas (médicos ou nutricionistas) e rótulos nutricionais. Os canais de comunicação preferidos são a TV, mídias sociais e jornais.

Como podemos ver, existe alguma consciência a respeito do assunto e disposição para a melhoria do comportamento, mas ainda existe muito espaço para informar e aumentar esta consciência a respeito do assunto, com o fim de motivar a mudança de comportamento. Outro dado importante é o mapeamento das fontes de ingestão de sódio realizado por Newson et al.(2013) :

	Mundo	Brasil
Alimentos com sódio embutido	51	36
Sal adicionado na mesa	7	5
Sal adicionado no preparo	23	18
Alimentação fora de casa	17	41

Abaixo alguns dos segmentos da indústria que já tiveram metas de redução no teor de sódio anteriormente (REINO UNIDO, [2012]) :

- Mistura pronta de bolo com redução anual de 8,5% até 2016;
- Maionese com redução anual de 9,5% até 2014;
- Bolos prontos com redução anual de 8% até 2014;
- Biscoitos salgados com redução anual de 13% até 2014;
- Biscoito doce com redução anual de 7,5% até 2014;
- Biscoitos sanduíche com redução anual de 19,5% até 2014;
- Salgadinhos de milho com redução anual de 8,5% até 2016;
- Salgadinhos de batata com redução anual de 5% até 2016;
- Pão francês ou “cacetinho” com redução anual de 2,5% até 2014 ,sendo este produto o que mais contribui com a ingestão de sódio no Brasil (REINO UNIDO, [2012]) .

A redução do sal na alimentação pode ocorrer pela substituição dele, por temperos que não contenham sódio, como ervas frescas, alho fresco ou em pó, cebola desidratada,

mostarda desidratada, coentro, limão, menta, cominho, tomilho, manjericão, folhas de louro, gengibre, pimenta cebolinha e salsa, frescos, ou secos, que além de trazer uma série de benefícios para o organismo, proporcionam sabor ao alimento, sem a adição excessiva do sal. Para a indústria, além da redução gradual existem os realçadores de sal, os substitutos do sal, as técnicas de distribuição do sal no alimento e as possibilidades de sabor alternativo, que é similar ao que se faz na preparação do alimento (WILSON, 2013). Estes permitem fazer com que a redução seja amplificada, mantendo e até melhorando características do produto e evitando perdas, principalmente no sabor, que é o componente mais importante para aceitação do produto segundo Salovaara(2009). Shimojo et al. (2014) adicionam que o sabor e a percepção de sal tem correlações diferentes com o quão agradável os consumidores percebem o alimento, sendo possível diminuir especificamente o gosto salgado sem prejuízos no sabor de um alimento e introduzir um molho de soja Shoyu com fórmulas menos salgadas como substituto do sal de mesa de maneira satisfatória, uma vez que este produto possui mais componentes que possam dar sabor e compensar uma quantidade menor de sódio.

No âmbito dos rótulos e campanhas informativas, o Reino Unido é referência mundial em campanhas de marketing social na área de redução de sódio. O Consensus Action On Salt & Health (REINO UNIDO, [201-]) percebeu que, para mudança significativa e acelerada, é necessário atuar em todas as frentes possíveis da mudança de comportamento. Foram criadas campanhas de conscientização como “Sid the Slug”, “Check the label”, “Is your food full of it” que trabalhavam diferentes aspectos e públicos-alvo.

A campanha “Check the label” não apenas informou a respeito dos rótulos nutricionais, mas explicou uma mudança na rotulagem que foi introduzida com o objetivo de capacitar as pessoas ainda mais, tornando as informações do rótulo mais compreensíveis. Os novos rótulos fazem uso de cores para informar quais nutrientes estão em quantidade excessiva para a ingestão diária, assim não é necessário que a pessoa precise fazer as contas ou conhecer as recomendações nutricionais para começar a agir sobre a saúde. A campanha também ensinou com que frequência um alimento com excesso de um nutriente pode fazer parta da alimentação da pessoa. Uma das cartilhas da campanha abordam o cálculo usado para justificar o código de cores, mas apenas com a leitura, sem compreensão matemática, qualquer cidadão pode fazer uma decisão mais informada a respeito de como evitar alimentos pouco saudáveis. Outra cartilha vem com uma lista de alimentos previamente identificados como recomendados ou não, e a frequência com que podem ser consumidos. O

próprio nome da campanha é bem direto no que quer estimular; ler o rótulo e tomar decisões mais informadas.

4.3. MARKETING SOCIAL:

> Marketing Social é uma estratégia de mudança do comportamento. Ele combina os melhores elementos das abordagens tradicionais da mudança social num esquema integrado de planejamento e ação e aproveita os avanços na tecnologia das comunicações e na capacidade de marketing (KOTLER; ROBERTO, 1992, p.25).

Outra maneira de entender o marketing social é conceituando marketing e depois simplesmente aplicando o conceito ao objeto do Marketing social. Se Kotler e Keller(2012) conceituam marketing como "conjunto de conhecimentos e processos de criar, comunicar, entregar e trocar ofertas que tenham valor para consumidores, clientes, parceiros e sociedade como um todo",podemos deduzir que se aplicam os mesmos conhecimentos e processos, apenas com o objetivo de mudança social positiva ao invés da obtenção do lucro. Assim, não são ofertas que o marketing social oferece, mas sim produtos sociais. Esta abordagem foi concebida para que causas sociais e suas campanhas sejam tratadas com a mesma rigorosidade que uma campanha de um produto comercial e, por fazer uso das mesmas técnicas, obter sucesso similar. Dentro de produto social, se compreende todas as formas que levam ao resultado benéfico para a sociedade, sejam elas ideias, práticas ou objetos tangíveis(KOTLER; ROBERTO, 1992).Alguns exemplos são os valores de cuidados a saúde, a prática de ler rótulos nutricionais para cuidar a ingestão excessiva de determinados nutrientes e objetos tangíveis como sal light, que contribui diretamente para que a pessoa faça uma menor ingestão de sódio.

Em coerência com as práticas de marketing, as campanhas sociais têm variadas estratégias para diferentes públicos-alvo, pois nem todos indivíduos reagem da mesma maneira a uma gama de estímulos de propaganda. Sobre isso, Kotler e Roberto(1992) afirmam que as campanhas mais fáceis de se executar corretamente são aquelas que introduzem mudanças cognitivas, ou seja, informar as pessoas e criar consciência a respeito de um assunto. Em segundo lugar, estão as campanhas de ação, pois estas têm como objetivo uma persuasão de uma ação momentânea como uma vacinação ou uma votação. Não introduzem mudanças fundamentais no comportamento das pessoas e a pessoa apenas se ajusta aquele objetivo temporariamente. Estas introduzem a noção de custo, uma vez que o objetivo da campanha exige algo do adotante, o adotante deve gastar tempo,

dinheiro ou outros recursos para participar desta, o que pode torná-la mais difícil de se realizar, mesmo que as pessoas sejam favoráveis. Em terceiro lugar, estão as campanhas com o objetivo de mudar o comportamento, como as campanhas de combate ao fumo e mudanças nos hábitos alimentares. Kotler e Roberto(1992, p.18) afirmam:

> Pode ser mais difícil conseguir uma mudança de comportamento do que uma mudança cognitiva ou de uma única ação. As pessoas têm que se livrar de velhos hábitos, aprender novos e manter o novo padrão de comportamento. As mensagens da comunicação de massa invariavelmente são insuficientes para causar essas mudanças; precisam ser complementadas por intervenções interpessoais e por comunicações pessoais (Kotler; Roberto, 1992, p.18).

Por fim, também existem campanhas com o objetivo de mudar os valores e crenças das pessoas. Tais campanhas sofrem de baixo grau de sucesso por causa da evasão, racionalização e resistência a informações perturbadoras, como já evidenciado pelos fenômenos da atenção, retenção e distorção descritos acima. Para prever e contornar o insucesso, se faz a pesquisa de marketing para segmentar o público de maneira a veicular campanhas adequadas para cada grupo de adotantes alvos. A prática anterior à segmentação de mercado, conhecida de marketing de massa(SCHIFFMAN; KANUK, 2009),revelou-se menos eficaz por não levar em conta que a população tem diferentes necessidades, desejos, experiências, educações e etc e, portanto, não é possível criar uma campanha que pudesse ser eficaz com indivíduos tão diferentes entre si, com uma campanha única para todos.

Schiffman e Kanuk(2009) descrevem a segmentação de mercado como “processo de dividir um mercado em subconjuntos distintos de necessidades ou características em comum e a seleção de um ou mais segmentos para serem focalizados com um composto de marketing distinto”.Kotler e Keller(2012) adicionam que a segmentação é apenas parte do chamado marketing de mercado-alvo e que existem 2 passos seguintes a se realizar: a escolha dos segmentos mais interessantes(mercados-alvo) e a realização do posicionamento, ou seja, campanhas que divulguem os benefícios que mais interessam aos mercados-alvo escolhidos. Apesar de a segmentação usar vários tipos de variáveis para caracterizar seus segmentos, ela inicia através da análise de características descritivas como as variáveis geográficas, demográficas e psicográficas(KOTLER; KELLER, 2012).A partir desta segmentação,é realizada a pesquisa de marketing para compreender como os segmentos da sociedade tem atitudes e crenças diferentes em relação a um dado produto social, por exemplo. No âmbito do marketing social, também se considera extremamente importante a figura dos influenciadores, grupos formais ou informais que afetam o êxito de uma campanha social(KOTLER; ROBERTO, 1992).Entre eles, temos os grupos de apoio e oposição, que têm

interesses ou opiniões fortes a respeito da matéria da campanha social, e os grupos de avaliação e permissão. Os primeiros são grupos cuja avaliação da campanha pode impactar no resultado e os últimos são grupos dos quais se necessita aprovação para a execução da campanha social.

Aplicando o marketing de mercado-alvo ao marketing social, se estrutura a tecnologia de administração da mudança social através da definição, projeto, realização e manutenção do ajuste que se quer realizar(KOTLER; ROBERTO, 1992).Assim como o marketing busca identificar e satisfazer necessidades(KOTLER; KELLER, 2012),a definição da mudança social ou ajuste se trata do primeiro passo do marketing social, identificando necessidades existentes nos públicos-alvo escolhidos como adotantes. Apesar de o marketing social tratar de problemas sociais, nada garante que os membros da sociedade o reconheçam como tal. Através da pesquisa de marketing social,é possível identificar o estado atual de conscientização do problema para melhor sugerir qual dos 4 tipos de mudança social é necessária atualmente para cada segmento da população(KOTLER; ROBERTO, 1992).O passo seguinte é o projeto do ajuste, onde o ajuste é traduzido num produto social adequado para os segmentos escolhidos. Nessa adequação, são realizados os processos de posicionamento e vestimenta, ou seja, se planeja como será projetada a imagem do produto, como o público-alvo deve recebê-la e qual a embalagem simbólica e marca usadas na campanha. Esta questão chama a atenção para a experiência obtida e mensagem que o público-alvo recebe através da campanha, que impactam significativamente no resultado.

Outro aspecto a ser levado em conta no projeto é a análise do meio ambiente de marketing. O conceito de concorrência aplicado ao marketing social deve ser ampliado não apenas para similares do produto social mas também outras alternativas que competem com o produto indiretamente. Levitt (1960) já atentava para este problema onde se falha em perceber a concorrência por achar que apenas o nicho em que se encontra é concorrência de fato, porque o pesquisador de marketing está pensando no seu ponto de vista e não no ponto de vista do público-alvo. No caso do marketing social,é relevante compreender que tanto as práticas alternativas a prática proposta quanto as práticas contrárias são, de fato, concorrência. Até mesmo o produto social dos hábitos de alimentação saudável tem concorrência contrária na alimentação não-saudável (ou seja, na não-adoção do comportamento desejado) e concorrência indireta em outras maneiras de se sentir bem e saudável, como a realização de exercícios físicos ou uso de medicamentos e vitaminas, pois, do ponto de vista do adotante, estas são as outras opções que existem ao comportamento desejado, que também podem atender necessidades similares. Após execução do projeto, a manutenção do ajuste projetado para garante que a população mantenha os benefícios da mudança social em suas vidas.

5. MÉTODO

Esta pesquisa é composta de duas etapas, uma exploratória qualitativa e uma descritiva quantitativa. A etapa exploratória dará suporte a fase descritiva, contribuindo com possíveis atitudes e crenças que os consumidores podem formar a respeito da ingestão de sódio e assuntos relacionados. No âmbito geral dos objetivos, pode-se dizer que a pesquisa é descritiva porque seu objetivo é a descrição do comportamento, atitudes e crenças dos habitantes. De acordo com Malhotra (2012), esta pesquisa se enquadra como uma pesquisa de solução de problemas, porque ajuda a resolução de problemas de marketing específicos e, mais especificamente, como uma pesquisa de segmentação, pois a descrição da população pode ser usada na criação de perfis de estilo de vida, demografia e seleção de mercados alvos com maior potencial e sensibilidade para a mudança social desejada. Sobre a relação entre as 2 etapas, Malhotra (2012) reflete que um projeto de pesquisa pode conter mais de um tipo de concepção de pesquisa, para que se atinja mais objetivos. Assim, com a fase exploratória definimos o problema, suas variáveis e cursos de ação e, na etapa descritiva, identificamos quais destas são estatisticamente representativas na população escolhida.

5.1. FASE EXPLORATÓRIA

Na fase exploratória, esta pesquisa fez uso de entrevistas em profundidade com diferentes tipos de indivíduos identificados como possíveis interessados nos benefícios de uma reduzida ingestão em sódio, consumidores e especialistas em saúde. Segundo Malhotra (2012), a fase exploratória "é usada em casos nos quais é necessário definir o problema com mais precisão, identificar cursos relevantes de ação ou obter dados adicionais antes de poder desenvolver uma abordagem".A partir dessas entrevistas, identificamos crenças e atitudes possíveis, dados de natureza qualitativa, que colocamos no questionário da etapa seguinte. Os 8 entrevistados (7 deles tem gravações de áudio disponíveis) foram escolhidos de maneira a representar percepções e atitudes diferentes, cada um tendo área de atuação, conhecimento factual sobre o assunto da nutrição e sódio, escolaridade, renda e idades diferentes entre si. As crenças e atitudes mais representativas e recorrentes foram escolhidas de acordo com julgamento do pesquisador, por ser ideias repetidas por mais de um entrevistado. As entrevistas tiveram seu áudio gravado para que os assuntos podem ser abordados novamente sem a necessidade de se comunicar com os entrevistados e o número de entrevistas foi suficiente para identificar um grande número de crenças e atitudes

comuns, além de possibilidades para o teste de informação, com ideias que as pessoas não estão tão familiarizadas. Nenhum entrevistado mostrou nenhum tipo de receio quanto a possibilidade de ter o áudio gravado, então se espera que isso não tenha influenciado as respostas de maneira muito significativa, sendo alguns comentários dos entrevistados uma boa demonstração de sensação de conforto e privacidade que eles sentiam na entrevista individual.

A entrevista em profundidade, técnica usada na fase exploratória,é uma forma direta e não estruturada de pesquisa. Apesar de ter um roteiro de perguntas, o entrevistador deve utilizar das perguntas abertas e das respostas mais interessantes à pesquisa para dar continuidade as respostas do entrevistado, abrindo para que o entrevistado explique melhor as respostas que ainda não estejam tão claras. O uso de perguntas abertas permitem que o entrevistado se expresse a respeito do assunto como achar melhor e são mais úteis na identificação de crenças e atitudes possíveis a respeito de um assunto. Sobre esta técnica, Malhotra (2012) explica:

> O entrevistador procura seguir um esquema predeterminado, similar ao guia do moderador para os grupos de foco. Entretanto, o fraseado específico das perguntas e a ordem de sua formulação são influenciados pelas respostas do entrevistado. A sondagem tem importância decisiva para obter respostas significativas e para desvendar questões ocultas, e é feita pela formulação de perguntas do tipo " o que o leva a afirmar isso?", "isso é interessante, pode explicar melhor?" ou "existe alguma coisa que gostaria de acrescentar?"(MALHOTRA, 2012)

O autor também enumera variadas situações onde as entrevistas em profundidade são úteis, algumas delas sendo parte da proposta da pesquisa, como "a compreensão detalhada de um comportamento complicado" e "situações em que existem normas sociais rígidas e o entrevistado pode ser facilmente influenciado pela resposta de grupo" (MALHOTRA, 2012).Esta última atenta para o fato de que poderia haver pressão social de outros respondentes para que a pessoa afirmasse a importância de viver de maneira saudável, mesmo ela não concordando ou não realizando este comportamento. Apesar da entrevista em profundidade ser uma abordagem direta por não esconder suas intenções de seus entrevistados, algumas questões do roteiro de entrevista foram elaboradas fazendo uso de especificidades da técnica projetiva. Esta técnica é usada para que os respondentes projetem "para a situação suas próprias motivações, crenças ou sentimentos. Quanto mais ambígua a situação, mais os entrevistados projetam suas emoções, necessidades, motivos, atitudes e valores (…)." As perguntas foram elaboradas de maneira a estimular o entrevistado a falar de como um determinado assunto se relaciona com o assunto principal da ingestão de sódio, mas nenhuma questão emitia julgamento de valor a respeito destas associações possíveis, evitando que o entrevistador possa forçar algum viés pessoal nas respostas do entrevistado. Em outras, sugeriu que o entrevistado usasse sua experiência pessoal como base para suas respostas, garantindo assim que

suas respostas fossem em algum nível pautadas por acontecimentos que marcaram a memória do entrevistado.

5.2. FASE DESCRITIVA

Na fase descritiva, será feito um levantamento de dados(*survey*) com um questionário presencial, para acelerar o processo de coleta, escolhendo os participantes de maneira a garantir uma amostra probabilística representativa da população de Porto Alegre. As questões farão uso da escala Likert para descrever atitudes e crenças que os respondentes vão opinar o grau de concordância, além de um pequeno teste de conhecimentos para verificar a necessidade de informar o cidadão e também um pequeno perfil de consumo alimentar e outros hábitos influentes na alimentação. O estudo é transversal pois não visa monitorar mudanças na população ao longo do tempo, apenas verifica a amostra uma única vez.

O questionário, segundo Kotler e Keller (2012),é um conjunto de perguntas feitas para entrevistados e faz uso de perguntas fechadas. As perguntas fechadas têm suas respostas possíveis preconcebidas, permitindo interpretação e tabulação facilitada, e serão usadas na fase descritiva da pesquisa. Como pode se perceber, é necessário a elaboração de uma boa fase exploratória com perguntas abertas para se construir um questionário com perguntas fechadas que resulte em dados estatísticos significativos e válidos. No questionário com as perguntas fechadas, se propõe o uso de questões com escalas do tipo Likert, em que o entrevistado indica concordância ou discordância com uma crença ou atitude a respeito do assunto, escalas de importância, de classificação, de intenção e também questões para confirmar o atual estilo de vida, dados socioeconômicos e comportamentos do respondente com relação ao sódio. A maioria das escalas usadas nas questões será de mensuração de intervalos. As questões são ordenadas de maneira a evitar certos vieses comuns dos questionários com escalas tipo Likert, como, segundo McLeod (2008), a garantia de anonimato para que o respondente não sinta pressão social na escolha das respostas ou colocar as questões dispostas de maneira que a resposta anterior não influencie a seguinte, garantindo que elas tenham assuntos ou posicionamentos diferentes entre si (STRAKER, [20--]). As questões também foram colocadas de maneira concisa, cada uma abordando uma crença ou atitude específica, para evitar a fadiga dos respondentes.

A escala intervalar, segundo Malhotra (2012),é a escala em que “se utilizam números para pontuar/classificar objetos, de modo que distâncias numericamente iguais na escala representem distâncias iguais na característica que está sendo medida”.Estas permitem várias análises estatísticas

como desvio-padrão, média aritmética, mas nem todas técnicas estatísticas necessariamente farão sentido ou devem ser aplicadas aos dados mensurados desta maneira. São similares a escalas de ordem, mas estas apenas atribuem ordem ou graduação entre os objetos, sem estabelecer a distância entre os objetos, apenas detalhando que um objeto é superior ao outro em alguma característica. Por fim, a escala intervalar é comumente usada na mensuração de atitudes e opiniões. A escala de tipo Likert usada nesta pesquisa contém 5 opções variando em intensidade, entre "concordo fortemente" e "discordo fortemente",mais uma vez com a intenção de simplificar as opções de resposta. Também são usadas escalas de frequência e questões binárias para avaliar outras informações desejadas.

Quanto aos métodos de coleta, os questionários serão entregues pessoalmente aos respondentes. Kotler e Keller (2012) atentam para o fato de que a abordagem pessoal de entrevistados ou respondente é cara em recursos como tempo e dinheiro, mas geralmente assegura a completude de uma entrevista ou questionário, razão pela qual foi escolhida para ambas fases da pesquisa. A população-alvo são os habitantes de Porto Alegre, com mais de 16 anos, que serão escolhidos através da amostragem por conveniência que é uma técnica de amostragem não probabilística sem reposição, pois somente órgãos governamentais e empresas com grandes bancos de dados tem acesso ao método de amostragem aleatória com toda população de Porto Alegre. Nesta pesquisa de marketing, usamos os parâmetros estatísticos normalmente adotados de significância de 95,5%(com equivalência a dois sigmas) e erro amostral da ordem de 6%. De acordo com as informações demográficas, foi calculado o tamanho da amostra em 279 respondentes, com quotas resultantes das características demográficas identificadas como relevantes.

Tabela 1: Amostra calculada conforme população de Porto Alegre

Perfil(sexo,escolaridade)	População	Amostra
Homem,Fundamental completo ou incompleto	279063	63
Homem,Médio completo	173316	39
Homem,Superior completo	114897	26
Mulher,Fundamental completo ou incompleto	330244	74
Mulher,Médio completo	205103	46
Mulher,Superior completo	135970	31

Fonte: IBGE (2010)

As amostras podem ser recolhidas assim que for concluída a etapa de elaboração e testes do questionário, durante o primeiro semestre de 2016.A coleta será encerrada assim que completar

todas as quotas da amostra. As quotas definidas segmentam os participantes por gênero e escolaridade. Renda foi descartada como uma possibilidade de segmentação porque influencia em poucos aspectos(existe apenas uma afirmativa em todo o questionário que fala sobre sensibilidade a preço) que a educação não influencie, pois renda e educação tendem a ser correlacionadas e evita o constrangimento de falar da sua renda num questionário que tem como interesse maior hábitos alimentares, crenças sobre alimentação e informação sobre alimentação. Resumindo, se espera que a segmentação em escolaridade garanta uma representatividade da amostra, pois apenas uma questão em mais de 70 diz respeito a preço, única variável diretamente afetada pela renda. A região geográfica também não será controlada pois faria a coleta muito dispendiosa, mas a coleta será feita em bairros frequentados por segmentos variados da população para garantir que a coleta seja variada. Shoppings, barzinhos e praças serão os lugares de preferência da coleta, porque contém movimento e variados segmentos da população, que geralmente estão nestes lugares de maneira estacionária.

A literatura atenta que esta técnica tem muitas fontes potenciais de tendenciosidade, algumas sendo combatidas respeitando a proporção dos indivíduos selecionados conforme a proporção que estes compõe a população e outras sendo impossíveis de se evitar, como a voluntariedade dos participantes resultando em autosseleção. Apesar de teoricamente não poder generalizar os resultados desta técnica para a população, muitos pesquisadores de marketing usam a técnica com bons resultados, controlando a seleção dos indivíduos para tentar melhor representar o público-alvo (MALHOTRA, 2012),nas categorias que o pesquisador julga ser relevantes ao estudo. O arcabouço amostral será todos que entrarem em contato com o questionário através do entrevistador, que estará presentes em diferentes ambientes públicos da cidade para conseguir achar grande número de possíveis respondentes com facilidade. Os respondentes receberão e responderão os questionários nos lugares em que forem encontrados. Os resultados dessa fase também serão complementados com dados de fontes secundárias a respeito da alimentação e consumo dos porto-alegrenses, que já estão presentes nas pesquisas realizadas pelo Instituto Brasileiros de Geografia e Estatística(2013, 2015).Estes dados secundários são os que nos permitem inferir que, em média, o gaúcho em qualquer área urbana ou rural ingere grandes quantidades de sódio, assim como no resto do Brasil. Outros dados secundários também serão usados para a formação das amostras da população que serão pesquisadas na fase seguinte.

Após a execução das entrevistas, foram identificadas as crenças e atitudes mais comuns nas respostas dos entrevistados, informações que poderiam ser usadas para testar o conhecimento da amostra na fase descritiva e soluções de variados tipos para o problema de ingestão de sódio a ser testadas dentro do questionário da fase descritiva. As afirmativas e questões contidas no

questionário tem como objetivo testar variadas possibilidades que podem afetar o cenário da redução de sódio. Posteriormente, variados itens do questionário foram agrupados e reorganizados de acordo com os objetivos da pesquisa, também para garantir que cada crença ou atitude corresponda a apenas uma questão, reduzindo o tamanho do questionário e tornando-o mais fácil de aplicar. As questões de 1 a 15 traçam um perfil do consumidor, que podem ser úteis na segmentação. Da 16 até a 36, temos informações sobre ingestão de sódio e nutrição que os respondentes devem dizer se acham que elas são verdadeiras ou falsa, para avaliarmos o quão bem informados estão os cidadãos de Porto Alegre. Depois do teste de informação, temos as afirmativas que representam as crenças e atitudes identificadas como mais comuns para que o respondente diga, de acordo com a escala Likert de concordância, se concorda com estas crenças e atitudes, assim revelando subjetivamente as suas próprias crenças e atitudes. Neste pedaço do questionário, se codificou as crenças e atitudes saudáveis com um S e as não-saudáveis com um NS, intercalando as afirmativas para evitar que um grande número de ideias saudáveis ou não-saudáveis pudesse cristalizar uma posição específica que fosse afetar as respostas seguintes. Por último, se colocou o questionário de frequência alimentar elaborado com a ajuda da Dr. Elaine Micheli do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Este foi colocado por último porque o questionário acabou ficando um tanto extenso e para o caso de haver fadiga dos respondentes, o cansaço mental afetaria esta parte que é de menor interesse e que tem sua execução mais simples. O questionário apenas funcionar para que o respondente relate seu consumo numa escala Likert de frequência mas não pode ser usado para fazer inferências a respeito da ingestão de sódio, pois não possui outros elementos necessários para se avaliar a quantidade e não é nem a intenção deste trabalho fazê-lo.

6. ANÁLISE DE DADOS

Os primeiros itens do questionário tem o objetivo de segmentar a amostra usando os critérios de idade, escolaridade e sexo. A intenção foi manter a paridade da amostra com a população de Porto Alegre, segundo os dados do IBGE, no quesito escolaridade e sexo mas não no quesito idade. A questão da idade tinha o número como resposta, mas é evidente que as faixas criadas posteriormente a pesquisa ajudam a identificar uma participação grande de adolescentes e jovens adultos como respondentes da pesquisa, pois são a maior parte da população que tem apenas ensino fundamental completo.

Tabela 2: Sexo dos respondentes

Sexo	Frequência	%

Masculino	128	46
Feminino	151	54
Total	279	100

Tabela 3: Escolaridade dos respondentes

Escolaridade	Frequência	%
Ensino fundamental completo ou incompleto	137	49,1
Ensino médio completo	85	30,5
Ensino superior completo	57	20,4

Tabela 4: Idade dos respondentes

Idade	Frequência	%
15 a 18	135	48,4
19 a 25	73	26,2
26 pra cima	71	25,4

Nas questões relativas a hábitos dos respondentes, temos um número crescente de pessoas que faz refeições fora de casa, com 63,5% dos respondentes comendo fora de casa pelo menos uma vez ou mais na semana Comer fora semanalmente é a norma expressa, provavelmente pela impossibilidade de se ter tempo ou vontade para preparar sua refeição para o horário de trabalho. A telentrega se mostra menos frequente com 76% dos respondentes não tendo a telentrega como hábito semanal, não satisfazendo as necessidades do estilo de vida do trabalhador. Quanto aos exercícios físicos, as 2 respostas mais escolhidas não estão próximas entre si. A resposta mais frequente é a prática de exercício físico entre 2 a 4 vezes por semana com 29%, as pessoas que não fazem exercício representam 24%.Uma análise mais profunda dos números demonstra uma diferença significativa nos hábitos conforme idade e escolaridade, sendo os adolescentes que ainda não terminaram o ensino médio os que mais praticam exercícios físicos, provavelmente porque têm mais tempo livre para realizar estas atividades. Entre os respondentes que tem ensino superior também tem uma parcela significativa realizando atividades físicas mas não o fazem de maneira compulsória como os jovens fazem na escola. O sexo do respondente não apresentou correlação com a questão do exercício físico.

Tabela 5: "Com que frequência você realiza exercícios físicos?" por escolaridade, teste de significância

Q4*Q3	EF	EM	ES	Total
Nunca ou menos de 1 vez por mês	19(13,9%)	35(41,2%)	13(22,8%)	67(24%)
1 a 3 vezes por mês	22(16,1%)	16(18,8%)	10(17,5%)	48(17,2%)
1 vez por semana	29(21,2%)	8(9,4%)	6(10,5%)	43(15,4%)
2 a 4 vezes por semana	43(31,4%)	17(20%)	21(36,8%)	81(29%)
5 ou mais vezes por semana	24(17,5%)	9(10,6%)	7(12,3%)	40(14,3%)
Total	137(100%)	85(100%)	57(100%)	279(100%)
Significância do teste Qui-Quadrado	0,000			

Tabela 6: "Com que frequência você realiza exercícios físicos?" por idade, teste de significância

Q4*Idade2	Até 18 anos	19 a 25 anos	Mais de 25 anos	Total
Nunca ou menos de 1 vez por mês	15(11,1%)	29(39,7%)	23(32,4%)	67(24%)
1 a 3 vezes por mês	26(19,3%)	14(19,2%)	8(11,3%)	48(17,2%)
1 vez por semana	28(20,7%)	9(12,3%)	6(8,5%)	43(15,4%)
2 a 4 vezes por semana	44(32,6%)	14(19,2%)	23(32,4%)	81(29%)
5 ou mais vezes por semana	22(16,3%)	7(9,6%)	11(15,5%)	40(14,3%)
Total	135(100%)	73(100%)	71(100%)	279(100%)
Significância do teste Qui-Quadrado	0,000			

Tabela 7: Frequência das respostas das questões 4, 9 e 10

Respostas>	Nunca ou menos de 1 vez por mês		1 a 3 vezes por mês		1 vez por semana		2 a 4 vezes por semana		5 vezes ou mais por semana	
Questões	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
(4)Exercício físico	67	24	48	17,2	43	15,	81	29	40	14,3

(9)Come fora de casa	33	11,8	69	24,7	50	17,9	63	22,6	64	23
(10)Telentrega	117	41,9	95	34,1	44	15,8	20	7,2	3	1,1

A questão 5 foi elaborada com a intenção de saber quem tem cuidados especiais com a alimentação ou autorregula sua própria alimentação, com 32,6% dos entrevistados respondendo que sim, sendo que aproximadamente 2 terços desses respondentes são mulheres e a questão apresenta forte correlação com o sexo do respondente. Essa correlação também se apresenta na questão 11,que pergunta se a pessoa já consultou uma nutricionista, sendo a resposta sim mais prevalente em mulheres. A questão 6 foi elaborada como contraponto, caso doenças, intolerâncias ou alergias fossem o motivo para que a pessoa controlasse sua alimentação e apenas 17,6% tinham recomendações médicas a respeito da alimentação. Na questão 7 e 8, perguntamos em que situação as pessoas usam o sal de cozinha. 82,8% dos entrevistados afirmou usar o sal de cozinha no preparo e apenas 25,1% afirmou usar o saleiro durante a refeição. As questões 12 e 13 tinham o objetivo de testar se o tempo e incapacidade culinária seriam desculpas para comer alimentos industrializados, mas a maioria dos respondentes afirmou saber e poder cozinhar no dia a dia.

Tabela 8: "Você tem o costume de realizar dietas?",por sexo e teste de significância

Q5*Q1	Masc.	Fem.	Total
Sim	29 (22,7%)	62(41,1%)	91(32,6%)
Não	99(77,3%)	89(58,9%)	188(67,4%)
Total	128(100%)	151(100%)	
Significância do teste Qui-Quadrado	0,001		

Tabela 9: "Você já foi em uma nutricionista?" por sexo e teste de significância

Q11*Q1	Masc.	Fem.	Total
Sim	46(35,9%)	74(49%)	120(43%)
Não	82(64,1%)	77(51%)	159(57%)
Total	128(100%)	151(100%)	
Significância do teste Qui-Quadrado	0,028		

Tabela 10Frequência das respostas das questões 5,6,7,8,11,12,13,14

Respostas>	Sim		Não	
Questões	Fr	%	Fr	%
(5)Faz dieta	91	32,6	188	67,4
(6)Restrições alimentares por motivo de saúde	49	17,6	230	82,4
(7)Sal no preparo	231	82,8	48	17,2
(8)Usa saleiro na refeição	70	25,1	209	74,9
(11)Já consultou nutricionista	119	42,7	160	57,3
(12)Sabe cozinhar	220	78,9	59	21,1
(13)Tem tempo para cozinhar	187	67	92	33
(14)Conhece dieta p/ combater hipertensão	68	24,4	211	75,6

A questão 15, da ingestão pessoal de sal na alimentação, é interessante se comparada com as questões 16 e S1,que trazem em diferentes formatos a percepção dos respondentes a respeito da alimentação da população como um todo. Aproximadamente dois terços dos respondentes afirmam ingerir pouco sal na sua alimentação, em contraste com o fato de que 97,1% deles afirmam que a população brasileira como um todo consome sal demais na sua alimentação, a média de concordância na questão S1 é de 4,54,indicando exatamente a mesma lacuna na percepção dos respondentes entre a própria alimentação e a dos outros. A concordância com a questão S1 é maior entre mulheres e também aumenta conforme a escolaridade.

Tabela 11: "Eu consumo _____ sal na minha alimentação."

Respostas>	Muito		Pouco	
Questão	Fr	%	Fr	%
(15)Ingere _ sal	91	32,6	188	67,4

Tabela 12: Significância e média da questão S1”Acredito que os brasileiros consumam sal demais na sua alimentação”, por Sexo dos respondentes

S1*q1	Média
Masc.	4,42
Fem	4,64
Total	4,54

Significância do teste	0,021

Tabela 13: : Significância e média da questão S1”Acredito que os brasileiros consumam sal demais na sua alimentação, por Escolaridade dos respondentes

S1*q3	Média
EF	4,39
EM	4,66
ES	4,72
Total	4,54
Significância do teste	0,005

No teste de conhecimentos, entre as 21 questões, a maioria dos respondentes conseguiu acertar 16 delas, sobrando apenas 5 questões que os respondentes tiveram dificuldade de responder corretamente. Neste caso, como todo acerto numa pergunta com duas opções pode ser um chute,é mais interessante analisar os erros. As questões que os respondentes mais erraram são as de número 17,22,25,26,27.A questão 17 atentava para uma prática muito comum de ingerir sal como método para combater a pressão baixa. A simples ingestão de sal não aumenta a pressão instantaneamente, podendo causar um pico na pressão em um outro momento do dia quando a pressão baixa já tiver passado e o método recomendado por médicos é deitar o paciente e levantar as pernas dele para estimular o fluxo sanguíneo na região superior do corpo. Apenas 36,2% das pessoas conseguiram acertar esta questão, sendo que a taxa de acerto da questão é maior entre os que possuem maior escolaridade, mas nunca passando de 50% dentro do segmento de escolaridade analisado. As questões 18 e 19 também apresentaram correlação com a escolaridade mas a maioria dos respondentes acertou estas. Elas falam sobre temperos, com e sem sódio, e testam se o respondente sabe que temperos industrializados têm sódio e outros temperos não têm, sendo substitutos mais adequados.

Tabela 14: "Quando alguém está com a pressão baixa , é só fazer a pessoa comer sal que a pressão aumenta logo em seguida" por escolaridade, teste de significância

Q17*Q3	EF	EM	ES	Total
V	96(70,1%)	56(65,9%)	25(44,6%)	177(63,7%)
F	41(29,9%)	29(34,1%)	31(55,4%)	101(36,3%)

Total	137(100%)	85(100%)	56(100%)	278(100%)
Significância do teste Qui-Quadrado	0,003			

Tabela 15: "Podemos substituir o sal dos alimentos por caldo de galinha, extrato de tomate, ketchup e mostarda porque estes não tem sódio na sua composição" por escolaridade, teste de significância

Q18*Q3	EF	EM	ES	Total
V	34(24,8%)	10(11,8%)	8(14%)	52(18,6%)
F	103(75,2%)	75(88,2%)	49(86%)	227(81,4%)
Total	137(100%)	85(100%)	57(100%)	279(100%)
Significância do teste Qui-Quadrado	0,032			

Tabela 16: “Para evitar o sal, existem vários temperos com diferentes sabores que ajudam a compensar a redução de sal na comida”por escolaridade, teste de significância

Q19*Q3	EF	EM	ES	Total
V	128(94,1%)	75(88,2%)	57(100%)	260(93,5%)
F	8(5,9%)	10(11,8%)	0	18(6,5%)
Total	136(100%)	85(100%)	57(100%)	278(100%)
Significância do teste Qui-Quadrado	0,019			

A questão 22 trata de novas alternativas no consumo de sal, que se apresentam como mais saudáveis. A questão foi escrita de maneira a não permitir o erro de interpretação pois não é possível afirmar que as opções alternativas são mais ou menos saudáveis que o sal comum, mas é possível afirmar que elas não contém menos sódio em sua composição. Se existem características superiores nestes produtos alternativos, elas certamente não se tratam do teor de sódio que estes sais mais caros possuem e podem se tratar de questões de engenharia de alimentos, como o produto se espalhar melhor ou ter sabor mais perceptível. Todos os produtos listados têm valores superiores ou similares ao sal de cozinha. É interessante que mais de dois terços dos respondentes associem

menos sódio como um dos benefícios destes produtos, provavelmente em decorrência da propaganda que passa uma imagem saudável e o alto custo sendo associado a imagem do produto como uma garantia de qualidade ou a melhor opção no consumo de sal. O mais interessante é que esta questão não se correlaciona com escolaridade, ou seja, qualquer um independente da escolaridade pode acertar ou errar esta questão. Na amostra coletada, o percentual de erro foi maior com as pessoas de maior escolaridade, apesar de não ser significante a diferença e não ser possível afirmar que existe uma diferença.

Tabela 17: "Sais mais caros, como a flor de sal, sal marinho ou o sal negro, contém menos sódio em sua composição e são mais saudáveis"por escolaridade, teste de significância

Q22*Q3	EF	EM	ES	Total
V	88(66,7%)	57(67,1%)	40(72,7%)	185(68%)
F	44(33,3%)	28(32,9%)	15(27,3%)	87(32%)
Total	132(100%)	85(100%)	55(100%)	272(100%)
Significância do teste Qui-Quadrado	0,702			

A questão 26 foi elaborada com a intenção de identificar como a percepção de um produto pode deixar as pessoas cautelosas com a categoria de produtos como um todo. Na pesquisa exploratória, entrevistados identificavam que água mineral seria um produto que poderia conter muito sódio, mas na área de nutrição está claro que a categoria não representa nenhuma ingestão significativa de sódio, independente de marca ou origem da água mineral(água não é uma categoria no questionário de frequência alimentar, por exemplo).Esta questão é exacerbada com o fato de que existem muitas outras bebidas não-alcóolicas com teores maiores de sódio que passam desapercebidas pelo clamor público. Assim sendo, 78,1% dos respondentes erraram a questão, afirmando que a água pode ser um produto rico em sódio. As questões 25 e 27 são questões cujo significado é igual, apesar do texto diferente, e testam se a pessoa sabe a diferença entre as recomendações diárias de ingestão de sódio e sal, e se é capaz de diferenciar o mineral do sal. Portanto, não faz sentido analisar individualmente se a pessoa acertou cada questão mas sim se ela

acertou ambas. Apenas 19,35% dos respondentes compreenderam que as afirmativas tinham valores exagerados e responderam corretamente que ambas eram falsas. Por algum motivo, a questão 27 apresentou forte correlação com idade e escolaridade enquanto a questão 25 não apresentou nenhuma correlação. É possível que a informação a respeito das quantidades de ingestão diária de sal e do sódio tenham veiculações separadas, sendo mais comum a abordagem de um conceito em relação ao outro. Respostas corretas estão assinaladas em vermelho na tabela abaixo.

Tabela 18: Frequência das respostas das questões 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36 com respostas corretas em vermelho

Respostas>	V		F		S/ R	
Questões	Fr	%	Fr	%	Fr	%
(16)	271	97,1	8	2,9		
(17)	177	63,4	101	36,2	1	0,4
(18)	52	18,6	227	81,4		
(19)	260	93,2	18	6,5	1	0,4
(20)	96	34,4	183	65,6		
(21)	264	94,6	13	4,7	2	0,7
(22)	185	66,3	87	31,2	7	2,5
(23)	259	92,8	17	6,1	3	1,1
(24)	255	91,4	23	8,2	1	0,4
(25)	142	50,9	132	47,3	5	1,8
(26)	218	78,1	61	21,9		
(27)	154	55,2	121	43,4	4	1,4
(28)	174	62,4	103	36,9	2	0,7
(29)	9	3,2	270	96,8		
(30)	78	28	200	71,7	1	0,4
(31)	32	11,5	243	87,1	4	1,4
(32)	232	83,2	47	16,8		
(33)	67	24	210	75,3	2	0,7
(34)	268	96,1	11	3,9		
(35)	261	93,5	15	5,4	3	1,1
(36)	241	86,4	35	12,5	3	1,1

Tabela 19: Cruzamento das respostas das questões 25 e 27,que testam conhecimento sobre ingestão recomendada

		q25		
		V	F	Total
q27	V	76(27,74%)	78(28,47%)	154(56,2%)
	F	66(24,09%)	54(19,74%)	120(43,8%)
	Total	142(51,82%)	132(48,18%)	274(100%)

A seguir, temos as questões de graus de concordância. Elas foram inicialmente categorizadas em saudáveis e não-saudáveis e, portanto, a concordância com as afirmativas não-saudáveis afeta negativamente o comportamento de um indivíduo com relação a ingestão de sódio e vice-versa. Depois foram ordenadas de forma crescente para formar 3 grupos. As 9 questões mais distantes da neutralidade em cada um dos extremos formaram cada um grupo cada uma, e o último grupo foi composto das 10 mais próximas de uma concordância neutra(eram 28 questões no total),chamado grupo neutro.

A intenção da questão NS4 era cruzar a informação de que o iodo faria as pessoas verem o sal como necessário na alimentação e que isso atrapalharia o combate ao sal de mesa, conforme sugerido pelo relatório da Organização Pan-americana de Saúde (LEGETIC. 2014).Com um valor relativamente próximo a neutralidade, é questionável a possibilidade dos respondentes ter uma opinião formada sobre o assunto e isso realmente representar uma barreira para a redução da ingestão de sódio. No entanto, a questão foi agrupada com as de média mais positiva porque haviam outras ainda mais próximas do centro.

As questões S12,NS12,S13 tiveram um resultado similar. Todas elas tiveram médias próximas a 3(sendo 3,1;2,9 e 3,3),o que sugere pouquíssima disposição favorável a aceitar perdas nos componentes de preço, sabor ou textura e prazo de validade, ou seja, apesar de ser uma média positiva, a proximidade do valor neutro é muito maior do que do extremo positivo. Isso difere um pouco da pesquisa de Salovaara(2009),em que os testes mostraram uma rejeição da perda do sabor, motivo pelo qual o autor sugere mudanças que não possam ser percebidas pelo paladar. No entanto, a metodologia da pesquisa do autor fazia uso de testes de palatabilidade, o que pode explicar a diferença no resultado entre o que a pessoa acha que quer e o que de fato aceita consumir. Especificamente na NS12,as mulheres estavam significativamente mais sujeitas a aceitar alterações

de preço que os homens.

Tabela 20: Significância e média da questão NS12”Pagar mais por um produto sem sódio é algo que eu nunca faria”, por sexo dos respondentes

NS12*q1	Média
Masc.	3,09
Fem	2,74
Total	2,90
Significância do teste	0,02

As questões NS6 e NS7 se tratam de crenças que dizem respeito o quanto os respondentes estão interessados em se prevenir contra ingestão excessiva de sódio. No entanto, a S11 questiona se as outras pessoas que não os respondentes também teriam o mesmo interesse. As questões NS6 e NS7 tiveram as médias 1,71 e 2,19 respectivamente. Isso indica que os respondentes seguramente rejeitam as crenças que promovem uma despreocupação com a ingestão excessiva de sódio. A questão NS7 apresentou médias significativamente diferentes com idade, sendo a rejeição à crença mais forte na faixa de respondentes com mais de 25 anos. A NS6 apresentou médias significativamente diferentes com a escolaridade, com o grupo de respondentes com ensino superior apresentando a maior rejeição à crença apresentada.

Tabela 21: Significância e média da questão NS7”Quando saio pra comer, não me importo de exagerar no sal”, por Idade dos respondentes

NS7*Idade2	Média
Ate 18 anos	2,10
De 19 a 25 anos	2,62
Mais de 25 anos	1,90
Total	2,19
Significância do teste	0,003

Tabela 22: Significância e média da questão NS6 ”Não me importo com a ingestão excessiva de sódio, pois isso é algo que só vou ter que me preocupar se eu me tornar hipertenso”, por Escolaridade dos respondentes

NS6*q3	Média
EF	1,80
EM	1,78
ES	1,37
Total	1,71
Significância do teste	0,044

A S11 teve um resultado mais neutro, apesar de positivo, com média 3,38. Mais uma vez, os respondentes se percebem de maneira mais positiva do que percebem o comportamento dos outros. Esta questão também foi alocada no grupo das médias mais positivas.

As questões NS1,NS2,NS3 e NS5 apresentam crenças que mostram a importância que o sal tem na alimentação da pessoa. Somente a NS1,que dizia respeito mais propriamente aos hábitos, teve uma média positiva no valor de 3,23.A NS2, a NS3 e a NS5 tiveram as médias 2,46;2,83 e 2,13 respectivamente, ou seja, as crenças que valorizam o sal verbalmente não se sustentam mas o comportamento que demonstra a importância do sal é mais admitido do que as crenças que o suportam.

No âmbito das soluções, temos as questões S2,S3,S4,S5,S6 que tratam de variadas soluções para combater a ingestão de sódio excessiva da população. A questão S5 foi a que teve maior aceitação no questionário inteiro, com média 4,61, e trata da necessidade de mais informação para a população. As outras soluções apresentadas como crenças se tratam de intervenções e regulamentações governamentais de variados tipos, sendo que tiveram médias positivas as questões S2, S3 e S4, com as médias 3,21; 3,21 e 3,95; respectivamente. A questão S4 teve as médias diferentes entre as diferentes faixas etárias, com a faixa de respondentes mais de 25 anos tendo média mais alta que as outras.

Tabela 23: Significância e média da questão S4”Acredito que as empresas devem ser obrigadas a reduzir o sódio nos alimentos”, por Idade dos respondentes

S4*Idade2	Média
Até 18 anos	3,86
De 19 a 25	3,82

anos	
Mais de 25 anos	4,25
Total	3,95
Significância do teste	0,31

A única que não foi tão bem-aceita foi a S6, com a média de 2,79; contendo o seguinte texto:“Acredito que leis que impedem as pessoas de salgar sua comida a seu gosto são boas para resolver o problema do excesso de sal na comida”. Apesar do grande apoio dos respondentes ao uso da informação como método de combate ao problema, a questão S8 demonstra que o costume de ler o rótulo não é tão difundido assim, tendo média de 2,9. Um aumento na escolaridade e na idade dos respondentes aumenta a média de concordância com o comportamento descrito na questão.

Tabela 24: Significância e média da questão S8”Costumo ler o rótulo dos alimentos que compro para me informar quanto sódio está presente nele”, por Escolaridade dos respondentes

S8*q3	Média
EF	2,62
EM	3,08
ES	3,28
Total	2,90
Significância do teste	0,006

Tabela 25: Significância e média da questão S8”Costumo ler o rótulo dos alimentos que compro para me informar quanto sódio está presente nele”, por Idade dos respondentes

S8*Idade2	Média
Até 18 anos	2,73
De 19 a 25 anos	2,79
Mais de 25 anos	3,32
Total	2,90

Significância do teste	0,017

A questão S7,que trata da possibilidade de melhoria e insatisfação com o rótulo, pode ser uma boa explicação para este comportamento, pois se o rótulo não é útil, não vale a pena a sua leitura. Esta questão teve a média de 3,57,ficando no grupo de alta concordância. A questão NS8 trata da insegurança que as pessoas sentem com a informação que recebem sobre nutrição em geral e teve média 3,16; o que demonstra uma certa divisão entre os respondentes e espaço para melhorar a comunicação das novas descobertas e entendimentos sobre nutrição.

A questão S9 questiona se os respondentes associam vegetarianismo a dietas com baixo teor de sódio. A média 3,03 não demonstra nenhuma impressão em qualquer sentido a respeito do assunto ou divisão entre os respondentes. A questão NS9 questiona se os remédios para hipertensão permitem ao paciente dispensar uma mudança de comportamento. A média desta questão foi 1,96; indicando uma forte rejeição a ideia. Esta questão também apresentou médias cada vez menores conforme o aumento da escolaridade.

Tabela 26: Significância e média da questão NS9 ”Remédios para hipertensão permitem que uma pessoa hipertensa não tenha necessidade de mudar seus hábitos”, por Escolaridade dos respondentes

NS9*q3	Média
EF	2,12
EM	2,01
ES	1,47
Total	1,96
Significância do teste	0,002

A questão S10 questiona o quão bem informada a população está a respeito do sal presente na comida. Existe forte concordância de que a população não está bem informada a respeito da questão, a média de concordância sendo 4,06.A questão NS10 teve uma média 3,ou seja, os respondentes estiveram divididos a respeito da questão, e questiona se a alimentação saudável dá trabalho demais e se os respondentes desejam que a alimentação saudável seja facilitada. A questão NS11 tem a intenção de testar se os respondentes associam comer grandes quantidades de comida(excessos) a boas refeições. Com média 1,66; pode-se dizer que a crença foi rejeitada por grande parte dos respondentes. A rejeição se torna mais intensa conforme os respondentes possuem

mais escolaridade.

Tabela 27: Significância e média da questão NS11”Comer bem é comer muito, até não poder mais”, por Escolaridade dos respondentes

NS11*q3	Média
EF	1,88
EM	1,55
ES	1,30
Total	1,66
Significância do teste	0,003

A questão S14 questiona se os respondentes atribuem aos alimentos que já contém sódio a maior parte de sua ingestão de sódio. Os respondentes afirmaram fortemente que sim e a questão teve média 3,92.A questão S15 testa se as pessoas percebem a propriedade assintomática da hipertensão como responsável pelo descuido com a saúde e os respondentes afirmaram fortemente, com média 4,32.A concordância das mulheres sobre o assunto é menor, apesar dos comportamentos mais atentos com nutrição.

Tabela 28: Significância e média da questão S15”O fato da hipertensão não apresentar sintomas no começo da doença faz com que as pessoas só tratem quando a saúde já piorou muito”, por Sexo dos respondentes

S15*q1	Média
Masc.	4,45
Fem	4,21
Total	4,32
Significância do teste	0,024

Tabela 29: Significância e média da questão S15”O fato da hipertensão não apresentar sintomas no começo da doença faz com que as pessoas só tratem quando a saúde já piorou muito”, por Escolaridade dos respondentes

S15*q3	Média
EF	4,18

EM	4,38
ES	4,54
Total	4,32
Significância do teste	0,026

Por fim,a S16 questiona se os respondentes consideram a culinária gaúcha como pobre em temperos e responsável pela ingestão de sódio no Rio Grande do Sul. Os respondentes discordaram desta crença, com média de 2,85 de concordância.

Tabela 30: Médias de concordâncias das questões, em ordem crescente

	Média	Desvio-padrão
ns11	1,66	1,148
ns6	1,71	1,147
ns9	1,96	1,193
ns5	2,13	1,23
ns7	2,19	1,331
ns2	2,46	1,353
s6	2,79	1,258
ns3	2,83	1,452
s16	2,85	1,446
s8	2,9	1,474
ns12	2,9	1,267
ns10	3	1,408
s9	3,03	1,348
s12	3,1	1,261
ns8	3,16	1,238
s2	3,21	1,386
s3	3,21	1,363
ns1	3,23	1,372
s13	3,33	1,269
s11	3,38	1,286
ns4	3,39	1,081
s7	3,57	1,384
s14	3,92	1,08
s4	3,95	1,131
s10	4,06	1,22

s15	4,32	0,886
s1	4,54	0,776
s5	4,61	0,862

Abaixo temos uma média geral de concordância com as crenças e atitudes identificadas como saudáveis ou não. Apesar dos números mostrarem que os respondentes têm crenças e atitudes positivas em relação ao assunto, rechaçando as crenças e atitudes que atrapalhariam um comportamento saudável, nenhuma das 2 médias está muito distante dos valores que representam uma posição neutra as crenças e atitudes apresentadas no questionário. No entanto,é útil para os fins de marketing social saber que já existe uma predisposição favorável nos respondentes aos temas relacionados a alimentação e ingestão de sódio, que pode ser alavancada em uma maior conscientização e mudança de comportamento.

Tabela 31: Médias e desvios-padrão gerais divididos por tipos de crença Saudável e Não-saudável

Média da concordância com crenças saudáveis	Média da concordância com crenças não-saudáveis
3,5475	2,5516
Desvio-padrão das crenças saudáveis	Desvio-padrão das crenças não-saudáveis
0,6060	0,6107

Na parte do questionário de frequência alimentar, podemos perceber uma grande presença dos vegetais, laticínios, carne de boi, frango, pães, condimentos prontos na alimentação dos respondentes, sendo a maioria desses grupos alvos regionais de redução de sódio sugeridos pela Organização Pan-americana de Saúde (LEGETIC, 2014) e também alvos do acordo entre o Ministério da Saúde e a ABIA. O consumo de carne de boi e porco é significativamente maior em homens. O consumo de vegetais e tubérculos é maior em mulheres e jovens comem mais conservas enlatadas, pão cacetinho, bolachas doces, massas instantâneas, achocolatados líquidos, bebidas em pó, sendo os três últimos sendo mais frequentes em pessoas menos escolarizadas também. A escolaridade e a idade afetam também o consumo de confeitarias, mas não de uma maneira que se possa localizar perfeitamente uma relação direta entre quem consome mais ou não.

Tabela 32: Cruzamento entre a frequência de consumo de Carne de boi e o Sexo dos respondentes e resultado do teste de significância

Carne de boi*q1	Masc.	Fem.	Total

Nunca ou menos de 1 vez por mês	6(4,7%)	18(11,9%)	24(8,6%)
1 a 3 vezes por mês	6(4,7%)	17(11,3%)	23(8,2%)
1 vez por semana	13(10,2%)	8(5,3%)	21(7,5%)
2 a 4 vezes por semana	59(46,1%)	60(39,7%)	119(42,7%)
5 ou mais vezes por semana	44(34,4%)	48(31,8%)	92(33%)
Total	128(100%)	151(100%)	279(100%)
Significância do teste Qui-Quadrado	0,29		

Tabela 33: Cruzamento entre a frequência de consumo de Carne de porco e o Sexo dos respondentes e resultado do teste de significância

Carne de porco*q1	Masc.	Fem.	Total
Nunca ou menos de 1 vez por mês	36(28,1%)	75(49,7%)	111(39,8%)
1 a 3 vezes por mês	33(25,8%)	38(25,2%)	71(25,4%)
1 vez por semana	37(28,9%)	28(18,5%)	65(23,3%)
2 a 4 vezes por semana	21(16,4%)	6(4%)	27(9,7%)
5 ou mais vezes por semana	1(0,8%)	4(2,6%)	5(1,8%)
Total	128(100%)	151(100%)	279(100%)
Significância do teste Qui-Quadrado	0,00		

Tabela 34: Cruzamento entre a frequência de consumo de Vegetais e o Sexo dos respondentes e resultado do teste de significância

Vegetais*q1	Masc.	Fem.	Total
Nunca ou menos de 1 vez por mês	19(14,8%)	16(10,6%)	35(12,5%)
1 a 3 vezes por mês	9(7%)	14(9,3%)	23(8,2%)
1 vez por semana	15(11,7%)	15(9,9%)	30(10,8%)
2 a 4 vezes por semana	47(36,7%)	30(19,9%)	77(27,6%)
5 ou mais vezes por semana	38(29,7%)	76(50,3%)	114(40,9%)
Total	128(100%)	151(100%)	279(100%)
Significância do teste Qui-Quadrado	0,03		

Tabela 35: Cruzamento entre a frequência de consumo de Conservas enlatadas e Idade dos respondentes e resultado do teste de significância

Conservas enlatadas*Idade2	Até 18 anos	19 a 25 anos	Mais de 25 anos	Total
Nunca ou menos de 1 vez por mês	28(20,7%)	23(31,5%)	23(32,4%)	74(26,5%)
1 a 3 vezes por mês	32(23,7%)	18(24,7%)	23(32,4%)	73(26,2%)
1 vez por semana	36(26,7%)	23(31,5%)	15(21,1%)	74(26,5%)
2 a 4 vezes por semana	29(21,5%)	8(11%)	9(12,7%)	46(16,5%)
5 ou mais vezes por semana	10(7,4%)	1(1,4%)	1(1,4%)	12(4,3%)
Total	135(100%)	73(100%)	71(100%)	279(100%)
Significância do teste Qui-Quadrado	0,041			

Tabela 36: Cruzamento entre a frequência de consumo de Pão Cacetinho e Idade dos respondentes e resultado do teste de significância

Pão Cacetinho*Idade2	Até 18 anos	19 a 25 anos	Mais de 25 anos	Total
Nunca ou menos de 1 vez por mês	22(16,3%)	8(11%)	15(21,1%)	45(16,1%)
1 a 3 vezes por mês	9(6,7%)	7(9,6%)	10(14,1%)	26(9,3%)
1 vez por semana	26(19,3%)	13(17,8%)	13(18,3%)	52(18,6%)
2 a 4 vezes por semana	41(30,4%)	27(37%)	8(11,3%)	76(27,2%)
5 ou mais vezes por semana	37(27,4%)	18(24,7%)	25(35,2%)	80(28,7%)
Total	135(100%)	73(100%)	71(100%)	279(100%)
Significância do teste Qui-Quadrado	0,038			

Tabela 37: Tabela 25: Cruzamento entre a frequência de consumo de Massas Instantâneas e Escolaridade dos respondentes e resultado do teste de significância

Massas instantâneas*q3	EF	EM	ES	Total
Nunca ou menos de 1 vez por mês	50(36,5%)	40(47,1%)	39(68,4%)	129(46,2%)

1 a 3 vezes por mês	38(27,7%)	20(23,5%)	10(17,5%)	68(24,4%)
1 vez por semana	24(17,5%)	13(15,3%)	4(7%)	41(14,7%)
2 a 4 vezes por semana	16(11,7%)	8(9,4%)	2(3,5%)	26(9,3%)
5 ou mais vezes por semana	9(6,6%)	4(4,7%)	2(3,5%)	15(5,4%)
Total	137(100%)	85(100%)	57(100%)	279(100%)
Significância do teste Qui-Quadrado	0,026			

Tabela 38: Tabela 25: Cruzamento entre a frequência de consumo de Massas Instantâneas e Idade dos respondentes e resultado do teste de significância

Massas Instantâneas*Idade2	Até 18 anos	19 a 25 anos	Mais de 25 anos	Total
Nunca ou menos de 1 vez por mês	47(34,8%)	30(41,3%)	52(73,2%)	129(46,2%)
1 a 3 vezes por mês	40(29,6%)	22(30,1%)	6(8,5%)	68(24,4%)
1 vez por semana	23(17%)	10(13,7%)	8(11,3%)	41(14,7%)
2 a 4 vezes por semana	16(11,9%)	7(9,6%)	3(4,2%)	26(9,3%)
5 ou mais vezes por semana	9(6,7%)	4(5,5%)	2(2,8%)	15(5,4%)
Total	135(100%)	73(100%)	71(100%)	279(100%)
Significância do teste Qui-Quadrado	0,001			

Tabela 39: Cruzamento entre a frequência de consumo de Tubérculos e o Sexo dos respondentes e resultado do teste de significância

Tubérculos*q1	Masc.	Fem.	Total
Nunca ou menos de 1 vez por mês	19(14,8%)	14(9,3%)	33(11,8%)
1 a 3 vezes por mês	21(16,4%)	20(13,2%)	41(14,7%)
1 vez por semana	32(25%)	28(18,5%)	60(21,5%)
2 a 4 vezes por semana	44(34,4%)	44(29,1%)	88(31,5%)
5 ou mais vezes por semana	12(9,4%)	45(29,8%)	57(20,4%)
Total	128(100%)	151(100%)	279(100%)
Significância do teste Qui-	0,001		

Quadrado			

Tabela 40: Cruzamento entre a frequência de consumo de Bolacha Doce e Idade dos respondentes e resultado do teste de significância

Bolacha doce*Idade2	Até 18 anos	19 a 25 anos	Mais de 25 anos	Total
Nunca ou menos de 1 vez por mês	38(28,1%)	22(30,1%)	27(38%)	87(31,2%)
1 a 3 vezes por mês	23(17%)	24(32,9%)	18(25,4%)	65(23,3%)
1 vez por semana	44(32,6%)	10(13,7%)	13(18,3%)	67(24%)
2 a 4 vezes por semana	16(11,9%)	12(16,4%)	7(9,9%)	35(12,5%)
5 ou mais vezes por semana	14(10,4%)	5(6,8%)	6(8,5%)	25(9%)
Total	135(100%)	73(100%)	71(100%)	279(100%)
Significância do teste Qui-Quadrado	0,029			

Tabela 41: Cruzamento entre a frequência de consumo de Confeitarias e Idade dos respondentes e resultado do teste de significância

Confeitarias*Idade2	Até 18 anos	19 a 25 anos	Mais de 25 anos	Total
Nunca ou menos de 1 vez por mês	22(16,3%)	8(11%)	22(31%)	52(18,6%)
1 a 3 vezes por mês	49(36,3%)	20(27,4%)	14(19,7%)	83(29,7%)
1 vez por semana	38(28,1%)	20(27,4%)	19(26,8%)	77(27,6%)
2 a 4 vezes por semana	18(13,3%)	16(21,9%)	11(15,5%)	45(16,1%)
5 ou mais vezes por semana	8(5,9%)	9(12,3%)	5(7%)	22(7,9%)
Total	135(100%)	73(100%)	71(100%)	279(100%)
Significância do teste Qui-Quadrado	0,023			

Tabela 42: Cruzamento entre a frequência de consumo de Confeitarias e Escolaridade dos respondentes e resultado do teste de significância

Confeitarias*q3	EF	EM	ES	Total
Nunca ou menos de 1 vez por mês	24(17,5%)	15(17,6%)	13(22,8%)	52(18,6%)
1 a 3 vezes por mês	49(35,8%)	23(27,1%)	11(19,3%)	83(29,7%)
1 vez por semana	39(28,5%)	16(18,8%)	22(38,6%)	77(27,6%)
2 a 4 vezes por semana	17(12,4%)	21(24,7%)	7(12,3%)	45(16,1%)
5 ou mais vezes por semana	8(5,8%)	10(11,8%)	4(7%)	22(7,9%)
Total	137(100%)	85(100%)	57(100%)	279(100%)
Significância do teste Qui-Quadrado	0,025			

Tabela 43: Cruzamento entre a frequência de consumo de Achocolatados e Idade dos respondentes e resultado do teste de significância

Achocolatados*Idade2	Até 18 anos	19 a 25 anos	Mais de 25 anos	Total
Nunca ou menos de 1 vez por mês	40(29,6%)	25(34,2%)	48(67,6%)	113(40,5%)
1 a 3 vezes por mês	15(11,1%)	12(16,4%)	12(16,9%)	39(14%)
1 vez por semana	16(11,9%)	9(12,3%)	6(8,5%)	31(11,1%)
2 a 4 vezes por semana	27(20%)	16(21,9%)	3(4,2%)	46(16,5%)
5 ou mais vezes por semana	37(27,4%)	11(15,1%)	2(2,8%)	50(17,9%)
Total	135(100%)	73(100%)	71(100%)	279(100%)
Significância do teste Qui-Quadrado	0,000			

Tabela 44: Cruzamento entre a frequência de consumo de Achocolatados e Idade dos respondentes e resultado do teste de significância

Achocolatados*q3	EF	EM	ES	Total
Nunca ou menos de 1 vez por mês	38(27,7%)	38(44,7%)	37(64,9%)	113(40,5%)
1 a 3 vezes por mês	16(11,7%)	17(20%)	6(10,5%)	39(14%)
1 vez por semana	18(13,1%)	10(11,8%)	3(5,3%)	31(11,1%)

2 a 4 vezes por semana	27(19,7%)	13(15,3%)	6(10,5%)	46(16,5%)
5 ou mais vezes por semana	38(27,7%)	7(8,2%)	5(8,8%)	50(17,9%)
Total	137(100%)	85(100%)	57(100%)	279(100%)
Significância do teste Qui-Quadrado	0,000			

Tabela 45: Cruzamento entre a frequência de consumo de Bebidas em pó e Idade dos respondentes e resultado do teste de significância

Bebidas em pó*Idade2	Até 18 anos	19 a 25 anos	Mais de 25 anos	Total
Nunca ou menos de 1 vez por mês	27(20%)	19(26%)	33(46,5%)	79(28,3%)
1 a 3 vezes por mês	18(13,3%)	7(9,6%)	5(7%)	30(10,8%)
1 vez por semana	17(12,6%)	7(9,6%)	1(1,4%)	25(9%)
2 a 4 vezes por semana	25(18,5%)	25(34,2%)	10(14,1%)	60(21,5%)
5 ou mais vezes por semana	48(35,6%)	15(20,5%)	22(31%)	85(30,5%)
Total	135(100%)	73(100%)	71(100%)	279(100%)
Significância do teste Qui-Quadrado	0,000			

Tabela 46: Cruzamento entre a frequência de consumo de Bebidas em pó e Idade dos respondentes e resultado do teste de significância

Bebidas em pó*q3	EF	EM	ES	Total
Nunca ou menos de 1 vez por mês	24(17,5%)	29(34,1%)	26(45,6%)	79(28,3%)
1 a 3 vezes por mês	18(13,1%)	10(11,8%)	2(3,5%)	30(10,8%)
1 vez por semana	16(11,7%)	8(9,4%)	1(1,8%)	25(9%)
2 a 4 vezes por semana	27(19,7%)	22(25,9%)	11(19,3%)	60(21,5%)
5 ou mais vezes por semana	52(38%)	16(18,8%)	17(29,8%)	85(30,5%)
Total	137(100%)	85(100%)	57(100%)	279(100%)
Significância do teste Qui-Quadrado	0,000			

Tabela 47: Frequência de consumo geral

Respostas>	Nunca ou menos de 1 vez por mês		1 a 3 vezes por mês		1 vez por semana		2 a 4 vezes por semana		5 vezes ou mais por semana	
Questões	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Leite e iogurtes	34	12,2	37	13,3	26	9,3	63	23,6	119	42,7
Queijos com sal	24	8,6	42	15,1	46	16,5	107	38,4	60	21,5
Carne de boi	24	8,6	23	8,2	21	7,5	119	42,7	92	33
Carne de porco	111	39,8	71	25,4	65	23,3	27	9,7	5	1,8
Carne de frango	17	6,1	28	10	33	11,8	145	52	56	20
Carne ultraprocessada	85	30,5	99	35,5	52	18,6	34	12,2	9	3,2
Carnes embutidas	56	20,1	42	15,1	55	19,7	86	30,8	40	14,3
Peixes	103	36,9	84	30,1	64	22,9	20	7,2	8	2,9
Frutos do mar	184	65,9	72	25,8	15	5,4	5	1,8	3	1,1
Vegetais	35	12,5	23	8,2	30	10,8	77	27,6	114	40,9
Frutas	18	6,5	23	8,2	37	13,3	95	34,1	106	38
Leguminosas	13	4,7	15	5,4	23	8,2	83	29,7	145	52
Conservas enlatadas	74	26,5	73	26,2	74	26,5	46	16,5	12	4,3
Sopas prontas	220	78,9	38	13,6	9	3,2	9	3,2	3	1,1
Feijoada	193	69,2	45	16,1	21	7,5	12	4,3	8	2,9
Ovos	21	7,5	64	22,9	70	25,1	78	28	46	16,5
Pão cacetinho	45	16,1	26	9,3	52	18,6	76	27,2	80	28,7
Outros pães com sal	45	16,1	39	14	38	13,6	90	32,3	67	24
Pães sem sal	216	77,4	29	10,4	13	4,7	17	6,1	4	1,4
Massas prontas	30	10,8	65	23,3	84	30,1	72	25,8	28	10
Massas instantâneas	129	46,2	68	24,4	41	14,7	26	9,3	15	5,4
Tubérculos	33	11,8	41	14,7	60	21,5	88	31,5	57	20,4

Bolacha salgada	83	29,7	68	24,4	68	24,4	39	14	21	7,5
Bolacha doce	87	31,2	65	23,3	67	24	35	12,5	25	9
Salgadinhos de pacote	130	46,6	70	25,1	44	15,8	24	8,6	11	3,9
Confeitarias	52	18,6	83	29,7	77	27,6	45	16,1	22	7,9
Molho Shoyu	150	53,8	61	21,9	32	11,5	28	10	8	2,9
Condimentos prontos	37	13,3	47	16,8	58	20,8	90	32,3	47	16,8
Achocolatados	113	40,5	39	14	31	11,1	46	16,5	50	17,9
Bebidas em pó	79	28,3	30	10,8	25	9	60	21,5	85	30,5

7. CONCLUSÕES

Como contribuição para o meio acadêmico, este trabalho identificou conhecimentos, crenças e atitudes relevantes na ingestão de sódio e testou qual o nível de concordância dos respondentes com as crenças e atitudes representadas e o conhecimento que eles tinham sobre o assunto. Também se identificou a frequência de consumo de alimentos relevantes neste aspecto e se identificou diferenças significativas entre os respondentes quando divididos por sexo, idade e escolaridade, a fim de compreender como essas características afetam a decisão de consumo destes indivíduos. Por fim, se consolidou conhecimentos previamente estabelecidos por outras pesquisas em alguns resultados e, ocasionalmente, se questionou hipóteses de outras pesquisas.

Os resultados da pesquisa indicam que os respondentes são favoráveis a redução da ingestão de sódio na alimentação e os comportamentos e ideias que levam a execução dessa redução. Este resultado ficou evidente através da concordância com as crenças que eram ótimas para a redução de sódio na alimentação e da discordância com as crenças que atrapalhariam a redução de sódio. Também se percebeu congruência entre os alvos regionais para redução de sódio apontados pela Organização Pan-americana de Saúde (LEGETIC, 2014) e o questionário de frequência de consumo aplicado nos respondentes, o que sugere que o questionário foi bem elaborado. Foram feitos cruzamentos variados para identificar possíveis correlações entre características e respostas do questionário e os resultados significantes foram explicitados ao longo do trabalho.

Na seção de conhecimentos sobre sódio e alimentação, os respondentes acertaram a maioria das questões. As questões mais erradas pelos respondentes apontam a necessidade de campanhas que não só informem mas facilitem o uso das informações nutricionais sobre o sódio no dia a dia, principalmente no que se trata a identificação dos grupos de alimentos de risco e nos métodos para controlar a ingestão diária de sódio. As questões mais erradas pelos respondentes também apontam para um foco potencial para estas campanhas informativas, inclusive em outros aspectos que não a ingestão de sódio propriamente dita, como no caso do combate à queda de pressão repentina ou da água mineral. As pessoas não conhecem a ingestão recomendada de sódio, não identificam em seus hábitos à ingestão de sódio média do brasileiro comum e identificam apenas através de conhecimento popular os “grupos alimentares de risco”,sem nenhuma metodologia ou guia. O alto índice de acerto das questões também denota uma necessidade de um questionamento mais robusto sobre o conhecimento,à prova de “chutes” e do senso comum do que seria esperado como uma resposta padrão em medicina, nutrição ou saúde em geral. Isso pode ser resolvido através de uma mudança na forma do questionário ou dos conhecimentos testados.

Na seção de frequência de consumo dos produtos, apesar dos inúmeros cruzamentos entre as

características, houve relativamente poucos resultados significativos. No entanto, os resultados obtidos foram bem interessantes. As diferenças na frequência de consumo autorrelatado de homens e mulheres foram expressivas, com 50% das mulheres relatando comer vegetais 5 vezes ou mais por semana, comparados com aproximadamente 30% de homens respondendo da mesma maneira. Mulheres também consomem mais tubérculos e os homens relatam consumir mais carne de boi e porco que as mulheres. No entanto, nos variados outros grupos de alimentos, em maioria com maior nível de industrialização, não houve nenhuma diferença significativa quando se fez a divisão por sexo. Quando se tratou da divisão por escolaridade e idade, as diferenças apareceram nos variados grupos de alimentos industrializados. Boa parte destes produtos são direcionados para públicos mais jovens, estão presentes nas lancherias de escolas e parecem ter seu consumo atrelado a vida escolar, e a distância da vida escolar acaba diminuindo o consumo destes consideravelmente. As exceções a esta relação talvez sejam as conservas enlatadas e o pão cacetinho, que não tem uma relação direta com lancherias especificamente nem são direcionados para jovens, mas podem ser parte de lanches comuns nessa idade. No entanto, as massas instantâneas, as confeitarias, os achocolatados líquidos e as bebidas em pó foram os grupos cujo consumo se modificou conforme a escolaridade, o que indica que apenas a saída da vida escolar possa não ser o suficiente para influenciar no consumo destes.

Na seção inicial com hábitos alimentares genéricos, temos um quinto da população comendo fora de casa todos dias e mais de 60% comendo fora de casa pelo menos uma vez por semana, o que chama atenção para o questionamento levantado sobre a importância de melhorar a qualidade da alimentação fora de casa e não só com a indústria. Os percalços óbvios para esta questão são a quantidade de estabelecimentos a serem analisados e o custo de uma fiscalização regulatória em tantos e tão variados estabelecimentos. No entanto, esta e outras questões poderiam ser resolvidas pela reformulação de rótulos com código de cores, similar à do Reino Unido([201-]), ou por algum tipo de selo de qualidade que garantisse aspectos nutricionais adequados nos produtos à venda. Na questão do exercício físico, é difícil identificar uma tendência, considerando que as 2 opções mais escolhidas estão em opostos diferentes, mas é um fato muito positivo que quase 60% da população realiza exercícios físicos pelo menos uma vez por semana, o que denota uma certa consciência a respeito da importância do exercício físico ou, pelo menos, um ambiente propício. No entanto, o número de pessoas que não fazem absolutamente nenhum exercício físico durante o ano foi de 24% dos respondentes e esse valor pode ser ainda maior, considerando que as respostas da pesquisa são autorrelatadas e existe uma certa barreira psíquica para se admitir tal comportamento indesejado. A importância da educação física como método compulsório(e ainda assim ocasionalmente evadido) para garantir a prática de exercício físico também fica clara através das correlações apresentadas

com idade e escolaridade. O aspecto mais curioso a respeito do exercício físico foi a prevalência da prática do exercício físico ser mais comum entre pessoas com ensino superior completo do que com ensino médio completo. É possível que isso aconteça porque pessoas com ensino superior geralmente tem empregos melhores e que proporcionam mais tempo e dinheiro para atividades de lazer como exercício físico, mas não é possível confirmar essa hipótese. Outro aspecto interessante desta seção foi a diferença nítida no comportamento das mulheres, que são mais propensas a realizar dietas e consultar nutricionistas do que homens, indicando uma maior preocupação do público feminino com a alimentação.

Na seção de crenças e comportamentos relacionados a alimentação e ingestão de sódio, houve uma concordância generalizada com as crenças saudáveis e uma rejeição generalizada das crenças não-saudáveis. Nesta seção, todas as questões tiveram seus resultados cruzados com as características sexo, idade e escolaridade e somente foram inseridos os cruzamentos de resultados que demonstraram significância. A respeito das crenças e comportamentos que envolviam soluções, os respondentes se mostraram mais favoráveis ao uso de informações do que as outras opções que envolviam mais interferência na alimentação diretamente. Apesar disso, os respondentes concordaram que os rótulos atuais precisam ser melhorados e que nem sempre lêem o rótulo dos alimentos procurando as quantidades de sódio, um comportamento importante a ser estimulado por campanhas informativas. As outras soluções também foram percebidas de maneira positiva, como acordos com a indústria e regulamentações na alimentação, e a única solução que teve uma média de concordância negativa foi a S6, que sugeria impedir que as pessoas salgassem seus alimentos diretamente, de maneira similar à lei proibindo os saleiros em restaurantes(FAGUNDES,2015).Em termos de soluções de mercado, foi testado se os respondentes aceitariam perdas nas características de um produto qualquer e aumento de preços. Todas as três questões S12,NS12 e S13 tiveram médias de concordância próximas a neutralidade, o que indica que os benefícios de um produto livre de sódio não são valiosos o suficiente para justificar mudanças perceptíveis, mas que também não há um preconceito a respeito dessa possibilidade. No caso específico do preço, a possibilidade de aumentar o preço teve maior aceitação entre mulheres do que homens. Por fim, foi identificado e um baixo número de crenças cuja concordância melhorou com aumento da escolaridade e idade, o que indica que o ensino comum e a experiência da idade não são suficientes para melhorar a consciência dos cidadãos a respeito da alimentação na maioria das crenças, apesar de algumas crenças serem afetadas positivamente por estas características.

A maioria dos objetivos deste trabalho foi atingida através da identificação e descrição das crenças, atitudes e comportamentos dos consumidores porto-alegrenses nos variados âmbitos relevantes para a redução da ingestão de sódio na alimentação. Os resultados do questionário

permitiram avaliar quais crenças e atitudes identificadas realmente eram significativas no todo e não apenas uma ideia particular de um entrevistado a respeito do assunto. Também foi possível identificar as preferências de alguns segmentos em comparação com outros e os próprios resultados gerais do questionário permitem sugestões para garantir a eficácia das futuras campanhas de marketing social a respeito do assunto.

Antes de entrar nestas sugestões,é importante ter em mente as limitações deste trabalho. No âmbito estatístico, a renda não foi escolhida como uma característica a ser controlada ou sequer identificada dentro da população pela dificuldade de controle e pelo aumento da complexidade no preenchimento de cotas dos respondentes, por haver mais subdivisões e necessitar de mais tempo pra achar os respondentes necessários para preencher estas cotas. A idade foi identificada mas não foi controlada pelos mesmos motivos. Outra questão relevante é que a escolaridade em vários aspectos está ligada a essas características, com a renda proporcionando a capacidade de se educar e a idade sendo um fator necessário para avançar a educação do indivíduo, não sendo possível ter terminado o ensino superior antes de certa idade, por exemplo. Portanto, o controle desta característica garante uma certa correspondência da amostra e população no que diz respeito à idade e renda. A outra questão estatística é que a amostragem não é aleatória e sim, por conveniência, pois não é possível para ao estudante ter acesso à população inteira para realizar um sorteio aleatório e então compor a amostra. A amostragem por conveniência certamente pode causar desvios mas o controle das características ajuda a manter a correspondência da amostra e população e diminui a tendenciosidade do entrevistador em só abordar pessoas com perfil similar ao seu.

Outras limitações do trabalho incluem o tamanho do questionário. Com mais de 80 itens, algumas decisões foram feitas com o intuito de tornar mais acessível e mais curto o questionário para os respondentes. Isso foi feito com o objetivo de aumentar a aceitação do questionário entre os possíveis respondentes e diminuir o erro por cansaço dos respondentes. Na seção de conhecimentos, as questões com apenas 2 alternativas tornaram muito fácil para os respondentes chutarem ou usarem o senso comum, sendo provável que eles não soubessem dos assuntos se tivessem discursar sobre ele ou escolher entre várias opções plausíveis. Na seção de frequência de consumo de alimentos, o questionário foi inspirado em modelos de questionário hospitalar, usando a escala de frequência mas removendo uma pergunta extra para cada item a respeito da quantidade consumida. Os resultados desta seção foram de encontro com resultados de pesquisas anteriores então é provável que esta tenha sido uma boa decisão de qualquer forma. A outra limitação desta pesquisa é o fato do questionário ser autorrelatado, causando possíveis desvios nas respostas para que o respondente se sinta menos culpado em responder de uma maneira socialmente inadequada. No entanto, os respondentes deram poucas informações pessoais, de maneira que eles não poderiam ser

identificados após a execução do questionário. Futuras pesquisas em alimentação e ingestão de sódio se beneficiarão da compreensão das limitações desta pesquisa, seja eliminando ou evitando-as.

Como contribuição para o meio gerencial, a pesquisa forneceu muitas informações úteis para os formadores de políticas públicas e para as empresas cujos produtos tenham o sódio como um componente relevante na fórmula de seus produtos. Sabendo que os respondentes e, consequentemente, a população de Porto alegre tem uma predisposição favorável ao assunto, falta informar e capacitar os cidadãos para ter o comportamento mais adequado e consumir produtos mais saudáveis. Os pontos-chave encontrados aparecem principalmente através do questionário de conhecimentos. Os mais simples são o desconhecimento do valor recomendado de ingestão diária de sódio e sal, e a diferença entre os dois, que devem ser esclarecidos através de campanhas informativas. Outro alvo da campanha informativa seria o combate ao mito da ingestão de sal como método para aumentar a pressão e um método alternativo para não apenas negar a informação errada mas substituí-la por uma correta(TREVISAN,2013). Um alvo menor mas que também precisa ser abordado é a percepção de sais "finos",sais mais caros que não necessariamente tem menos sódio que o sal comum e às vezes nem contém o iodo obrigatório do sal de cozinha, ou seja, não apresentando alguns benefícios esperados pelos consumidores. O maior problema identificado a ser resolvido na seção de conhecimento foi a sub-representação e a representação errônea de grupos de alimentos ou bebidas como ricos em sódio. Tanto na pesquisa exploratória como no resultado da questão 26 do questionário foi visível a associação que a água mineral tinha com sódio para os respondentes, levando-os a pensar que o produto é rico em sódio. O fato é que diferentes águas minerais contém minérios em variadas quantidades e o sódio pode realmente variar expressivamente de um produto de uma marca para outra, pois cada empresa tem acesso à sua própria fonte de água mineral com características diferentes. No entanto, isso não coloca o produto como rico em sódio de acordo segundo recomendações do Ministério da Saúde ou órgãos internacionais. Apesar das explicações, a Zero Hora colaborou com a confusão dos Porto Alegrenses publicando artigos como "Saiba escolher a água mineral mais saudável"(HANSEN, 2014) ,sugerindo que algumas águas não seriam recomendáveis. No próprio artigo, eles relatam que uma ingestão "significativa" de sódio só poderia ser atingida "Se você beber um litro de água mineral (...)". Esta confusão também reflete uma outra realidade problemática, a padronização de rótulos não acontece para categorias gerais para facilitar a comparação entre produtos. A água mineral tem a informação nutricional para o litro, enquanto produtos como leite e refrigerante tem suas informações nutricionais para porções como 200ml(1 copo padrão) ou o conteúdo inteiro(350ml).Um consumidor desatento facilmente chega a conclusão de que o leite e o

refrigerante tem quantidades menores ou similares de sódio se comparados com a água. Assim,é recomendável que além da campanha informativa, o formador de política pública considere tornar nossos rótulos mais acessíveis e óbvios, fazendo uso de ferramentas como o código de cores e os aplicativos usados pelo Consensus Action On Salt & Health ([201-]) no Reino Unido, além de campanhas informativas para explicar as mudanças feitas e os erros corrigidos com estas mudanças.

Para a empresa que tem interesse em trabalhar com produtos que valorizem a menor quantidade de sódio como um diferencial ou que pode ser ameaçada por uma maior consciência dos consumidores em relação ao sódio, esta pesquisa demonstrou que as empresas temem a possibilidade dos consumidores rechaçarem um produto considerado rico em sódio e, atualmente, existem águas minerais no mercado cuja embalagem divulga “baixo teor de sódio”. Tal mudança reflete a preocupação das empresas em não ter seus produtos substituídos na hora das compras por uma opção mais saudável. Assim, empresas podem muito bem tomar uma posição de vanguarda e começar a contribuir com a agenda de redução de sódio, para poder melhorar a imagem de seus produtos e ganhar margens de mercado. De fato, é possível que as empresas que mais tenham a ganhar com isso sejam as empresas cujos produtos são alvos regionais dos acordos de redução de sódio ou empresas cujos produtos estão na lista de produtos de risco para hipertensos. Elas têm a oportunidade não só de ganhar margem de mercado, mas antecipar um rechaçamento se blindando da diminuição das vendas, se tornando uma marca favorita e mantendo a imagem favorável da categoria. Além disso, quanto mais rico em sódio o produto for atualmente, maior o espaço para a empresa diminuir o sódio e exibir isso em seus canais de comunicação. No entanto, ficou claro nesta pesquisa que o consumidor quer estes benefícios, mas não ao ponto de aceitar perdas em quaisquer características do produto. Se houver perda percebida, o rechaçamento ainda pode ocorrer ainda que as intenções sejam boas. Assim, deve-se seguir as recomendações de Salovaara(2009),fazendo testes com o consumidor, e usando métodos variados para diminuir as quantidades de sódio, entre eles reduções graduais ao longo do tempo, contrastes de sabor, mudanças de textura e substituição e distribuição do sal ou sódio(WILSON, 2013)(SHIMOJO et al., 2014).

Concluindo, os habitantes de Porto Alegre tem crenças e atitudes favoráveis à redução da ingestão de sódio na alimentação, mas tem lacunas no conhecimento sobre o assunto que devem ser preenchidas para que eles possam ter comportamentos mais saudáveis. Para o formador de políticas públicas, estão sugeridas as melhorias nos rótulos, conteúdos a serem abordados nas campanhas e a confirmação de vários produtos que estão presentes na nossa alimentação e contribuem significativamente na ingestão de sódio diária. Para as empresas, estão sugeridas boas práticas para efetivar a redução de sódio sem prejudicar os consumidores e comportamentos e cruzamentos que

podem ser úteis para uma possível segmentação. Por fim, para qualquer um que queira saber mais sobre o assunto, este trabalho identificou crenças e atitudes existentes nos habitantes de Porto Alegre, avaliou estas crenças com os 279 respondentes e produziu resultados para que os profissionais que se interessem em colaborar com a importante meta de reduzir o sódio na alimentação dos brasileiros possam oferecer serviços e produtos mais adequados às necessidades dos porto-alegrenses e, assim, reduzir a ocorrência de hipertensão, diabetes, infartos e AVC na população como um todo.

8. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Bernardo. Chega ao mercado o substituto do sal, que tem zero sódio: Salgante em pó brasileiro tem como base o cloreto de potássio. O **Tempo. Belo** Horizonte, 05 nov. 2014. Interessa. Disponível em: <http://www.otempo.com.br/interessa/chega-ao-mercado-o-substituto-do-sal-que-tem-zero-sódio-1.942588>. Acesso em: 06 out. 2015.

ANJOS, Anna Beatriz; ARRAES, Jarid. As 10 propagandas mais machistas e racistas do último ano: A série de desastres produzidos pela publicidade brasileira inclui, entre outras coisas, objetificação da figura feminina, culpabilização da vítima e culto ao padrão branco de beleza. Entenda em que pontos se equivocaram as campanhas selecionadas. 2015. Disponível em: <http://www.revistaforum.com.br/blog/2015/03/as-10-propagandas-mais-machistas-e-racistas-do-ultimo-ano/>. Acesso em: 26 set. 2015.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DAS INDÚSTRIAS DE ALIMENTAÇÃO (Brasil).**Cenário do consumo de sódio no Brasil. São** Paulo: Abia, 2013. 60 f. Disponível em: <http://www.abia.org.br/sodio/pressrelease.asp>. Acesso em: 12 out. 2015.

BISI MOLINA, Maria del Carmen et al. Hipertensão arterial e consumo de sal em população urbana. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 37,n. 6,p. 743-750,dez. 2003.Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102003000600009&lng=pt&nrm=iso>.Acesso em 05 out.2015.

CZINKOTA, Michael R. et al. **Marketing:** as melhores práticas. Porto Alegre: Bookman, 2001. 559 p.

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA (Brasil). Ministério da Saúde. **Acordo Social para redução dos teores de sódio, açúcar e gorduras dos produtos industrializados comercializados no Brasil.** [2007]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/acordo_social_reducao_teores_sodio_acucar_gorduras.pdf>. Acesso em: 27 out. 2015.

FAGUNDES, Anna. Contra lei que proíbe sal na mesa, bar no ES pendura saleiros no teto. 2015. Disponível em: <http://comidasebebidas.uol.com.br/noticias/redacao/2015/07/14/contra-lei-que-proibe-sal-na-mesa-bar-no-es-pendura-saleiros-no-teto.htm>. Acesso em: 28 set. 2015.

FEURSTEIN, Doris Maria. **INTIMITE FOOD:** visionary food interaction. 2014. Disponível em: <https://makenutritiontangible.files.wordpress.com/2014/01/brief_dorisfeurstein.pdf>. Acesso em: 27 set. 2015.

FEURSTEIN, Doris Maria. **ORGUMENT:** upgrade your organ. 2014. Disponível em: <http://www.dorismariafeurstein.com/#/orgument/>. Acesso em: 27 out. 2015.

FOGAÇA, Jennifer. O que são alimentos saudáveis?: Os alimentos saudáveis precisam ter um enfoque principal em resgatar hábitos alimentares regionais, estimulando o consumo de alimentos naturais com alto valor nutritivo.. [2014]. Disponível em: <http://www.brasilescola.com/saude-na-escola/conteudo/o-que-sao-alimentos-saudaveis.htm>. Acesso em: 27 out. 2015.

GRAY, Nathan. Targeting salt reduction in low and middle income countries: Policy makers and industry must work together to develop and achieve salt reduction targets in countries with developing economies, say researchers.. 2015. Disponível em: <http://www.foodnavigator.com/Policy/Targeting-salt-reduction-in-low-and-middle-income-countries>. Acesso em: 30 set. 2016.

HANNA, Nessim; WOZNIAK, Richard; HANNA, Margaret. Consumer Perception. In: HANNA, Nessim; WOZNIAK, Richard; HANNA, Margaret. **CONSUMER BEHAVIOR:** AN APPLIED APPROACH. 4. ed. Dubuque: Kendall Hunt Publishing, 2013. Cap. 3. p. 73-108. Disponível em: <http://www.kendallhunt.com/uploadedFiles/Kendall_Hunt/Content/Higher_Education/Uploads/Hanna_4e_Ch3.pdf>. Acesso em: 28 set. 2015.

HANSEN, Cândida. **Saiba como escolher a água mineral mais saudável:** Especialistas dão dicas sobre como equilibrar a quantidade de sódio e outros elementos. 2014. Disponível em: <http://zh.clicrbs.com.br/rs/vida-e-estilo/vida/noticia/2013/12/saiba-como-escolher-a-agua-mineral-mais-saudavel-4375561.html>. Acesso em: 10 out.

2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (Brasil). **Rio Grande do Sul » Porto Alegre » Censo Demográfico 2010: Resultados da Amostra - Educação.** 2010. Disponível em: <http://cod.ibge.gov.br/35LM>. Acesso em: 06 out. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (Brasil).**Pesquisa de Orçamento Familiares 2008-2009:**Antropometria e Estado Nutricional de Crianças, Adolescentes e Adultos no Brasil. Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009. Rio de Janeiro: Centro de Documentação e Disseminação de Informações, 2013.130f. Disponível em:<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv45130.pdf>Acesso em 02 out.2015

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (Brasil)**Pesquisa Nacional de Saúde 2013:** Acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências. Rio de Janeiro: Centro de Documentação e Disseminação de Informações, 2015. 104 f. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94074.pdf>. Acesso em: 27 set. 2015.

KOTLER, Phillip, KELLER, Kevin L. **Administração de Marketing.**14ª ed. São Paulo:Pearson,2012.

KOTLER, Philip, ROBERTO, Eduardo L. Marketing **Social: Estratégias para Alterar o Comportamento Público.** Rio de Janeiro, Campus, 1992.

LEGETIC, Branka. Pan American Health Organization: **Salt Smart Americas:** Regional Targets for Sodium/Salt Reduction in Food Groups. 2014. Disponível em: <http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=29507&Itemid=270&lang=fr>. Acesso em: 19 set. 2016.

LENHARO, Mariana. **Brasil tem 21,4% de hipertensos, diz Pesquisa Nacional de Saúde, do IBGE:** Agentes do IBGE visitaram 81.767 casas em todos os estados brasileiros. Pela primeira vez, pesquisa de saúde em âmbito nacional coletou exames.. 2014. Disponível em: <http://g1.globo.com/bemestar/noticia/2014/12/brasil-tem-214-de-hipertensos-diz-pesquisa-nacional-de-saude-do-ibge.html>. Acesso em: 26 set. 2015.

LEVITT, Theodore. Marketing myopia. **Harvard Business Review.** v.38, p.45-56,jul/ago, 1960. Disponível em:<http://academy.clevelandclinic.org/Portals/40/LHC%20Myopia.pdf>. Acesso em: 9 nov. 2015.

LEVY, Renata Bertazzi et al . Distribuição regional e socioeconômica da disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil em 2008-2009. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 06-15, Feb. 2012.Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0034-89102012000100002&script=sci_arttext>Acesso em 04 out.2015

LEVY-COSTA, Renata Bertazzi et al. Disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil: distribuição e evolução (1974-2003). **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 39,n. 4,p. 530-540,ago. 2005.Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000400003&lng=pt&nrm=iso>.Acesso em 04 out.2015.

MALHOTRA, Naresh K.. **Pesquisa de marketing:** uma orientação aplicada. 6. ed. Porto Alegre: Bookman, 2012. 736 p.

MANARINI, Thaís. (São Paulo). Ig São Paulo. **Dossiê do sal:** Saiba por que é preciso consumi-lo com moderação e conheça diferentes versões do condimento. 2015. Disponível em: <http://saude.ig.com.br/alimentacao/dossie+do+sal/n1237998795957.html>. Acesso em: 30 mar. 2016.

MANOFF, Rikard K.. **Social marketing:** new imperative for public health. New York: Praeger Publisher, 1985. 293 p.

MCLEOD, S. A. Likert Scale. 2008. Disponível em:<http://www.simplypsychology.org/likert-scale.html>.Acesso em 12 abr. 2016.

MELLO, Bruno. **Hipertensão: o potássio como aliado da pressão arterial.** Campo Grande News: A notícia da terra a um clique de você. Campo Grande, 2 mar. 2015. Artigos. Disponível em: <http://www.campograndenews.com.br/artigos/hipertensao-o-potassio-como-aliado-da-pressao-arterial>. Acesso em: 06 out. 2015.

NEWSON, R. S. et al. Barriers for progress in salt reduction in the general population: An international study. **Appetite,**

East Sussex, v. 71, p.22-31, 1 dez. 2013. Mensal. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0195666313003322>. Acesso em: 19 set. 2016.

NUTRINDUS (Rio de Janeiro). Nos últimos dias, o Ministério anunciou uma série de medidas e planos para reduzir os teores de gordura e sódio nos alimentos processados. 2011. Disponível em: <http://www.nutrindus.com/noticia-detalhe.asp?Id_Noticia=51>. Acesso em: 27 out. 2015.

PROTESTE (Brasil). **Novo acordo para menos sódio em alimentos:** Indústria se comprometeu a reduzir teor da substância na margarina, temperos prontos e cereal. PROTESTE acha meta tímida e pede prazo menor.. 2012. Disponível em: <http://www.proteste.org.br/institucional/imprensa/press-release/2012/novo-acordo-para-menos-sodio-em-alimentos>. Acesso em: 27 set. 2015.

REINO UNIDO. Consensus Action On Salt & Health. University Of London. **Salt Reduction in the UK.** [2011]. Disponível em: <http://www.actiononsalt.org.uk/UK Salt Reduction Programme/145617.html>. Acesso em: 19 set. 2016.

REINO UNIDO. Consensus Action On Salt & Health. University Of London. Check the label! [201-]. Disponível em: <http://www.actiononsalt.org.uk/less/Reducing Intake/Labels/79625.html>. Acesso em: 03 out. 2016.

REINO UNIDO. World Action On Salt & Health. University Of London. **Brazil:** Salt Action Summary. [2012]. Disponível em: <http://www.worldactiononsalt.com/worldaction/southamerica/73472.html>. Acesso em: 30 set. 2016.

SALOVAARA, Hannu. Technologies of salt reduction in bread: issues, problems and solutions. 2009. Disponível em: <http://ec.europa.eu/health/nutrition_physical_activity/docs/ev20091021_salovaara_en.pdf>. Acesso em: 19 set. 2016.

SCHIFFMAN, Leon G.; KANUK, Leslie Lazar. **Comportamento do consumidor.** 9. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2009. 445 p.

SHIMOJO, Ryo et al. Optimally accepted salt reduction across cultures: Naturally brewed soy sauce used in three countries with different food cultures. Agro Food Industry Hi Tech, Milão,itália, v. 25, n. 3, p.23-27, maio 2014. Bimensal. Disponível em: <http://www.teknoscienze.com/articles/agro-food-industry-hi-tech-optimally-accepted-salt-reduction-across-cultures-naturally-brewed.aspx#.V_LNR8mLC1s>. Acesso em: 30 out. 2016.

SOLOMON, Michael R. **Consumer Behavior:**Buying,Having and Being**.7**th ed. New Jersey:Pearson,2006.

STRAKER, David (Org.). **Likert Scales.** [20--]. Disponível em: <http://changingminds.org/explanations/research/measurement/likert_scale.htm>. Acesso em: 22 abr. 2016.

SZEGÖ, Thaís. **AVC e câncer: veja as doenças crônicas mais comuns no Brasil:** Diabetes, asma e câncer também estão entre as principais doenças do País de acordo com o IBGE. 2015. Disponível em: <http://saude.terra.com.br/doencas-e-tratamentos/avc-e-cancer-veja-as-doencas-cronicas-mais-comuns-no-brasil,4a1dc03634c5c410VgnVCM10000098cceb0aRCRD.html>. Acesso em: 28 set. 2015.

TREVISAN, Rita. **Pressão sob controle.** 2013. Disponível em: <http://revistavivasaude.uol.com.br/saude-nutricao/75/artigo142159-1.asp/>. Acesso em: 01 out. 2016.

WILSON, Rachel. Technology solutions for salt reduction. Agro Food Industry Hi Tech, Milão,Itália, v. 24, n. 1, p.14-17, jan. 2013. Bimensal. Disponível em: <http://www.teknoscienze.com/articles/agro-food-industry-hi-tech-technology-solutions-for-salt-reduction.aspx#.V_LIMcmLC1v>. Acesso em: 03 out. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Salt reduction:** Fact sheet N°393. 2014. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs393/en/>. Acesso em: 27 out. 2015

ANEXO A – ROTEIRO BASE DE ENTREVISTA

Possíveis entrevistados: geriatra, cardiologista, nefrologista, nutricionista, hipertenso ou familiar de hipertenso, consumidor comum.

Qual o seu nome e ocupação?

O objetivo desta entrevista é identificar ideias que especialistas e consumidores tenham sobre o consumo de sal e a ingestão de sódio na alimentação, diferenciando as 2 coisas como meios diretos e indiretos de ingerir sódio. Por isso, apesar de já haver informações sobre os fatos, para esta entrevista é muito importante a percepção do entrevistado.Perguntas adicionais são feitas conforme interesse.

Embora o sal seja um componente fundamental na alimentação diária das pessoas ,é notório também o prejuízo que ele causa a saúde quando mal administrado.
1Até q ponto o senhor concorda ou não com esta afirmação ?
1.1Razões para esta resposta
1.2No seu caso em específico, como que o senhor diria que o sal ajuda ou atrapalha na sua vida? (vida social)
2Que argumentos nós teríamos,na sua opinião,para defender o sal?
2.1Que argumentos nós teríamos,na sua opinião,para atacar /criticar o sal?
3Lembre de uma situação onde o sal lhe foi prejudicial para você ou alguém da sua família.
3.1Por que e/ou como isso aconteceu?
4Lembre de uma situação onde o sal lhe foi benéfico para você ou alguém da sua família.
41Por que e/ou como isso aconteceu?
5 Você acredita que as pessoas consumam quantidades corretas de sal?Explique sua resposta.
6Em que tipos de alimentos o senhor acredita que o sal esteja sendo mal utilizado.

7Em que tipos de alimentos o senhor acredita que o sal esteja sendo bem utilizado.
8Você acha que as pessoas tem informações suficientes sobre o consumo de sal?
8.1Poderia indicar mais umas evidências disso?
9Muitas pessoas têm dificuldade em manter uma alimentação balanceada, especialmente quando se trata da ingestão de sódio. Por quê isso acontece, o que essas pessoas alegam?
10Quais são as alternativas sugeridas e possíveis para resolver este problema?(abordar assuntos do potássio, exercício, sal light/salgante, dietas, remédios,gravidez,veganismo,o que é recomendado?)
10.1Vantagens e desvantagens percebidas nestas alternativas.
11Quais são os problemas desenvolvidos?(avc, infarto, diabetes,que outras doenças?)

Entrevistas usadas para fazer o questionário em áudio nos links:

https://drive.google.com/open?id=0B_9xtZvndzFWVVJNaklPSW04NkU

https://drive.google.com/open?id=0B_9xtZvndzFWbHB4Z0V1NTF3UzA

https://drive.google.com/open?id=0B_9xtZvndzFWZkhGQnU3R0xJUzQ

https://drive.google.com/open?id=0B_9xtZvndzFWSTJnM1JNZjNGZlE

https://drive.google.com/open?id=0B_9xtZvndzFWUF94ejF3MUthSDQ

https://drive.google.com/open?id=0B_9xtZvndzFWdng3UmcxWVdlUWs

https://drive.google.com/open?id=0B_9xtZvndzFWdGRsU1Z4ZkNzOTA

ANEXO B – QUESTIONÁRIO ALIMENTAR

(1)Sexo: Masculino/Feminino

(2)Idade: em número

(3)Escolaridade: Fundamental completo, Médio completo, Superior completo.

As perguntas a seguir foram feitas pra saber um pouco mais sobre teus hábitos alimentares:

(4)Com que frequência você realiza exercícios?

Nunca ou menos de uma vez por mês (A)	De 1 a 3 vezes por mês (B)	1 vez por semana (C)	2 a 4 vezes por semana (D)	5 ou mais vezes por semana (E)

(5)Você tem o costume de realizar dietas?

Sim(A)	Não(B)

(6)Tem alguma coisa que você não pode comer por motivos de saúde?

Sim(A)	Não(B)

(7)Você tem o costume de colocar sal ao preparar seus alimentos?

Sim(A)	Não(B)

(8)Tem o costume de usar o saleiro para salgar a comida durante a refeição?

Sim(A)	Não(B)

(9)Com que frequência você come fora de casa?

Nunca ou menos de uma vez por mês (A)	De 1 a 3 vezes por mês (B)	1 vez por semana (C)	2 a 4 vezes por semana (D)	5 ou mais vezes por semana (E)

(10)Com que frequência você pede comida por telentrega?

Nunca ou menos de uma vez por mês (A)	De 1 a 3 vezes por mês (B)	1 vez por semana (C)	2 a 4 vezes por semana (D)	5 ou mais vezes por semana (E)

(11)Você já foi em uma nutricionista?

Sim(A)	Não(B)

(12)Você cozinha?

Sim(A)	Não(B)

(13)Você tem tempo para cozinhar?

Sim(A)	Não(B)

(14)Você conhece dietas para combater a hipertensão?

Sim(A)	Não(B)

(15)Eu consumo _____ sal na minha alimentação.

muito(A)	pouco(B)

Identificamos várias informações diferentes a respeito da alimentação e saúde dos brasileiros mas precisamos da sua ajuda.É muito importante que você não use da ajuda de nenhum tipo para responder as próximas questões.Responda com Verdadeiro ou Falso para nos informar a sua opinião sobre quais dessas frases a seguir estão corretas:

(16)O brasileiro tem o costume de comer muito sal.

(17)Quando alguém está com a pressão baixa, é só fazer a pessoa comer sal que a pressão aumenta logo em seguida.

(18)Podemos substituir o sal dos alimentos por caldo de galinha, extrato de tomate,ketchup e mostarda porque estes não tem sódio na sua composição.

(19)Para evitar o sal, existem vários temperos com diferentes sabores que ajudam a compensar a redução de sal na comida.

(20)Contanto que meus alimentos não estejam muito salgados, sei que não estou comendo sal em excesso.

(21)Aproximadamente 70% do sódio que ingerimos (componente principal do sal) já está embutido em vários alimentos industrializados que comemos.

(22)Sais mais caros, como a flor de sal, sal marinho ou o sal negro, contém menos sódio em sua composição e são mais saudáveis.

(23)O uso indevido de anabolizantes pode causar hipertensão.

(24)Hipertensão é um fator de risco para a gravidez.

(25)A quantidade recomendada de SAL a ser ingerida é de 10 gramas por dia.

(26)A água mineral pode conter muito sódio.

(27)A quantidade recomendada de SÓDIO(componente do sal) a ser ingerida é de 5 gramas por dia.

(28)Hipertensão é fator de risco para a ocorrência de diabetes.

(29)Hipertensão só atinge idosos, pois jovens não podem ser hipertensos.

(30)Hipertensão não pode ser causada por fatores genéticos,é sempre causada por hábitos alimentares ruins.

(31)O sal light não possui sódio, por isso é light.

(32)O uso contínuo de bebida alcoólica também pode causar hipertensão.

(33)O excesso de exercício físico pode causar hipertensão.

(34)A obesidade é fator que colabora para desenvolver a hipertensão.

(35)A maioria dos produtos industrializados é rica em sódio, até mesmo os biscoitos,doces e bolos prontos.

(36)Problemas nos rins agravam a hipertensão, pois atrapalham na excreção do sódio.

Abaixo temos crenças e atitudes que algumas pessoas têm a respeito da alimentação e do sal, responda o quanto você concorda ou discorda destas afirmações:

Discordo fortemente (1)	Discordo parcialmente (2)	Não concordo nem discordo (3)	Concordo parcialmente (4)	Concordo fortemente (5)

(S1)Acredito que os brasileiros consumam sal demais na sua alimentação.

(NS1)Não consigo comer comida sem sal.

(S2)Acredito que precisamos de leis que regulem o quanto de sódio ingerimos nos nossos alimentos.

(NS2)Sal é a melhor maneira de dar gosto para a comida.

(S3)Acredito que a lei para remover saleiros das mesas de restaurantes terá um impacto positivo na saúde das pessoas.

(NS3)Comida sem sal não tem graça.

(S4)Acredito que as empresas devem ser obrigadas a reduzir o sódio nos alimentos.

(NS4)O iodo contido no sal é benéfico para a tireoide.

(S5)A população precisa de mais e melhores informações a respeito da quantidade de sódio presente nos alimentos.

(NS5)Carne tem que ser feita com sal, outros temperos não são substitutos adequados.

(S6)Acredito que leis que impedem as pessoas de salgar a comida a seu gosto são boas para resolver o problema do excesso de sal na comida.

(NS6)Não me importo com a ingestão excessiva de sódio, pois isso é algo que só vou ter que me preocupar se eu me tornar hipertenso.

(S7)Acredito que o rótulo dos alimentos não ajuda muito a nos informar, precisamos de rótulos melhores.

(NS7)Quando saio pra comer, não me importo de exagerar no sal.

(S8)Costumo ler o rótulo do alimento que compro para me informar quanto sódio está presente nele.

(NS8)As informações sobre nutrição tendem a ser muito sensacionalistas e devem ser utilizadas cautelosamente.

(S9)Dietas vegetarianas podem ser um bom jeito de resolver o problema do sal.

(NS9)Remédios para hipertensão permitem que uma pessoa hipertensa não tenha necessidade de mudar seus hábitos.

(S10)Acho que a população não está bem informada a respeito do sal que está presente na comida.

(NS10)Alimentação saudável dá trabalho demais, seria bom ter uma maneira mais prática de cuidar da saúde.

(S11)Acredito que não haja interesse das pessoas em se prevenir contra hipertensão e ingestão excessiva de sódio.

(NS11)Comer bem é comer muito, até não poder mais.

(S12)Estou disposto a consumir alimentos sem sódio, mesmo que haja um prejuízo no sabor ou na textura.

(NS12)Pagar mais por um produto sem sódio é algo que eu nunca faria.

(S13)Estou disposto a consumir alimentos sem sódio, mesmo que o produto envelheça mais rápido.

(S14)O problema do sal está no fato de que ele está embutido em vários alimentos e nem tanto no fato da gente salgar a comida.

(S15)O fato da hipertensão não apresentar sintomas no começo da doença faz com que as pessoas só tratem a doença quando a saúde já piorou muito.

(S16)O gaúcho tem uma culinária pobre em temperos e, por isso, tem o costume de salgar a comida bastante.

Questionário de frequência alimentar, elaborado com a ajuda de Elaine Micheli do Hospital de Clínicas:

Marque com que frequência você consome estes alimentos:

Nunca ou menos de uma vez por mês (A)	De 1 a 3 vezes por mês (B)	1 vez por semana (C)	2 a 4 vezes por semana (D)	5 ou mais vezes por semana (E)

Categorias de alimentos:	**Exemplos da categoria:**
Leite e iogurtes	
Queijos com sal	Queijo lanche,parmesão, mussarela,requeijão
Carne de boi	
Carne de porco	
Carne de frango	
Carne ultraprocessada	Hamburguer,nugget, salsicha,bacon,patê
Carnes embutidas	Presunto,salame, mortadela, copa,frios em geral
Peixes	
Frutos do mar	Camarão,mexilhão,marisco,lula,polvo e outros animais do mar
Vegetais	
Frutas	
Leguminosas	Feijão,lentilha,grão-de-bico
Conservas enlatadas	Milho,ervilha,palmito,azeitona,alcaparra,cogumelos
Sopas prontas	Sopas instantâneas de caneca.
Feijoada	Diferente por conter pedaços de carne e ser bem temperada
Ovos	
Pão cacetinho	
Outros pães com sal	Pão integral,cervejinha,bisnaguinha,pão de forma
Pães sem sal	Se você não procura especificamente por pães sem sal, você provavelmente come pães que contém sal
Massas prontas	Spaghetti,talharim,pizza e lasanha,massa que se compra no supermercado em geral
Massas instantâneas	Miojo,Cup Noodles
Tubérculos	Batata doce,batata inglesa, aipim,moranga,abóbora,o modo de preparo não faz diferença

Bolacha salgada	Biscoito água e sal,cream cracker,club social
Bolacha doce	Biscoito maisena,Trakinas,cookies,
Salgadinhos de pacote	Yokitos,pastelina,amendoim,cheetos,fandangos,pringles,doritos e similares.
Confeitarias	Pastéis,coxinhas,kibe,churros, bolos e produtos de padaria
Molho shoyu	Molho de soja usado em sushi
Condimentos prontos	Maionese,extrato de tomate,caldo de carne/galinha/legumes,molho inglês,ketchup,mostarda
Achocolatado líquido	Nescau,Toddy e similares em caixa ou garrafa
Bebidas em pó	Achocolatado em pó, suco em pó, refresco em pó,café em pó

Grade de coleta Entrevistador _____ Início da coleta: __/__/__ Fim da coleta: __/__/__

Questão/Entrevistado	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1Sexo: M/F																		
2 Idade:Nº																		
3Escolaridade F/M/S																		
4 ABCDE freq																		
5 AB sim não																		
6 AB sim não																		
7AB sim não																		
8AB sim não																		
9ABCDE freq																		
10ABCDE freq																		
11AB sim não																		
12AB sim não																		
13AB sim não																		
14AB sim não																		
15ABmuito pouco																		
16V ou F																		
17V ou F																		
18V ou F																		
19V ou F																		
20V ou F																		
21V ou F																		
22V ou F																		
23V ou F																		
24V ou F																		
25V ou F																		
26V ou F																		
27V ou F																		
28V ou F																		
29V ou F																		
30V ou F																		
31V ou F																		
32V ou F																		
33V ou F																		

34V ou F																		
35V ou F																		
36Vou F																		
S1																		
NS1																		
S2																		
NS2																		
S3																		
NS3																		
S4																		
NS4																		
S5																		
NS5																		
S6																		
NS6																		
S7																		
NS7																		
S8																		
NS8																		
S9																		
NS9																		
S10																		
NS10																		
S11																		
NS11																		
S12																		
NS12																		
S13																		
S14																		
S15																		
S16																		
Leite e iogurtes																		
Queijos com sal																		
Carne de boi																		
Carne de porco																		

Carne de frango																		
Carne ultraprocessada																		
Carnes embutidas																		
Peixes																		
Frutos do mar																		
Vegetais																		
Frutas																		
Leguminosas																		
Conservas enlatadas																		
Sopas prontas																		
Feijoada																		
Ovos																		
Pão cacetinho																		
Outros pães com sal																		
Pães sem sal																		
Massas prontas																		
Massas instantâneas																		
Tubérculos																		
Bolacha salgada																		
Bolacha doce																		
Salgadinhos de pacote																		
Confeitarias																		
Molho shoyu																		
Condimentos prontos																		
Achocolatados líq.																		
Bebidas em pó																		

Nunca ou menos de uma vez por mês (A)	De 1 a 3 vezes por mês (B)	1 vez por semana (C)	2 a 4 vezes por semana (D)	5 ou mais vezes por semana (E)

Discordo fortemente (1)	Discordo parcialmente (2)	Não concordo nem discordo (3)	Concordo parcialmente (4)	Concordo fortemente (5)