

Letramento em Saúde como estratégia para controle ponderal e mudança nos marcadores de consumo alimentar

Health Literacy as a strategy for weight control and changes in food consumption markers

Lisidna Almeida Cabral¹, Dayze Djanira Furtado de Galiza², Antônio Augusto Ferreira Carioca³, Eliane Mara Viana Henriques³, Clarice Maria Araújo Chagas Vergara¹, Anael Queirós Silva Barros¹, Helena Alves de Carvalho Sampaio¹

DOI: 10.1590/2358-2898202614910796P

RESUMO Este artigo avalia os efeitos de uma intervenção com vídeos fundamentados no Guia Alimentar e nos pressupostos do Letramento em Saúde sobre o status de peso e sobre os marcadores de consumo alimentar de pessoas com excesso de peso atendidas em Unidades de Atenção Primária à Saúde (Uaps). Trata-se de um estudo realizado no período de setembro de 2022 a março de 2023, e a intervenção ocorreu em Uaps na cidade de Fortaleza. O Grupo Controle incluiu 159 pessoas, e o Grupo Intervenção, 160. Os vídeos foram utilizados como ferramenta educativa no grupo intervenção, que recebeu contato telefônico quinzenal do profissional de saúde e teve acesso aos vídeos produzidos. Após as análises observou-se que, com relação ao nível de Letramento em Saúde, ambos os grupos apresentaram valores baixos, com limitações nos quesitos ‘compreensão’, ‘disponibilidade’ de apoio por parte de profissionais da saúde, de informações suficientes para cuidar da saúde, de contar com cuidado ativo da saúde, e de conseguir navegar no Sistema de Saúde. Infere-se que a intervenção não favoreceu a perda de peso, mas promoveu a redução do número de pessoas que realizam suas refeições em frente a telas, no número daquelas que realizam apenas duas refeições por dia, e daquelas que consumiram bebidas adoçadas no dia anterior.

PALAVRAS-CHAVE Filme e vídeo educativo. Programas de redução de peso. Letramento para a saúde. Intervenção educacional precoce. Ingestão alimentar.

ABSTRACT This article evaluates the effects of an intervention using videos based on the Dietary Guidelines and Health Literacy principles on the weight status and food consumption markers of overweight individuals attending Primary Health Care Units (PHCU). The study was conducted from September 2022 to March 2023, with the intervention taking place in PHCU in Fortaleza. The Control Group included 159 people, and the Intervention Group included 160. The videos served as an educational tool for the intervention group, which also received bi-weekly telephone contact from a health professional and access to the produced videos. Analysis showed that both groups had low levels of Health Literacy, with limitations in ‘understanding’, ‘availability’ of support from health professionals, sufficient information to care for their health, access to active health care, and the ability to navigate the Health System. The intervention did not promote weight loss but did reduce the number of people who ate meals in front of screens, those who ate only two meals a day, and those who consumed sweetened beverages the previous day.

KEYWORDS Instructional film and video. Weight reduction programs. Health literacy. Early intervention, educational. Eating.

¹Universidade Estadual do Ceará (Uece) – Fortaleza (CE), Brasil.
lisidna@yahoo.com.br

²Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) – Campina Grande (PB), Brasil.

³Universidade de Fortaleza (Unifor) – Fortaleza (CE), Brasil.

Introdução

Nos anos recentes, a prevalência de obesidade adquiriu proporções pandêmicas, variando, em todo o mundo, de 3,7% a 38,2%¹. No Brasil, de acordo com o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), de 2023, a prevalência de obesidade entre adultos variou entre 17,7% e 30,4%, dependendo da cidade avaliada².

Paralelamente, os estudos apontam sucessivos fracassos de estratégias tradicionais de combate à obesidade focadas apenas no balanço energético, com resultados insatisfatórios e não sustentados a médio e longo prazos. Essa constatação demanda uma abordagem mais holística e intersetorial, contemplando outras áreas de enfrentamento, como rotulagem dos alimentos, medidas fiscalizatórias e ações de educação em saúde³⁻⁸.

Uma abordagem indireta da obesidade é a orientação para a utilização de guias alimentares, que, assim como outras medidas de combate à obesidade, promovem uma alimentação adequada e saudável, com potencial de agir na prevenção do ganho excessivo de peso e/ou na perda de peso⁹. No caso do Brasil, dispomos do ‘Guia Alimentar para a População Brasileira’^{10,11}.

No entanto, este guia é um recurso de difícil leitura e consequente compreensão, o que pode limitar seu alcance junto à população a que se destina. Daí decorre a importância da construção de materiais educativos fundamentados no Letramento em Saúde, uma vez que tendem a ser mais frutíferos em seus objetivos, por utilizarem linguagem simples e se adequarem ao contexto social e de saúde das pessoas^{12,13}.

Assim sendo, urge rever as práticas educativas para controle de peso, tendo em vista as diversas estratégias frustradas no objetivo específico de reduzir o avanço da obesidade no Brasil, como as políticas intersetoriais, a saber: Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS); incentivo à atividade física, por meio de programas como o Saúde na

Escola (PSE) e Academia da Saúde; a própria implementação do Guia Alimentar; e o Apoio à Agricultura Familiar (Programa de Aquisição de Alimentos – PAA, Cozinha Solidária). Portanto, o objetivo deste trabalho é avaliar os efeitos de uma intervenção realizada a partir de vídeos fundamentados no Guia Alimentar e nos pressupostos do Letramento em Saúde, que permitiu registrar dados sobre o *status* de peso e sobre os marcadores de consumo alimentar de pessoas com excesso de peso que frequentaram unidades de atenção básica.

Material e métodos

Trata-se de um estudo realizado no período de setembro de 2022 a março de 2023. A intervenção ocorreu em Unidades de Atenção Primária à Saúde (Uaps) ligadas à prefeitura da cidade de Fortaleza. Foram selecionadas 12 Uaps – duas em cada uma das seis Regionais de Fortaleza, uma para o Grupo Controle e uma para o Grupo Intervenção. Embora haja atualmente uma divisão setorial do município em 12 regionais, a estrutura física das Secretarias Regionais à época da pesquisa ainda era de seis, e por esse motivo foi a distribuição adotada para seleção das unidades.

As unidades foram indicadas pela Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. Os critérios de escolha foram o fato de serem unidades abertas à colaboração em pesquisas científicas e de não disporem de profissionais da área da Nutrição em seu quadro de lotação. A ausência dessa especialidade profissional foi necessária para evitar viés na etapa de intervenção.

Para determinação da amostra, foi utilizada a estratégia de Amostragem por Conveniência, incluindo todos os pacientes portadores de obesidade que compareceram às Unidades de Saúde participantes da pesquisa no período da intervenção, desde que atendessem aos critérios de inclusão e aceitassem participar do estudo.

Foram critérios de inclusão: adultos (20-59 anos); estar com sobrepeso ou obesidade grau

I; e possuir telefone celular com acesso à internet. Foram critérios de exclusão: portadores de condições mórbidas que pudessem estar relacionadas ao peso, e condições que comprometessem a mobilidade; estar em tratamento com medicamentos que levassem à oscilação ponderal, como antidepressivos, antipsicóticos, corticoides, entre outros; e mulheres gestantes e nutrízes. A opção pela inclusão de obesidade leve (Grau I), e não a moderada e grave, se deu pela necessidade de conferir maior homogeneidade à amostra.

Uma vez selecionados os participantes, deu-se a alocação no grupo de intervenção ou controle, dependendo da Uaps em que foram captados e acompanhados, de forma que não houvesse interação entre os participantes dos grupos. O Grupo Controle incluiu 159 pessoas, e o Grupo Intervenção, 160.

Na primeira consulta de ambos os grupos, definida como sendo a Linha de Base da intervenção, os participantes tiveram peso e altura aferidos, e responderam aos seguintes instrumentos: 1. Questionário de Linha de Base, com dados de identificação, socioeconômicos e de conhecimento do 'Guia Alimentar para a População Brasileira'; 2. Questionário para avaliação do Letramento em Saúde, tendo sido utilizado o Health Literacy Questionnaire, em sua versão validada para o Brasil (HLQ-Br)¹⁴; 3. Questionário de marcadores de consumo alimentar do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan).

No período de espera para o atendimento, os participantes foram entrevistados por estudantes de Iniciação Científica vinculados ao projeto, previamente treinados, e preencheram os instrumentos de próprio punho, sob a supervisão de um(a) nutricionista. O tempo de entrevista foi em torno de uma hora e trinta minutos.

Ainda na primeira consulta, além de responder aos questionários, os pacientes foram orientados quanto à alimentação a ser seguida. O Grupo Controle recebeu orientações de acordo com o protocolo das Uaps; o Grupo Intervenção recebeu orientações de acordo

com o 'Guia Alimentar para a População Brasileira', na forma dos vídeos já validados¹⁵.

Após a primeira consulta, o Grupo Intervenção recebeu contato telefônico quinzenal do profissional de saúde por meio de mensagem de texto ou Whatsapp, e ao longo de quatro semanas, foram disponibilizados os vídeos¹⁶, como discriminado a seguir: Semana 1. Vídeo 1 (O que é um peso saudável) e Vídeo 2 (Como meu peso pode proteger minha saúde); Semana 2, Vídeo 3 (Conhecendo e selecionando alimentos quanto ao grau de processamento), Vídeo 4 (4 Recomendações para você não esquecer); e Vídeo 5 (Uma Regra de Ouro pode ajudar você a ter uma alimentação saudável); Semana 3, Vídeo 6 (Como eu vou combinar os alimentos); Vídeo 7 (Comer não é só engolir os alimentos); e Vídeo 8 (São só 10 passos para ter uma alimentação saudável); Semana 4, Vídeo 9 (Como eu posso ter uma dieta saudável e perder peso); Vídeo 10 (Dicas para o planejamento da alimentação do dia a dia).

Após um mês, tanto os participantes do Grupo Controle como os do Grupo Intervenção foram avaliados por meio dos marcadores de consumo alimentar do Sisvan, e o peso foi novamente aferido, utilizando a mesma balança da primeira pesagem. Estas variáveis foram avaliadas e comparadas quanto a mudanças ocorridas no período.

Para análise e tratamento dos dados, utilizaram-se o programa Microsoft Office Excel®, versão 13.0, e o programa estatístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 23.0. Na análise descritiva utilizaram-se as frequências absolutas e percentuais. Na análise inferencial, foram verificadas as associações por meio do teste Qui-quadrado de Pearson¹⁷. Para a comparação de médias, após análise de normalidade de distribuição dos dados por meio do teste de Kolmogorov-Smirnov¹⁸, utilizou-se o teste t de Student¹⁹. Para todas as análises, o nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$).

Este projeto está inserido em uma pesquisa guarda-chuva intitulada 'Plano Conecta Saúde: aliando inovação tecnológica e Letramento

em Saúde na luta contra as doenças crônicas não-transmissíveis’ aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual do Ceará, sob Parecer número 3.795.260.

Resultados

Participaram da pesquisa 319 pessoas, das quais 160 fizeram parte do Grupo Intervenção e 159 do Grupo Controle.

Em relação às características socioeconômico-demográficas, o Grupo Intervenção foi composto, em sua maioria, por mulheres não casadas, com idade entre 30 e 49 anos. Nesse grupo, a maioria dos participantes tinha escolaridade acima de nove anos de estudo, tinha emprego, com renda familiar entre um e três salários mínimos, e identificou-se como de cor parda, conforme dados apresentados na *tabela 1*.

Tabela 1. Dados socioeconômico-demográficos dos usuários com excesso de peso atendidos nas unidades de atenção primária. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2023

Dados Gerais	Respostas	Intervenção		Controle		p-valor
		N	%	N	%	
Sexo	FEMININO	147	91,88	142	89,31	0,432
	MASCULINO	13	8,13	17	10,69	
Idade	20 - 29	34	21,25	26	16,35	0,274
	30 - 39	51	31,88	43	27,04	
	40 - 49	45	28,13	60	37,74	
	50 - 59	30	18,75	30	18,87	
	60 - 69	10	6,25	11	7,04	
Estado civil	CASADO (A)	66	41,25	77	48,43	0,197
	NÃO CASADO (A)	94	58,75	82	51,57	
Escolaridade	< 8 ANOS	18	11,25	37	23,27	0,006
	09 - 11 ANOS	79	49,38	57	35,85	
	≥ 12 ANOS	63	39,38	65	40,88	
Situação de trabalho	EMPREGADO (A)	92	57,50	78	49,06	0,015
	DESEMPREGADO (A)	63	39,38	81	50,94	
	APOSENTADO (A)	5	3,13	0	0,00	
Renda familiar	≤ 1 SM	50	31,25	91	57,23	p<0,0001
	1 - 3 SM	95	59,38	59	37,11	
	3 - 5 SM	14	8,75	9	5,66	
	≥ 5 SM	1	0,63	0	0,00	
Cor	BRANCA	30	18,75	16	10,06	0,096
	PRETA	24	15,00	21	13,21	
	PARDA	104	65,00	122	76,73	
	INDÍGENA	1	0,63	0	0,00	
	AMARELA	1	0,63	0	0,00	

Fonte: elaboração própria.

O Grupo Controle apresentou características semelhantes às do Grupo Intervenção, exceto por ter, em sua maioria, pessoas desempregadas e com renda familiar inferior a um salário mínimo. Em relação à escolaridade, a maioria dos participantes do Grupo

Controle também tinha mais de nove anos de estudo. No entanto, em comparação com o Grupo Controle, o número de pessoas com escolaridade abaixo de oito anos era duas vezes maior neste grupo em comparação com o Grupo Intervenção.

Tabela 2. Letramento em Saúde de dos usuários com excesso de peso atendidos nas unidades de atenção primária. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2023

Dimensões	Intervenção		Controle		p
	Média	DP	Média	DP	
Compreensão e apoio dos profissionais de saúde	2,47	0,72	2,3	0,63	0,027
Informações suficientes para cuidar da saúde	2,54	0,58	2,46	0,55	0,208
Cuidado ativo da saúde	2,6	0,49	2,62	0,48	0,628
Suporte social para saúde	2,71	0,55	2,56	0,56	0,105
Avaliação das informações em saúde	2,83	0,48	2,71	0,49	0,023
Capacidade de interagir ativamente com os profissionais de saúde	3,44	0,97	3,2	0,9	0,026
Navegar no sistema de saúde	2,94	0,91	2,76	0,83	0,072
Capacidade de encontrar boas informações sobre saúde	3,27	0,9	3,23	0,89	0,657
Compreender as informações sobre saúde e saber o que fazer	3,58	0,81	3,4	0,77	0,048

Fonte: elaboração própria.

Com relação ao nível de Letramento em Saúde, ambos os grupos apresentaram valores baixos, com limitações nos quesitos ‘compreensão’, ‘disponibilidade’ de apoio por parte de profissionais da saúde, de informações suficientes para cuidar da saúde, de contar com cuidado ativo da saúde, e de conseguir navegar no sistema de saúde. Em contrapartida, apresentaram potencialidades em relação a ter a capacidade de interagir ativamente com os profissionais da saúde, e a encontrar boas informações sobre saúde, compreender as informações sobre saúde e saber o que fazer com elas, uma vez que as médias de ambos os grupos ficaram acima de 3. Ou seja, de maneira

geral, o perfil em relação ao nível de letramento é muito semelhante entre os dois grupos, tendendo para baixo.

No entanto, vale ressaltar que, embora a média dos dois grupos tenha sido baixa, o Grupo Controle apresentou médias estatisticamente ainda mais baixas do que as do Grupo Intervenção nas dimensões ‘Compreensão e apoio dos profissionais de saúde’, ‘Avaliação das informações em saúde’, ‘Capacidade de interagir ativamente com os profissionais de saúde’ e ‘Compreender as informações sobre saúde e saber o que fazer’, o que retrata um nível de letramento ainda mais baixo nessas dimensões.

Tabela 3. Conhecimento do Guia Alimentar e marcadores de consumo alimentar (Sisvan) dos usuários com excesso de peso atendidos nas unidades de atenção primária. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2023

		Intervenção		Controle		
Perguntas	Respostas	N	%	N	%	p-valor
CONHECIMENTO SOBRE O GUIA ALIMENTAR						
Já ouviu falar do Guia Alimentar para a população brasileira?	Sim	17	10,63	23	14,47	0,3
	Não	143	89,38	136	85,53	
Já ouviu falar em alimentos naturais?	Sim	146	91,25	137	86,16	0,151
	Não	14	8,75	22	13,84	
Já ouviu falar em alimentos processados?	Sim	123	76,88	105	66,04	0,032
	Não	37	23,13	54	33,96	
Já ouviu falar em alimentos ultraprocessados?	Sim	42	26,25	37	23,27	0,538
	Não	118	73,75	122	76,73	
DADOS SOBRE MARCADORES DO CONSUMO ALIMENTAR - SISVAN						
Você tem costume de realizar as refeições assistindo à TV, mexendo no computador e/ou celular?	Sim	114	71,25	100	62,89	0,15
	Não	45	28,13	59	37,11	
	Não sabe	1	0,63	0	0,00	
Quais refeições você faz ao longo do dia?	Até 02 refeições	17	10,63	9	5,66	0,076
	03 - 05 refeições	127	79,38	141	88,68	
	6 refeições	16	10,00	9	5,66	
Ontem você consumiu feijão?	Sim	107	66,88	110	69,18	0,659
	Não	53	33,13	49	30,82	
	Não sabe	0	0,00	0	0,00	
Ontem você consumiu frutas frescas? (não considerar suco de frutas)	Sim	93	58,13	98	61,64	0,469
	Não	67	41,88	60	37,74	
	Não sabe	0	0,00	1	0,63	
Ontem você consumiu verdura e/ou legumes?	Sim	84	52,50	80	50,31	0,571
	Não	76	47,50	78	49,06	
	Não sabe	0	0,00	1	0,63	
Ontem você consumiu hambúrguer e/ou embutidos?	Sim	33	20,63	40	25,16	0,226
	Não	126	78,75	115	72,33	
	Não sabe	1	0,63	4	2,52	
Ontem você consumiu bebidas adoçadas?	Sim	94	58,75	91	57,23	0,784
	Não	66	41,25	68	42,77	
	Não sabe	0	0,00	0	0,00	
Ontem você consumiu macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados?	Sim	36	22,50	36	22,64	0,603
	Não	124	77,50	122	76,73	
	Não sabe	0	0,00	1	0,63	
Ontem você consumiu biscoitos recheados, doces ou guloseimas?	Sim	59	36,88	63	39,62	0,519
	Não	101	63,13	95	59,75	
	Não sabe	0	0,00	1	0,63	
	Não	101	63,13	95	59,75	
	Não sabe	0	0,00	1	0,63	

Fonte: elaboração própria.

Quanto ao conhecimento sobre o Guia Alimentar, a *tabela 3* demonstra que, em ambos os grupos, a maioria relatou não ter ouvido falar nesse Guia, embora afirme já ter ouvido falar de alimentos naturais, processados e ultraprocessados. Por outro lado, no que diz respeito aos processados, o número de pessoas que não tinham sequer ouvido falar sobre eles foi significativamente maior no Grupo Controle.

Quanto aos marcadores do consumo alimentar, os grupos de intervenção e controle foram semelhantes, como descrito na *tabela 3*. No início da pesquisa, em ambos os grupos a

maioria dos participantes afirmou realizar as refeições diante de telas, consumir entre três e cinco refeições por dia, e ter consumido no dia anterior bebidas adoçadas, frutas, feijão e verduras/legumes – embora a proporção em relação a este último grupo de alimentos os resultados tenham sido equiparáveis entre os dois grupos.

Em contrapartida, a maioria relatou não ter consumido biscoitos, doces ou guloseimas; macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados; hambúrguer e/ou embutidos.

Tabela 4. Comparação de peso e Índice de Massa Corporal (IMC) do Grupo Controle e grupos de intervenção após 30 dias de acompanhamento. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2023

	Intervenção (n=66)				p	Controle (n=54)				p
	Inicial		30 dias			Inicial		30 dias		
	Média	DP	Média	DP		Média	DP	Média	DP	
Peso	70,79	9,53	70,65	9,68	0,442	72,85	8,54	72,85	9,11	0,987
IMC	28,48	2,03	28,43	2,15	0,556	29,88	2,38	29,87	2,59	0,894

Fonte: elaboração própria.

Em relação aos dados antropométricos, o Peso Inicial Médio (PIM) do Grupo Intervenção foi 70,79 kg ($\pm 9,53$), enquanto o Índice de Massa Corporal (IMC) foi 28,48 kg/m² ($\pm 2,03$). Por outro lado, os dados do Grupo Controle foram: PIM de 72,85 kg ($\pm 8,54$) e IMC de 29,88 kg/m² ($\pm 2,38$). Não houve diferença estatisticamente significativa na comparação entre os pesos ($p=0,137$) de ambos os grupos na fase inicial. O IMC foi um pouco mais alto no Grupo Controle, porém sem diferença na categoria de estado nutricional (sobrepeso).

Após intervenção de 30 dias, não houve diferença significativa na comparação entre os

grupos em relação a dados antropométricos, como mostram os dados apresentados na *tabela 4*, que, portanto, não foi verificada redução de peso ou de IMC no Grupo Intervenção.

Vale ressaltar, porém, que não foi possível coletar o peso após 30 dias de todos os participantes, uma vez que muitos deles tiveram o acompanhamento de forma remota. Assim sendo, essa comparação entre os pesos incluiu 66 integrantes do Grupo Intervenção e 54 do Grupo Controle. Em relação aos dados dos marcadores de consumo alimentar, foi possível coletar dados de 75 participantes do Grupo Intervenção e de 75 do Grupo Controle.

Tabela 5. Comparação entre os marcadores do consumo alimentar do grupo controle e grupos de intervenção após 30 dias de acompanhamento. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2023

Pergunta	Resposta	Intervenção				p	Controle				p
		Inicial		30 Dias			Inicial		30 Dias		
		n	%	n	%		n	%	n	%	
Você tem costume de re- alizar as refeições assistindo à TV, mexendo no compu- tador e/ou celular?	Sim	114	71,25	34	45,33	0,000	100	62,89	43	57,33	0,416
	Não	45	28,13	41	54,67		59	37,11	32	42,67	
	Não sabe	1	0,62	0	0		0	0	0	0	
Quais refeições você faz ao longo do dia?	Até 02	17	10,62	2	2,67	0,043	9	5,66	3	4	0,258
	03 - 05	127	79,38	69	92		141	88,68	71	94,67	
	6	16	10	4	5,33		9	5,66	1	1,33	
Ontem você consumiu feijão?	Sim	107	66,88	52	69,33	0,707	110	69,18	55	73,33	0,516
	Não	53	33,12	23	30,67		49	30,82	20	26,67	
	Não sabe	0	0	0	0		0	0	0	0	
Ontem você consumiu fru- tas frescas? (não conside- rar suco de frutas)	Sim	93	58,12	45	60	0,786	98	61,63	46	61,33	0,785
	Não	67	41,88	30	40		60	37,74	29	38,67	
	Não sabe	0	0	0	0		1	0,63	0	0	
Ontem você consumiu verdura e/ou legumes?	Sim	84	52,5	39	52	0,342	80	50,31	39	52	0,774
	Não	76	47,5	35	46,67		78	49,06	36	48	
	Não sabe	0	0	1	73,33		1	0,63	0	0	
Ontem você consumiu hambúrguer e/ou embu- tidos?	Sim	33	20,62	20	26,67	0,475	40	25,16	18	24	0,366
	Não	126	78,75	55	73,33		115	72,33	57	76	
	Não sabe	1	0,63	0	0		4	2,51	0	0	
Ontem você consumiu bebidas adoçadas?	Sim	94	58,75	31	41,33	0,013	91	57,23	50	66,67	0,169
	Não	66	41,25	44	58,67		68	42,77	25	33,33	
	Não sabe	0	0	0	0		0	0	0	0	
Ontem você consumiu macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados?	Sim	36	22,5	13	17,33	0,363	36	22,64	22	29,33	0,440
	Não	124	77,5	62	82,67		122	76,73	53	70,67	
	Não sabe	0	0	0	0		1	0,63	0	0	
Ontem você consumiu biscoitos recheados, doces ou guloseimas?	Sim	59	36,88	31	41,33	0,512	63	39,62	37	49,33	0,311
	Não	101	63,12	44	58,67		95	59,75	38	50,67	
	Não sabe	0	0	0			1	0,63	0		

Fonte: elaboração própria.

Quanto aos dados de comparação dos marcadores de consumo alimentar após 30 dias, observou-se que, no Grupo Intervenção, a proporção de pessoas que realizam suas refeições expostas às telas caiu de 71,25% para 45,33% ($p<0,001$). Houve redução também no número de pessoas que realizam até duas refeições ao dia, reduzindo – queda de 10,63% para 2,67%, assim como na proporção daquelas

que realizam 6 refeições por dia – de 10% para 5,3% ($p=0,043$). Por fim, houve redução da proporção de pessoas que relataram ter consumido bebidas adoçadas no dia anterior – de 58,75% para 41,33% ($p=0,013$), como mostra a *tabela 5*.

Em relação aos demais marcadores, não houve alteração estatisticamente significativa, assim como não houve modificações em nenhum marcador do grupo não submetido aos vídeos.

Discussão

O perfil socioeconômico e demográfico do público desta pesquisa é semelhante ao perfil de pacientes atendidos na Atenção Primária à Saúde (APS) na região Nordeste, conforme os dados apresentados por Guibu e colaboradores (2017) – ou seja, maioria composta por mulheres, não casadas, auto-identificadas como de cor parda, com escolaridade até o Ensino Fundamental, e pertencentes a classes sociais D e E²⁰.

Uma análise um pouco mais recente (2020) do perfil de pacientes com obesidade atendidos na APS de Chapecó, Santa Catarina, constatou que a maioria também era do sexo feminino e que 50% do grupo tinha escolaridade até o Ensino Médio²¹. Ou seja, embora o Grupo Intervenção apresentasse níveis de renda e escolaridade um pouco melhores que o do Grupo Controle, ambos ainda permanecem com um perfil semelhante ao do público atendido na região Nordeste e em outras partes do Brasil.

Vale lembrar que as unidades que compuseram cada grupo foram selecionadas de forma aleatória, sendo moradores dos mesmos bairros, o que permitiu características socioeconômicas semelhantes entre elas. E, assim sendo, as diferenças de renda e de escolaridade entre os grupos não eram achados esperados.

Quanto à análise do nível de letramento, alguns autores já se propuseram a avaliar o nível dos usuários da APS com os mais diversos instrumentos. De maneira geral, o primeiro resultado sugere que o nível de letramento é baixo e está relacionado à baixa escolaridade e baixa renda^{22,23}. Embora a verificação da associação entre essas variáveis não tenha sido efetuada, foi possível constatar dificuldades em algumas dimensões do Letramento em Saúde. O pior desempenho do Grupo Controle, verificado em três dimensões do Letramento em Saúde, também se deve ao acaso, uma vez que a seleção das Unidades de Saúde foi feita de maneira aleatória.

Especificamente quanto a possuir informações suficientes para cuidar da saúde, ambos

os grupos obtiveram pontuações baixas, o que se infere da afirmação de mais de 80% dos participantes dos dois grupos de que não tinham sequer ouvido falar sobre o Guia Alimentar. Considerando que são pacientes já em atendimento nas Uaps, o fato de não terem conhecimento dessa ferramenta de orientação de alimentação saudável aponta para uma questão importante nesse nível de atenção: o desconhecimento ou despreparo dos profissionais para utilizar essa ferramenta. Este estudo mostra que, com exceção do/da profissional nutricionista, o conhecimento e a eficácia para aplicar o Guia Alimentar foram relativamente baixos entre os demais profissionais que atuam na atenção primária²⁴. O fato de o atendimento por nutricionistas nas unidades ainda ser insuficiente – em algumas delas essa especialidade sequer existe – favorece o desconhecimento desse instrumento por parte da população em geral²⁵. Por outro lado, mesmo desconhecendo o Guia, a maioria relatou já ter ouvido falar em alimentos naturais, processados e ultraprocessados.

Quanto aos marcadores de consumo alimentar do Sisvan – ferramenta de rastreamento rápido do consumo de alimentos *in natura* e ultraprocessados no dia anterior –, não havia na linha de base da pesquisa diferença entre os dois grupos pesquisados, tendo havido relatos de consumo de alimentos naturais, mas também de bebidas açucaradas, além do hábito de realizar refeições em frente a telas.

Após os 30 dias, o Grupo Intervenção registrou redução significativa do número de pessoas que realizam refeições em frente a telas, redução do número de pessoas que realizam apenas duas refeições por dia, e redução no número de pessoas que no dia anterior haviam consumido bebidas adoçadas.

Especificamente quanto ao consumo em frente a telas, já é fato conhecido que se trata de um hábito associado à pior qualidade da alimentação, a um consumo exagerado de alimentos, a um consumo calórico aumentado, e à redução de consumo de alimentos saudáveis²⁶.

De forma semelhante, o consumo de bebidas adoçadas, que é uma fonte líquida de adição de açúcares na dieta, está associado a uma potencial desregulação hormonal, à resistência à insulina, à dislipidemia e à obesidade. Além desses prejuízos, esse hábito leva também a uma pior qualidade da dieta, a maior consumo de alimentos com alta densidade energética, e a ingestão insuficiente de várias vitaminas e minerais. E esse hábito está relacionado também a comportamentos obesogênicos, tal como comer em frente à televisão²⁷.

Apesar de não ter sido constatada mudança de peso antes e após a intervenção, provavelmente em decorrência do pouco tempo de acompanhamento, essas mudanças de comportamento poderão levar, no longo prazo, à redução de peso e mudança de estado nutricional.

Embora seja o parâmetro utilizado, o peso, por si só, é insuficiente para avaliar eventual sucesso das intervenções, uma vez que a etiologia da obesidade é complexa e multifatorial, resultando da interação de genes, ambiente, estilos de vida e fatores emocionais, dietas restritivas que favorecem perda de peso rápida favorecem também o reganho a longo prazo. Mudanças comportamentais parecem ser mais efetivas^{28,29}.

Por outro lado, no Grupo Controle não houve qualquer modificação comportamental ou relativa à antropometria. Esse dado também é relevante, pois, além de indicar um resultado positivo da intervenção, ainda que discreto, aponta também para uma baixa efetividade das ações realizadas na APS no combate à obesidade.

O manejo da obesidade nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) brasileiras suscita preocupações legítimas, uma vez que ainda há muitas unidades sem a adequada estrutura física para o cuidado da obesidade, carecendo inclusive de balanças com capacidade de até 200 kg, baixa frequência de equipes estendidas e pouca capacitação para um processo de trabalho adequado da equipe, além de ausência de salas para atividades coletivas e de registros

dos usuários com obesidade resultam na precariedade do cuidado com a obesidade na APS do Brasil, com disparidades significativas entre regiões^{29,30}.

Esse cenário de precariedade esteve presente nos dois grupos analisados, uma vez que tanto o Grupo Intervenção como o Grupo Controle foram acompanhados em Uaps, o que ressalta a vantagem de utilizar uma abordagem adequada no nível de letramento da população, mesmo diante de um cenário desfavorável.

Uma revisão sistemática das intervenções educativas baseadas no Letramento em Saúde, realizada em países de baixa a média renda, mostrou que, quando fundamentadas no Letramento em Saúde, as intervenções são mais assertivas na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis. Uma vez que envolve medidas facilmente aplicáveis, mesmo em situações de restrições específicas de recursos em cada cenário específico, e independentemente do tempo de acompanhamento¹², os benefícios da educação em saúde² são sustentados mesmo nas situações sociais mais adversas, podendo ser implementados com eficácia em diversos contextos sociais e em vários tipos de populações.

No caso desta pesquisa, os vídeos, enquanto tecnologia leve, de baixo custo e facilmente propagáveis, foram disponibilizados via plataforma gratuita, e estão disponíveis através do *link* disponível no final deste artigo, podendo ser facilmente acessados e utilizados na rotina de trabalho dos profissionais nesse nível de atenção, a fim de que outros resultados positivos possam advir da utilização desse material. Vale ressaltar que a adoção de uma alimentação saudável é indicada em outros quadros de doenças crônicas além da obesidade em si³¹.

Especificamente em relação a esta pesquisa, ocorreu uma perda de dados de comparação devido ao baixo retorno dos pacientes ao segundo encontro, por receio de exposição ainda decorrente da pandemia de covid-19, cujo fim foi decretado somente em maio de 2023³². Embora não tenha sido prevista inicialmente, essa redução não foi inesperada diante do cenário instalado, uma

vez que houve diminuição de procedimentos de saúde e consultas médicas na APS após o início da pandemia de covid-19³³. Uma vez que era possível coletar os dados do Sisvan por telefone, o número de informações coletadas após 30 dias foi um pouco maior que o quantitativo de medidas antropométricas.

Mesmo com essa limitação, o estudo mostrou que ações educativas fundamentadas no Letramento em Saúde, ainda que com pouco período de acompanhamento, apresentam resultados positivos nas mudanças de comportamento alimentar.

É importante ressaltar que outra limitação é a pequena, porém existente, diferença na escolaridade, e no nível de letramento entre os grupos comparados. Embora não intencional, uma vez que a seleção dos participantes se deu por conveniência, seria possível questionar se o resultado positivo não teria decorrido se houvesse um melhor nível de compreensão das informações transmitidas. No entanto, o desempenho geral de todos os participantes do estudo, independentemente do grupo, evidenciou mais limitações que potencialidades para o Letramento em Saúde.

Conclusões

A intervenção a partir de vídeos fundamentados no Guia Alimentar e nos pressupostos do Letramento em Saúde sobre o peso e sobre os marcadores de consumo alimentar de pessoas com excesso de peso atendidas na atenção básica não favoreceu a perda de peso, mas

promoveu redução significativa no número de pessoas que realizam suas refeições diante de telas, redução no número de pessoas que realizam apenas duas refeições por dia, e redução no número de pessoas que consumiram bebidas adoçadas no dia anterior.

Sugere-se uma intervenção por um período maior de tempo, a fim de verificar mudanças adicionais.

Contribuições de autoria

Cabral LA (0000-0002-1622-9577)* contribuiu para concepção e desenho do trabalho, coleta, análise e interpretação dos dados, revisão e análise crítica, e aprovação final do manuscrito. Galiza DDF (0000-0001-9237-0372)* contribuiu para análise e interpretação dos dados, e revisão do manuscrito. Carioca AAF (0000-0002-1194-562X)* contribuiu para concepção e desenho do trabalho, coleta, análise e interpretação dos dados, revisão e análise crítica, e aprovação final do manuscrito. Henriques EMV (0000-0002-7968-9917)* contribuiu para análise e interpretação dos dados, e revisão do manuscrito. Vergara CMAC (0000-0003-1709-9951)* contribuiu para análise e interpretação dos dados, e revisão do manuscrito. Barros AQS (0000-0002-1276-4759)* contribuiu para análise e interpretação dos dados, e revisão do manuscrito. Sampaio HAC (0000-0001-5353-8259)* contribuiu para concepção e desenho do trabalho, coleta, análise e interpretação dos dados, revisão e análise crítica, e aprovação final do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Blüher M. Obesity: global epidemiology and pathogenesis. *Nat Rev Endocrinol.* 2019;15(5):288-298. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41574-019-0176-8>.
2. Ministério da Saúde (BR). Vigitel Brasil 2023: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativa [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2023 [acesso em 2025 dez 15]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2023.pdf
3. Malta DC, Silva AG, Gomes CS, et al. Monitoramento das metas dos planos de enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013 e 2019. *Epidemiol Serv Saúde.* 2022;31(Esp 1)(e2021364). DOI: <https://doi.org/10.1590/SS2237-9622202200008.especial>
4. Theis DRZ, White M. Is Obesity Policy in England Fit for Purpose? Analysis of Government Strategies and Policies, 1992-2020. *Milbank Q.* 2021;99(1):126-170. DOI: <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12498>
5. Haynes E, Hughes R, Reidlinger DP. Obesity prevention advocacy in Australia: an analysis of policy impact on autonomy. *Aust N Z J Public Health.* 2017;41(3):299-305. DOI: <https://doi.org/10.1111/1753-6405.12660>
6. Brito D, Lopes AS, Filipe B. Texto, imagem e som do interesse do paciente. In: Almeida CV, Moraes KL, Brasil VV, editores. 50 técnicas Literacia em Saúde na Prática – um guia para a saúde. Maurítius: Novas Edições Acadêmicas; 2020. p. 27-32
7. Halpern B, Louzada MLDC, Aschner P, et al. Obesity and COVID-19 in Latin America: A tragedy of two pandemics-Official document of the Latin American Federation of Obesity Societies. *Obes Rev.* 2021;22(3):e13165. DOI: <https://doi.org/10.1111/obr.13165>
8. Mozaffarian D. Perspective: Obesity-an unexplained epidemic. *Am J Clin Nutr.* 2022;115(6):1445-1450. DOI: <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqac075>
9. Coats L, Bernstein J, Dodge E, et al. Food-based dietary guidelines of Arabic-speaking countries: a culturally congruent profile. *Public Health Nutr.* 2019;22(6):1129-1137. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1368980018004093>
10. Tramontt CR, Jesus JGL, Santos TSS, et al. Development and Validation of a Protocol for Pregnant Women Based on the Brazilian Dietary Guidelines. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2022;44(11):1021-1031. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0042-1756213>
11. Jesus JGL, Tramontt CR, Santos TSS, et al. Orientação alimentar da pessoa idosa na Atenção Primária à Saúde: desenvolvimento e validação de um protocolo baseado no Guia Alimentar para a População Brasileira. *Rev bras geriatr gerontol.* 2021;24(5):e210157. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562021024.210157.pt>
12. Heine M, Lategan F, Erasmus M, et al. Health education interventions to promote health literacy in adults with selected non-communicable diseases living in low-to-middle income countries: a systematic review and meta-analysis. *J Eval Clin Pract.* 2021;27(6):1417-1428. DOI: <https://doi.org/10.1111/jep.13554>
13. Vasconcelos CMCS, Sampaio HAC, Vergara CMAC. Materiais educativos para prevenção e controle de doenças crônicas: uma avaliação à luz dos pressupostos do letramento em saúde. Curitiba: CRV; 2018.
14. Moraes KL, Brasil VV, Mialhe FL, et al. Validação do Health Literacy Questionnaire (HLQ) para o português brasileiro. *Acta paul enferm.* 2021;34:eAPE02171. DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02171>
15. Cabral LA, Galiza DDF, Sampaio HAC. Tecnologia educativa sobre alimentação saudável para usuários da atenção primária com excesso de peso à luz do letramento em saúde Educational technology on healthy food for users of overweight primary care in light of health learning. *Cuad Educ y Desarro.* 2023;15(12):15280-97. DOI: <https://doi.org/10.55905/cuadv15n12-012>

16. Nutrindo-Laboratório de Nutrição e Saúde Coletiva. Projeto Nutriguia [Internet]. Fortaleza [acesso em 2022 nov 21]. Vídeo: 7:58 min. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=RgGz1VKbfJ4&list=PLxn_WhZgp7NIVqmtg3dn3s1J-UuTAIZBK
17. Bussab WO, Morettin PA. Estatística Básica. São Paulo: Atual; 1986.
18. Teste de Kolmogorov-Smirnov. In: The Concise Encyclopedia of Statistics. Springer: Nova Iorque, NY; 2008. DOI: https://doi.org/10.1007/978-0-387-32833-1_214
19. Drummond GB, Tom BD. Statistics, probability, significance, likelihood: words mean what we define them to mean. The Journal of physiology. 2011;589(16):3901-3904. DOI: <https://doi.org/10.1113/jphysiol.2011.215103>
20. Guibu IA, Moraes JC, Guerra Junior AA, et al. Main characteristics of patients of primary health care services in Brazil. Rev Saúde Pública. 2017;51:17s. DOI: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007070>
21. Oliveira SA, Silva BG, Machado MAK, et al. Perfil de pacientes obesos atendidos na rede de Atenção Básica à Saúde no município de Chapecó, Santa Catarina. Saúde (Santa Maria). 2020;46(2). DOI: <https://doi.org/10.5902/2236583444433>
22. Marques SRL, Lemos SMA. Letramento em Saúde e fatores associados em adultos usuários da Atenção Primária. Trab Educ e Saúde. 2018;16(2):535-59. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00109>
23. Campos AAL, Neves FS, Saldanha RF, et al. Fatores associados ao letramento funcional em saúde de mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família. Cad saúde colet. 2020;28(1):66-76. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202000280295>
24. Reis LC, Jaime PC. Conhecimento e percepção de autoeficácia e eficácia coletiva de profissionais de saúde para a implementação do Guia Alimentar na Atenção Básica. Demetra (Rio J.). 2019;14:e39140. DOI: <https://doi.org/10.12957/demetra.2019.39140>
25. Spina N, Martins PA, Vedovato GM, et al. Nutricionistas na Atenção Primária no Município de Santos: atuação e gestão da atenção nutricional. Demetra (Rio J.). 2018;13(1):117-34. DOI: <https://doi.org/10.12957/demetra.2018.30969>
26. Martins RCO, Caldeira TCM, Soares MM, et al. Leisure Screen Time and Food Consumption among Brazilian Adults. Int J Environ Res Public Health. 2024;21:1123. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph21091123>
27. Silva DCG, Segheto W, Amaral FCS, et al. Consumption of sweetened beverages and associated factors in adults. Ciênc saúde coletiva. 2019;24(3):899-906. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.05432017>
28. Paim MB, Kovaeski DF. Analysis of Brazilian guidelines for obesity: Pathologization of fat bodies, an approach focused on weight loss and anti-fat bias. Saude e Soc. 2020;29(1):1-12. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020190227>
29. Jesus JGL, Campos CMS, Scagliusi FB, et al. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família voltado às pessoas com sobrepeso e obesidade em São Paulo. Saúde Debate. 2022;46(132):175-87. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213212>
30. Lopes MS, Freitas PP, Carvalho MCR, et al. Is the management of obesity in primary health care appropriate in Brazil? Cad Saúde Pública. 2021;37(Supl 1:e00051620):1-14. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00051620>
31. Ministério da Saúde (BR). Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil 2021-2030 [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2021 [acesso em 2025 mar 10]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_enfrentamento_doencas_cronicas_agrivos_2021_2030.pdf
32. Organização Pan-Americana da Saúde. OMS declara fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional referente à COVID-19 [Internet]. 2023 [acesso em 2025 mar 10]. Disponível em: ht-

[tps://www.paho.org/pt/noticias/5-5-2023-oms-declara-fim-da-emergencia-saude-publica-importancia-internacional-referente](https://www.paho.org/pt/noticias/5-5-2023-oms-declara-fim-da-emergencia-saude-publica-importancia-internacional-referente)

33. Chisini LA, Castilhos ED, Costa FDS, et al. Impact of the COVID-19 pandemic on prenatal, diabetes and medical appointments in the Brazilian National Health System. *Rev Bras Epidemiol.* 2021;24:e210013. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210013>

Recebido em 25/06/2025

Aprovado em 16/01/2026

Conflito de interesses: inexistente

Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito

Suporte financeiro: Chamada CNPq/MS/SAPS/DEPROS Nº 27/2020 – Pesquisa em Doenças Crônicas Não Transmissíveis e Fatores de Risco Associados – ‘Programa Meu NutriGuia: Letramento e Inovação em Saúde na promoção da adesão ao Guia Alimentar para a População Brasileira como estratégia de combate à obesidade’

Editora responsável: Camila Elizandra Rossi, Universidade Federal da Fronteira Sul (UFSS), Realeza (Paraná/PR), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4570265927067952>, Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0925-0703>, e-mail: camilarossi@uffrs.edu.br