



IMPORTÂNCIA DO LETRAMENTO EM SAÚDE: COMPREENSÃO DO PROCESSAMENTO ALIMENTAR POR SOBREVIVENTES DO CÂNCER DE MAMA

Importance of health literacy: understanding of food processing by breast cancer survivors

Patrícia Cândido Alves¹
Helena Alves de Carvalho Sampaio²
Andréa Maria Eleutério de Barros Lima Martins³
Eliane Mara Viana Henriques⁴
Soraia Pinheiro Machado Arruda⁵
Antônio Augusto Ferreira Carioca⁶
Fabíola Belkiss Santos de Oliveira⁷
Pablo Xavier Versiani Lima⁸
Letícia Gomes Monteiro Mesquita⁹

RESUMO

Objetivos: Avaliar a compreensão e a adesão de sobreviventes de câncer de mama em relação à classificação de processamento alimentar constante no Guia Alimentar para a População

¹ Nutricionista. Mestre em Saúde Coletiva. Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva. Avenida Doutor. Silas Munguba, 1700 - Itaperi, Fortaleza - CE, Brasil. E-mail: patricia7alvess@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2113-7423>.

² Nutricionista. Doutora em Farmacologia. Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva. Avenida Doutor Silas Munguba, 1700, Campus do Itaperi, 60741-000, Fortaleza, CE, Brasil. Correspondência para: H.A.C. SAMPAIO. E-mail: dr.hard2@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5353-8259>.

³ Cirurgiã-dentista. Doutora em Saúde pública. Departamento de Odontologia da Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes. Avenida Rui Braga sem número Vila Mauricéia. Montes Claros, MG, Brasil. E-mail: martins.andreaamebl@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1205-9910>.

⁴ Nutricionista. Doutora em Saúde Coletiva. Universidade de Fortaleza. Avenida Washington Soares, 1321, Edson Queiroz, Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: elianemara@unifor.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7968-9917>.

⁵ Nutricionista. Doutora em Saúde Coletiva. Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva. Avenida Doutor Silas Munguba, 1700 - Itaperi, Fortaleza - CE, Brasil. E-mail: soraia.arruda@uece.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3918-4738>.

⁶ Nutricionista. Doutor em Nutrição e Saúde Pública. Universidade de Fortaleza. Avenida Washington Soares, 1321, Edson Queiroz, Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: aafc7@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1194-562X>.

⁷ Cirurgiã-dentista. Mestre em Cuidado Primário em Saúde. UniFIPMOC Afya. R. José Luiz Xavier, 4, Ibituruna, Montes Claros, MG, Brasil. E-mail: fabiolabelkiss@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1643-8819>.

⁸ Graduando do curso de Medicina. Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes. Avenida Rui Braga sem número Vila Mauricéia. Montes Claros, MG, Brasil. E-mail: pabloxv123@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8101-6853>.

⁹ Graduanda do curso de Medicina. Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes. Avenida Rui Braga sem número Vila Mauricéia. Montes Claros, MG, Brasil. E-mail: lgmm.monteiro@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3226-5372>.

Recebido em	Aceito em	Publicado em
26-05-2022	15-10-2022	27-10-2022

Brasileira. **Método:** Estudo transversal com 201 mulheres, com coleta de dados sociodemográficos e análise da opinião sobre a qualidade da alimentação e da compreensão e adesão aos conceitos referentes ao tipo de processamento dos alimentos usando as definições do guia citado. Os tópicos referentes à alimentação seguiram uma escala tipo Likert, com as opções: Discordo totalmente, Discordo, Nem concordo nem discordo, Concordo e Concordo plenamente. **Resultados:** A média de idade foi de 50 (\pm 11 anos), com predomínio de baixa escolaridade e baixos salários. Houve baixa prevalência de entendimento satisfatório, sendo mais alta em relação à definição de alimentos *in natura* (20,9%). Cerca de 50,25% das entrevistadas relataram utilizar mais alimentos *in natura*/minimamente processados e entre 11,44% a 20,89% consomem alimentos integrantes das categorias de processados e ultraprocessados. **Conclusão:** Os conceitos referentes ao tipo de processamento alimentar não são bem compreendidos, entretanto a maioria das mulheres tem adesão a uma dieta pobre em alimentos processados e ultraprocessados. Estes aspectos precisam ser levados em conta ao se planejar uma orientação nutricional letrada em saúde.

Palavras-chave: Neoplasias da mama; Sobreviventes de câncer; Guias alimentares; Compreensão; Letramento em saúde

ABSTRACT

Objectives: To evaluate the understanding and adherence of survivors of breast cancer in relation to the food processing classification contained in the Food Guide for the Brazilian Population. **Methods:** A cross-sectional study with 201 women, with the collection of sociodemographic data and analysis of opinion about the quality of food and understanding and adherence to the concepts referring to the type of food processing using the definitions of the aforementioned guide. The topics related to food followed a Likert scale, with the options: Strongly disagree, Disagree, Neither agree nor disagree, Agree and Strongly agree. **Results:** The mean age was 50 (\pm 11 years), with a predominance of low schooling and low wages. There was a low prevalence of satisfactory understanding, being higher in relation to the definition of *in natura* foods (20.9%). About 50.25% of the interviewees reported using more *in natura*/minimally processed foods and between 11.44% and 20.89% consume foods that are

part of the processed and ultra-processed categories. **Conclusion:** The concepts regarding the type of food processing are not well understood, however most women have adherence to a poor diet in processed and ultra-processed foods. These aspects need to be taken into account when planning health-literate nutritional guidance.

Keywords: Breast neoplasms; Cancer survivors; Food guide; Comprehension; Health Literacy.

INTRODUÇÃO

A promoção da saúde tem sido considerada uma importante estratégia para melhorar a qualidade de vida das pessoas. Essa estratégia propõe uma confluência dos conhecimentos técnicos e populares, além da utilização dos recursos públicos e privados a favor da qualidade de vida. O conceito moderno de promoção da saúde se desenvolveu nos últimos 30-35 anos, passando a representar também um enfoque técnico e político em torno do processo de saúde-doença-cuidado. Nesse sentido, dez Conferências Internacionais sobre o tema foram realizadas aprofundando suas bases conceituais e políticas¹.

A primeira conferência ocorrida em 1986 em Ottawa, Canadá, foi responsável por definir o termo promoção da saúde e sua relação com todos os âmbitos sociais, envolvendo o indivíduo, a comunidade, os profissionais, as instituições de saúde e os governos, em busca da equidade em saúde². Em seguida, foram realizadas a segunda conferência, em 1988 em Adelaide, e a terceira conferência, em 1991 em Sundsvall, que evidenciaram as raízes sociais das iniquidades em saúde e a necessidade de políticas que garantam os ambientes favoráveis à saúde a todos. Ademais, estas conferências ressaltaram o apoio à saúde da mulher e à alimentação e nutrição como parte prioritária para promoção de saúde^{3,4}.

As três conferências seguintes realizadas em Jacarta em 1997, no México em 2000 e em Bangkok em 2005, quarta, quinta e sexta conferência, respectivamente, endossaram a importância do aprendizado em relação à promoção da saúde e o apoio político e financeiro às pesquisas que mantêm o progresso no âmbito da saúde. Ademais, a sexta conferência introduziu a globalização mundial como tema, ressaltando o envelhecimento populacional, a rápida urbanização e o crescimento de doenças crônicas e transmissíveis⁵⁻⁷.

Em 2009, a sétima conferência, realizada em Nairóbi, abordou o desenvolvimento de um mecanismo efetivo de alfabetização em saúde, por meio da insistência de que os serviços de saúde forneçam as informações relacionadas à promoção de saúde de forma acessível e abrangente para as pessoas, de acordo com a idade e gênero, de forma cultural e linguisticamente apropriada, principalmente para os grupos marginalizados⁸. Já a oitava conferência, ocorrida em Helsinki, em 2013, destacou a Saúde em Todas as Políticas, uma abordagem para as políticas públicas em todos os setores, incluindo o setor privado, o que visa a busca de sinergias e evitar impactos prejudiciais, de tal forma que se melhore a saúde da população e promova sua equidade, além de fomentar um alto nível de conhecimento dos cidadãos sobre saúde⁹.

A penúltima das conferências aconteceu em Xangai e teve seu relatório publicado em 2016. Nesta conferência, a Declaração de Xangai considera o tripé: a cidade saudável, a gestão participativa e o letramento em saúde necessários para melhorar os níveis de qualidade de vida ao redor do mundo¹⁰. O termo letramento, inicialmente utilizado na pedagogia, se distingue do termo alfabetização, pois, trata-se do uso competente da leitura e escrita nas práticas sociais a partir de comportamentos e habilidades adquiridos, enquanto a alfabetização é a simples aquisição do sistema convencional de escrita¹¹. Em consonância a isso, o termo letramento em saúde foi definido por Nutbeam, em 2008, como o meio para os indivíduos exercerem maior controle sobre sua saúde e determinantes pessoais, sociais e ambientais a partir da educação e comunicação em saúde¹². Já em 2012, Sørensen e colaboradores, após revisão sistemática da literatura, propuseram que o letramento em saúde faz referência à motivação, às competências e habilidades das pessoas para acessar, compreender, avaliar e aplicar as informações relativas à saúde nas diversas situações de promoção da saúde, prevenção de doenças e de cuidados clínicos¹³.

No Brasil, os princípios doutrinários e organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS) apresentam uma consonância com os atributos dos sistemas letrados em saúde, mencionado na literatura como organização letrada em saúde^{14,15}. Esta organização é desenhada de maneira que considere a parceria entre o sistema de saúde e a comunidade, envolvendo o paciente e a família, visando a melhoria de saúde. Esta parceria inclui recursos e políticas que tenham como foco o cuidado, a promoção da saúde e a prevenção da doença; um sistema de informação em saúde; o empoderamento do cidadão viabilizando a auto gestão de

sua saúde; a melhoria da comunicação oral e escrita em saúde e a melhoria do letramento em saúde de todos envolvidos nas ações e serviços de saúde¹⁶. Alguns destes aspectos estão previstos nas políticas adotadas pelo SUS, havendo necessidade de aperfeiçoamento para contemplar, na prática, as dimensões do letramento em saúde¹⁷. O letramento em saúde configura-se, portanto, como um indicador necessário para o planejamento, execução e avaliação de ações educativas em saúde.

Neste contexto, com o intuito de realizar estratégias de promoção da saúde e de segurança alimentar e nutricional, o Ministério da Saúde publicou o Guia Alimentar para População Brasileira (GAPB) no ano de 2006, com as primeiras diretrizes referentes a uma alimentação adequada e saudável, servindo como referência para toda a população. Contudo, através das mudanças vivenciadas pela sociedade brasileira nos últimos anos, com alteração das condições de saúde e nutrição, foi necessária a elaboração de novas recomendações referentes ao ato de comer. Com isso, a nova versão do GAPB surge com a diretriz de que a alimentação adequada e saudável deve ser baseada em alimentos *in natura* ou minimamente processados e preparações culinárias, com a ingestão limitada de processados, devendo-se evitar os ultraprocessados. Dessa forma, as recomendações presentes no novo Guia Alimentar têm como foco a conscientização da população para a diminuição do consumo de processados e exclusão de ultraprocessados, alegando-se que estes últimos são alimentos pobres em fibras, vitaminas e minerais, devido à pouca ou nenhuma presença de alimentos *in natura*. Estes sim, seriam de extrema importância para a prevenção de doenças cardíacas, diabetes e principalmente vários tipos de câncer, incluindo o câncer de mama¹⁸. Desta forma, o ponto chave, sob o ponto de vista educativo, é que a população compreenda as definições dos alimentos segundo seu grau de processamento e saiba identifica-los.

Em relação ao câncer de mama, estudos epidemiológicos evidenciaram que ele é o segundo tipo de neoplasia mais comum no mundo, depois do câncer de pulmão, sendo responsável por cerca de 12% dos casos novos a cada ano. Para o Brasil, estimam-se 66.000 casos novos de câncer de mama, para cada ano do triênio 2020-2022, um crescimento de 10% em relação ao biênio 2018-2019^{19,20}. Diante desse cenário epidemiológico, fica claro a importância de conhecer fatores que influenciam a suscetibilidade ao câncer, dentre eles encontrando-se as exposições dietéticas. Há evidências de que alguns grupos alimentares, especialmente frutas, vegetais e leguminosas, podem reduzir o risco de câncer em vários

sítios, pois são ricos em substâncias antitumorigênicas, como os fitoquímicos, as vitaminas C e E, o selênio e o folato. Por outro lado, o consumo de carne vermelha e processada e de bebidas alcoólicas pode aumentar o risco de câncer. Por conseguinte, a dieta e a nutrição podem desempenhar, também, um papel importante no tratamento, na qualidade de vida durante e após o tratamento e no risco de metástase e recorrência do câncer, sendo importante, considerar o papel da alimentação adequada na prevenção da recidiva desta doença²¹.

À vista disso, para auxiliar na orientação de pacientes e familiares durante o processo de tratamento, recuperação e autocuidado das enfermidades, dentre elas o câncer de mama, a equipe multidisciplinar pode utilizar de materiais educativos escritos, na forma de manuais de cuidado em saúde, cartilhas e folhetos, sendo o Guia Alimentar para a População Brasileira um exemplo²². O acesso a um material educativo e instrutivo de qualidade facilita e padroniza as orientações a serem realizadas. Ademais, é uma forma de promoção a saúde, uma vez que contribui para o melhor conhecimento do paciente sobre o processo saúde-doença, desenvolve suas atitudes e habilidades, de modo a proporcionar sua autonomia e torná-los capazes de entender como suas ações influenciam seu padrão de saúde, favorecendo assim, sua tomada de decisões^{22,23}. Porém, a utilização desses materiais para a promoção da saúde envolve e depende de uma série de fatores, como por exemplo, as formas de comunicação envolvidas nos processos de elaboração e utilização dos mesmos²⁴. É de suma importância converter a linguagem técnica-científica para uma linguagem compreensível a todas as camadas sociais, independente do grau de instrução, tornando as informações encontradas na literatura acessíveis à população em geral²². Portanto, para a elaboração dos materiais educativos é necessário o conhecimento do nível de letramento em saúde do público alvo, a fim de que tais materiais sejam devidamente compreendidos e utilizados por este público²⁵. Caso não seja possível conhecer este nível, é melhor que se considere que o letramento em saúde da população é aquém do ideal, sendo adequado planejar educação em saúde para indivíduos de baixo letramento em saúde, pois assim estar-se-á atendendo a todos os grupos, ainda que o nível de letramento em saúde seja satisfatório em alguns.

Assim, quando se pensa em letramento em saúde, surge uma dicotomia no GAPB, visto que a publicação se diz adequada e direcionada à população em geral e aos profissionais de saúde, ou seja, dois públicos que na maioria das vezes possuem características demográficas, socioeconômicas e culturais distintas, impossibilitando garantir tal

adequação¹⁸. Ainda nesta perspectiva, surge outro aspecto sobre o GAPB, que é relativo ao entendimento das recomendações nele contidas, uma vez que existem vários trechos que podem não ser bem compreendidos pelo público em geral, e a sua compreensão ainda não foi avaliada. Portanto, a avaliação da compreensão do GAPB pela população em confronto com a operacionalização das orientações no dia a dia é imprescindível, uma vez que, as estratégias, responsáveis por garantir a manutenção do estado de saúde, devem ser compreendidas e adotadas por toda a população, especialmente aqueles com condições crônicas ou pertencentes a grupos de risco, a exemplo de pacientes sobreviventes de câncer de mama. Propõe-se, portanto, avaliar a compreensão e a adesão auto relatada às orientações sobre o grau de processamento de alimentos da última versão do Guia Alimentar para a População Brasileira¹⁸ de mulheres sobreviventes do câncer de mama.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal. A pesquisa foi realizada num centro de referência em atendimento ao paciente oncológico, localizado na cidade de Fortaleza, Ceará. A população do estudo é representada por mulheres com câncer de mama que realizam tratamento no local. A amostra foi de conveniência, atingindo 201 mulheres. Foram incluídas pacientes com mais de 18 anos de idade e em tratamento de câncer de mama, sendo excluídas aquelas que apresentassem doença psiquiátrica já diagnosticada e/ou neurodegenerativa e que estivessem utilizando medicação que comprometesse a compreensão. A coleta de dados foi realizada no período de março a novembro de 2017. As participantes foram entrevistadas para preenchimento de um instrumento semiestruturado de coleta de dados, constituído de variáveis demográficas e socioeconômicas, opinião sobre a qualidade da alimentação, compreensão e adesão auto relatada ao Guia Alimentar para a População Brasileira (GAPB), especificamente quanto ao conteúdo referente ao tipo de processamento alimentar.

Quanto à compreensão das informações sobre o tipo de processamento alimentar presentes no GAPB, foi avaliado o entendimento das seguintes afirmativas, que correspondem aos conceitos lá expostos: “1- Alimentos *in natura* são obtidos diretamente de plantas ou de animais e não sofrem qualquer alteração; 2- Alimentos minimamente processados correspondem a alimentos *in natura* que foram submetidos a processo de limpeza, remoção de

partes não comestíveis ou indesejáveis, fracionamento, moagem, pasteurização, refrigeração, dentre outros; 3- Alimentos processados são fabricados pela indústria com a adição de açúcar ou sal ou outra substância de uso culinário para torná-los mais duráveis e mais agradáveis ao paladar; 4- Os alimentos ultraprocessados são fabricados pela indústria, feitos inteiramente ou a maior parte de substâncias retiradas de alimentos (óleos, gorduras, açúcar, amido, proteínas, gorduras hidrogenadas), derivados de constituintes de alimentos (gorduras hidrogenadas, amido modificado) ou sintetizadas em laboratório com base de matéria orgânica como petróleo e carvão (corantes, aromatizantes) e adicionados de aditivos”¹⁸.

Quanto à aplicação dos conceitos na seleção da alimentação do dia-a-dia, foram avaliadas as seguintes afirmativas: “5- Faço minha alimentação baseada em alimentos *in natura* ou minimamente processados; 6- Em minha alimentação utilizo poucos alimentos *in natura* ou minimamente processados; 7- Utilizo óleos, gorduras, sal e açúcar em pequenas quantidades, quando tempero e cozinho alimentos; 8- Utilizo óleos, gorduras, sal e açúcar em grandes quantidades, quando tempero e cozinho alimentos; 9- Evito alimentos ultraprocessados, como biscoitos recheados, salgadinhos de pacote, refrigerantes e macarrão instantâneo; 10- Com frequência eu como alimentos ultraprocessados, como biscoitos recheados, salgadinhos de pacote, refrigerantes e macarrão instantâneo; 11- Consumo água, leite e frutas no lugar de refrigerantes, bebidas lácteas e biscoitos recheados; 12- Eu como com frequência refrigerantes, bebidas lácteas e biscoitos recheados; 13- Prefiro a comida feita na hora como caldos, sopas, saladas, arroz, feijão, macarronada, do que produtos que dispensam preparação culinária como: sopa de pacote, macarrão instantâneo, maionese, sanduiches frios e embutidos (salsichas, linguiça, salames, mortadelas, etc.); 14- Eu como com frequência sopa de pacote, macarrão instantâneo, maionese, sanduiches frios e embutidos (salsichas, linguiças, salames, mortadelas, etc.)”.

Os tópicos foram respondidos segundo uma escala tipo *Likert*: com as seguintes opções: Discordo totalmente, Discordo, Nem concordo nem discordo, Concordo e Concordo plenamente. Para as afirmativas referentes aos conceitos, foi considerado entendimento satisfatório as respostas “concordo” e “concordo plenamente”. Para as afirmativas referentes à aplicação dos conceitos na seleção da alimentação habitual, foi considerado adesão satisfatória as respostas “concordo” e “concordo plenamente” para as questões 5, 7, 9, 11 e 13; e “discordo totalmente” e “discordo” para as questões 6, 8, 10, 12 e 14.

O estudo respeitou os princípios éticos da declaração de Helsinque, assim como aqueles apresentados na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Ele foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Instituição responsável pela execução do estudo (CAAE – 59485816.9.1001.5078). Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participar da pesquisa.

RESULTADOS

A Tabela 1 exibe a caracterização demográfica e socioeconômica das participantes, com a maior parte apresentando 45 ou mais anos de idade (69,7%), A maioria relatou apresentar até 11 anos de estudo (77,61%), com um predomínio daquelas com até 8 anos de estudo (46,77%) e renda familiar de até 2 salários mínimos mensais (76,6%). A média de idade do grupo foi de 50 ± 11 anos.

Tabela 1. Caracterização demográfica e socioeconômica das mulheres sobreviventes de câncer de mama entrevistadas (n = 201). Fortaleza, 2017.

Variáveis	N	%
Idade (anos)		
18-35	14	6,9
35-45	47	23,4
45-60	97	48,3
≥ 60	43	21,4
Escolaridade (anos)		
≤ 8	94	46,8
9 – 11	62	30,8
≥ 12	45	22,4
Renda Familiar (salário mínimo)¹		
≤ 1	83	41,3
1 – 2	71	35,3
2 – 3	18-35	13,9
3 – 4	35-45	5,0
> 4	9	4,5

¹Salário mínimo vigente à época da coleta de dados: R\$ 937,00.

Observa-se, na Tabela 2, que a prevalência de entendimento satisfatório foi baixa entre as entrevistadas, estando um pouco melhor em relação à definição de alimentos *in natura*.

Tabela 2. Prevalência (%) de entendimento satisfatório¹ sobre as definições de alimentos segundo grau de processamento² entre as mulheres sobreviventes de câncer de mama entrevistadas (n = 201). Fortaleza, 2017.

Definições de alimentos segundo grau de processamento	(%)
1. Alimentos in natura são obtidos diretamente de plantas ou de animais e não sofrem qualquer alteração.	20,90
2. Alimentos minimamente processados correspondem a alimento in natura que foram submetidos a processo de limpeza, remoção de partes não comestíveis ou indesejáveis, fracionamento, moagem, pasteurização, refrigeração, dentre outros.	14,43
3. Alimentos processados são fabricados pela indústria com a adição de açúcar ou sal ou outra substância de uso culinário para torná-los mais duráveis e mais agradáveis ao paladar.	13,93
4. Os alimentos ultra processados são fabricados pela indústria, feito inteiramente ou a maior parte de substâncias retiradas de alimentos (óleos, gorduras, açúcar, amido, proteínas, gorduras hidrogenadas), derivados de constituintes de alimentos (gorduras hidrogenadas, amido modificado) ou sintetizadas em laboratório com base de matéria orgânica como petróleo e carvão (corantes, aromatizantes) e adicionados de aditivos.	14,93

¹Entendimento satisfatório correspondente às respostas: Concordo e Concordo plenamente.

²Extraído do Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2014).

A Tabela 3 exibe a adesão auto relatada às recomendações de consumo dietético segundo tipo de processamento alimentar. De um modo geral, constata-se que a adesão é bem maior a alimentos menos processados, exceto especificamente quanto aos alimentos *in natura*/minimamente processados, em que o grupo se dividiu quase equitativamente em relação a utilizar ou não os mesmos.

Tabela 3. Prevalência (%) de adesão auto relatada às recomendações de consumo dietético com baixo processamento alimentar entre as mulheres sobreviventes de câncer de mama entrevistadas (n = 201). Fortaleza, 2017.

Consumo dietético	Adesão auto relatada (%)	
	Sim	Não
5. Faço minha alimentação baseada em alimentos in natura ou minimamente processados	49,75	50,25
6. Em minha alimentação utilizo poucos alimentos in natura ou minimamente processados	50,25	49,75
7. Utilizo óleos, gorduras, sal e açúcar em pequenas quantidades, quando tempero e cozinho alimentos	85,08	14,92
8. Utilizo óleos, gorduras, sal e açúcar em grandes quantidades, quando tempero e cozinho alimentos	12,94	87,06
9. Evito alimentos ultraprocessados, como biscoitos	76,62	23,38

recheados, salgadinhos de pacote, refrigerantes e macarrão instantâneo		
10. Com frequência eu como alimentos ultraprocessados, como biscoitos recheados, salgadinhos de pacote, refrigerantes e macarrão instantâneo	20,89	79,11
11. Consumo água, leite e frutas no lugar de refrigerantes, bebidas lácteas e biscoitos recheados	87,56	12,44
12. Eu como com frequência refrigerantes, bebidas lácteas e biscoitos recheados	14,43	85,57
13. Prefiro a comida feita na hora como caldos, sopas, saladas, arroz, feijão, macarronadas do que produtos que dispensam preparação culinária como: sopa de pacote, macarrão instantâneo, maionese, sanduiches frios e embutidos (salsichas, linguiça, salames, mortadelas, etc.).	97,51	2,49
14. Eu como com frequência sopa de pacote, macarrão instantâneo, maionese, sanduiches frios e embutidos (salsichas, linguiças, salames, mortadelas, etc.)	11,44	88,56

Questões 5, 7, 9, 11 e 13: adesão (sim) = concordo e concordo totalmente.

Questões 6, 8, 10, 12 e 14: adesão (sim) = Discordo e Discordo Totalmente.

A opinião sobre a qualidade da alimentação habitual foi que a mesma era razoável ou boa, pela maioria das entrevistadas (Tabela 4).

Tabela 4. Opinião das mulheres sobreviventes de câncer de mama entrevistadas (n = 201) sobre a qualidade da alimentação diária. Fortaleza, 2017.

Qualidade da alimentação	N	%
Muito Ruim	4	1,99
Ruim	6	2,99
Razoável	85	42,29
Boa	99	49,25
Muito Boa	7	3,48

DISCUSSÃO

Acredita-se que os sobreviventes de câncer sejam altamente motivados a buscar informações sobre dieta e atividade física para melhorar sua resposta ao tratamento e prevenir a recidiva da doença. As necessidades nutricionais mudam durante as fases de tratamento, recuperação e remissão da doença, por isso, a adoção de escolhas saudáveis, mantendo um

peso adequado, uma dieta saudável e um estilo de vida ativo, é de extrema importância nesses pacientes, uma vez que esses hábitos podem prevenir cânceres secundários e outras doenças crônicas²⁶.

Neste contexto, um estudo de coorte que envolveu 1462 mulheres com câncer de mama, avaliadas antes e após o diagnóstico da doença, observou uma melhora da dieta após o diagnóstico, com aumento significativo do consumo de hortaliças, frutas, grãos integrais, ovos e nozes, bem como diminuição significativa no consumo de carne vermelha, carne processada, aves, produtos lácteos, alimentos à base de soja, bebidas com açúcar e café²⁷.

Em uma metanálise de Schwingshackl não se confirmou efeito significativo de uma dieta mediterrânea, rica em vegetais, gorduras insaturadas, frutas, peixe e grãos integrais, com ingestão moderada de vinho tinto e ingestão limitada de carne vermelha e carboidratos simples, sobre a recorrência do câncer²⁸. Entretanto, nesse e em outros estudos, foi verificado que uma dieta considerada saudável, semelhante à dieta mediterrânea e concordante com as recomendações do GAPB na priorização de alimentos *in natura* e minimamente processados, teve um efeito benéfico na sobrevida do câncer de mama²⁸⁻³⁰.

Alguns autores referem que avaliar o entendimento de diretrizes sobre alimentação saudável e educar mulheres com neoplasia da mama sobre os benefícios de aumentar as fontes vegetais de proteína e reduzir o consumo de carne vermelha seria de suma importância para reduzir o risco de recorrência da doença^{31,32}.

O estudo de O'Neill, com sobreviventes de neoplasia da mama, verificou que a maioria estava ciente de que o consumo de frutas e vegetais, a prática de atividade física e a manutenção de um peso corporal saudável poderiam reduzir potencialmente o risco de câncer. Em contraponto, mais da metade dos sobreviventes disseram que não estavam mantendo um peso corporal saudável para redução do risco de câncer, e cerca de um terço afirmou não estar se engajando em comportamentos de dieta e exercícios para redução do risco da doença, apesar da conscientização³³. Assim, a adesão a mudanças no comportamento de saúde foi baixa, não sendo uma prioridade para as mesmas.

Com isso, os materiais educativos e as intervenções direcionadas a sobreviventes de câncer de mama para incentivo a comportamentos saudáveis devem estimular mais a ação do que apenas a conscientização, com uma linguagem adequada ao público alvo e sendo culturalmente aceitos por este³³.

De encontro a isso, um estudo no qual se avaliou pacientes sobreviventes de câncer de mama que receberam intervenção educativa para seguir as diretrizes do World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research (WCRF/AICR)³⁴, ou seja, aumentar o consumo de alimentos vegetais e diminuir o consumo de alimentos de origem animal, apresentaram significativa melhora nas medidas de circunferência da cintura, no índice de massa corpórea, na densidade energética da dieta e no consumo de bebidas alcoólicas³⁵.

Apesar das evidências do impacto das exposições dietéticas no processo de saúde-doença, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, na Pesquisa Nacional de Saúde identificou um percentual de apenas 13,0% de pessoas adultas que consomem 25 porções semanais de frutas e hortaliças. Já o consumo de alimentos ultraprocessados, como refrigerantes e alimentos doces, ficou em torno de 24%. Tais dados sugerem que o alto consumo de alimentos industrializados presente na alimentação de grande parte dos brasileiros pode favorecer o excesso de peso, sendo um dos fatores de risco para o câncer³⁶.

Em consonância aos estudos acima, o Ministério da Saúde do Brasil atualizou, em 2014, o Guia Alimentar para a População Brasileira (GAPB)¹⁸, que propôs eliminar alguns detalhamentos referentes às porções e quantidades dos alimentos que deveriam ser ingeridos diariamente, encontrados na primeira versão do mesmo³⁷ e na versão de bolso³⁸, versão destinada à população, a fim de ampliar as combinações de alimentos que podem resultar em uma alimentação saudável e aumentar a compreensão da população acerca das orientações. Visto que, em uma avaliação feita sobre a compreensão das recomendações da versão de bolso, foi detectada que essas orientações não eram bem assimiladas pelo público alvo²⁵.

Em seu livro, Vasconcelos et al. avaliaram a compreensão dos conceitos sobre o grau de processamento alimentar da atual versão do GAPB junto a usuários do SUS, por meio da técnica do discurso do sujeito coletivo. Os entrevistados gostaram da versão apresentada, considerando que representava sua vida e trazia informações escondidas pela mídia. Por outro lado, consideraram difícil entender os conceitos lá expostos, referindo a necessidade de uma linguagem mais popular e de inclusão de mais exemplos³⁹.

Um outro estudo avaliou a compreensão da classificação do GAPB no âmbito de profissionais e estudantes de nutrição. Os autores pediram para os participantes classificarem os alimentos antes e após um minicurso sobre o tema. As medianas dos escores de acerto após a intervenção foram significativamente maiores do que antes. Dentre os participantes, 18%

relataram já terem lido o novo guia anteriormente, mas ainda assim tiveram baixas pontuações, denotando dificuldade de compreensão, mesmo para aqueles com melhor nível de escolaridade e que estudam e/ou trabalham na área da alimentação⁴⁰.

De encontro a isso, este presente estudo trouxe uma contribuição importante ao expor a dificuldade de interpretação de sobreviventes de câncer de mama acerca das recomendações alimentares contidas na nova versão do GAPB, dada a importância do componente nutricional para a prevenção da recidiva da doença e, conseqüentemente, do prognóstico deste grupo populacional.

Os conceitos de alimentos, segundo seu tipo de processamento, não estavam incluídos na primeira versão do GAPB. Entretanto, ainda que tenham sido adicionados à nova versão, os resultados encontrados mostraram que as pacientes também não compreendem bem tais conceitos, uma vez que, as prevalências de entendimento satisfatório sobre as várias definições foram muito baixas, ainda que, este fato não se reflita na adesão auto relatada a uma dieta pobre em processados e ultraprocessados.

Mesmo com prevalência de compreensão satisfatória maior em relação aos alimentos *in natura*, esta ainda foi muito baixa. Não obstante, esta compreensão precisa ser melhorada, pois condutas adequadas não podem ficar a cargo do acaso. O comportamento em saúde deve ser consciente e fundamentado no âmbito da população, pois é isto que garante sua continuidade. Tal fato demanda um maior empenho dos profissionais de saúde na elaboração de estratégias de educação nutricional, as quais visam alcançar a população. Reformulações do GAPB poderão ser efetuadas com base em estudos referentes ao seu entendimento, a exemplo deste.

Apesar da alta adesão auto relatada às recomendações do GAPB quanto a limitar a ingestão de processados e excluir ultraprocessados,¹⁸ ainda existe um percentual considerável de mulheres que relataram ingestão frequente de biscoitos recheados, salgadinhos de pacote, refrigerantes e macarrão instantâneo. Em menor proporção, foram citadas outras inadequações, como a utilização de óleos, gorduras, sal e açúcar em grandes quantidades, bebidas lácteas, sopa de pacote, maionese, sanduiches frios e embutidos (salsichas, linguiças, salames, mortadelas). Além disso, mais da metade das pacientes relataram que consomem poucos alimentos *in natura* ou minimamente processados, não priorizando dessa forma tais alimentos, como recomenda o GAPB¹⁸.

De fato, é difícil avaliar com precisão a adesão auto relatada, quanto a ser satisfatória ou não, em relação aos alimentos processados e ultraprocessados, dado que, no GAPB não há definição quantitativa de ingestão ou a frequência que certos alimentos, relatados como consumidos “frequentemente” pelas participantes, devem ser ingeridos. Já em relação aos alimentos *in natura* e minimamente processados, pode-se afirmar que a adesão é insatisfatória, visto que, o GAPB recomenda que eles sejam a base da alimentação diária e cerca de metade das participantes referiu consumir poucos alimentos deste grupo.

A influência da instituição de atendimento destas pacientes pode refletir sobre a declaração acerca da adesão auto relatada a uma dieta adequada, visto que, no seu entendimento, a redução do consumo de alimentos processados e ultraprocessados caracteriza positivamente sua alimentação e, por isso, as entrevistadas consideram sua alimentação diária boa ou razoável.

Entretanto, a não adesão à dieta saudável não depende somente de compreender ou não a categorização dos alimentos, mas perpassa também pelas condições financeiras necessárias para a aquisição de alimentos saudáveis, aspecto que não foi aqui investigado. Esta adesão depende, ainda, da conscientização sobre a doença e estratégias para evitar a recidiva. Em consonância ao estado da arte, o presente estudo é o primeiro a avaliar o entendimento e a adesão auto relatada às orientações de uma diretriz de alimentação saudável entre pacientes sobreviventes de câncer de mama. O estudo apresenta limitações, por exemplo, a não mensuração da adesão mediante investigação de consumo alimentar e, sim, mediante a opinião da entrevistada. Ademais, uma pesquisa qualitativa que aborde o depoimento livre acerca dessas variáveis poderia atingir resultados mais aprofundados. Contudo, esta pesquisa coloca a temática em pauta e desperta para a necessidade de se prosseguir neste tipo de investigação, a qual era inexistente até a realização dessa.

CONCLUSÃO

Apesar da maioria das mulheres sobreviventes de câncer de mama entrevistadas ter uma adesão auto relatada a uma dieta pobre em alimentos processados e ultraprocessados, estas não compreendem os conceitos relacionados ao tipo de processamento alimentar da forma como são expressos no último GAPB e utilizam ultraprocessados, quando a orientação

é excluí-los. Tendo isso em vista, deve-se melhorar o entendimento destes conceitos, bem como elevar o consumo de alimentos *in natura*/minimamente processados por este público, em razão que o comportamento em saúde deve ser consciente e fundamentado para que se garanta sua continuidade. Para isso, é necessário que haja maior empenho e preparação dos profissionais da área na elaboração de estratégias fundamentadas no letramento em saúde e em seu subcampo, o letramento alimentar.

AGRADECIMENTOS

A todos os pacientes, participantes da pesquisa, que contribuíram para a realização desse trabalho. Ao Centro Regional Integrado de Oncologia que permitiu a realização da pesquisa com os pacientes. Pablo Xavier Versiani Lima e Letícia Gomes Monteiro Mesquita são bolsistas do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

REFERÊNCIAS

1. BUSS, P. M. *et al.* Promoção da saúde e qualidade de vida: uma perspectiva histórica ao longo dos últimos 40 anos (1980-2020). *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2020, v. 25, n. 12, pp. 4723-4735. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320202512.15902020>>. Acesso em: 20 Maio 2022
2. CARTA DE OTTAWA. *Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*. Ottawa, Canadá, 17-21 de Nov de 1986. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf>. Acesso em: 20 Maio 2022
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. *As cartas da promoção da saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf>. Acesso em: 20 Maio 2022
4. DECLARAÇÃO DE SUNDSVALL. *Terceira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*. Sundsvall, Suécia, 09-15 de Jun. de 1991. Disponível em:

- <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_sundsvall.pdf>. Acesso em: 20 Maio 2022
5. DECLARAÇÃO DE JACARTA. *Quarta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*. Jacarta, República da Indonésia, 21-25 de Jul. de 1997. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_jacarta_1997.pdf>. Acesso em: 20 Maio 2022
 6. DECLARAÇÃO DO MÉXICO. *Quinta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*. Cidade do México, México, 5 de Jun. de 2000. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_mexico_2000.pdf>. Acesso em: 20 Maio 2022
 7. CARTA DE BANGKOK. *Sexta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*. Bangkok, Tailândia, 07-11 de Ago de 2005. Disponível em: <<https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/hpr%20The%20Bangkok%20Charter.pdf>>. Acesso em: 20 Maio 2022
 8. DECLARAÇÃO DE NAIRÓBI. *Sétima Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*. Nairóbi, Quênia, 26-30 de Out. de 2009. Disponível em: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/10212/Nairobi_2009_sp.pdf>. Acesso em: 20 Maio 2022
 9. DECLARAÇÃO DE HELSÍNQUE. *Oitava Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*. Helsínque, Finlândia, 10-14 de Jun. de 2013. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/363107/mod_folder/content/0/HEL SINQUE.pdf?forcedownload=1>. Acesso em: 20 Maio 2022
 10. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). *Guia para a implementação nacional da Declaração de Xangai*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/BRA/18-045). Disponível em: <<https://www.ufpe.br/documents/39050/632567/Promoc%C2%B8a~o+da+sau%C2%B4de+-ODS+Guia+OPAS.pdf/7da634b1-d269-4b46-9564-9ebc1aaed76f>>. Acesso em: 20 Maio 2022

11. SOARES, M. Alfabetização e letramento: caminhos e descaminhos. *Pátio – Revista Pedagógica*, 2004. Disponível em:
<https://acervodigital.unesp.br/bitstream/123456789/40142/1/01d16t07.pdf>. Acesso em: 21 Maio 2022
12. NUTBEAM, D. The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 2008, v. 67, n. 12, pp.2072-2078. Disponível em:
<<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>>. Acesso em: 21 Maio 2022
13. Sørensen, K. *et al.* Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 2012. Disponível em:
<<https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>>. Acesso em: 21 Maio 2022
14. Brach, C. *et al.* Ten Attributes of Health Literate Health Care Organizations. *NAM Perspectives*, 2012. Disponível em: <https://nam.edu/wp-content/uploads/2015/06/BPH_Ten_HLit_Attributes.pdf>. Acesso em: 21 Maio 2022
15. PONTES, A. P. M.; OLIVEIRA, D. C.; GOMES, A. M. T. The principles of the Brazilian Unified Health System, studied based on similitude analysis. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [online]. 2014, v. 22, n. 01, pp. 59-67. Disponível em:
<<https://doi.org/10.1590/0104-1169.2925.2395>>. Acesso em: 21 Maio 2022
16. PARNELL, T. A. *Health literacy in nursing: providing person-centered care*. 1. ed. New York: Springer Publishing Company, LLC, 2015. Acesso em: 21 Maio 2022
17. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas*. Brasília: Ministério Saúde, 2000. 44p. il. Disponível em:
<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf>. Acesso em: 21 Maio 2022
18. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Guia Alimentar para a população brasileira*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 156p. Disponível em:
<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf>. Acesso em: 21 Maio 2022
19. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). *Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA,

2019. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil>>. Acesso em: 22 Maio 2022
20. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). *Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA, 2017. 128p. Disponível em: <<https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2018v64n1.115>>. Acesso em: 22 Maio 2022
21. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). *Dieta, nutrição, atividade física e câncer: uma perspectiva global: um resumo do terceiro relatório de especialistas com uma perspectiva brasileira*. Rio de Janeiro: INCA, 2020. 140. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/publicacoes/relatorios/dieta-nutricao-atividade-fisica-e-cancer-uma-perspectiva-global-um-resumo-do>>. Acesso em: 22 Maio 2022
22. ECHER, I. C. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [online], 2005, v. 13, n. 5, pp. 754-757. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000500022>>. Acesso em: 22 Maio 2022
23. MOREIRA, M.F; NÓBREGA, M.M.L; SILVA, M.I.T. Comunicação escrita: contribuição para elaboração de material educativo em saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem* [online], 2003, v. 56, n. 2, pp. 184-188. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-71672003000200015>>. Acesso em: 22 Maio 2022
24. REBERTE, L.M; HOGA, L.A.K.; GOMES, A.L.Z. Process of construction of an educational booklet for health promotion of pregnant women. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [online]. 2012, v. 20, n. 1, pp. 101-108. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000100014>>. Acesso em: 22 Maio 2022
25. COELHO, M.A.M. *et al.* Functional health literacy and healthy eating: understanding the brazilian food guide recommendations. *Rev. Nutr. Campinas*, 2014, v. 27, n. 6, p. 715-723. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1415-52732014000600006>>. Acesso em: 22 Maio 2022
26. BROWN, J.K. *et al.* Nutrition and physical activity during and after cancer treatment: an American Cancer Society guide for informed choices. *CA: a Cancer Journal for Clinicians*, 2003, 53(5):268-291. Disponível em: <<https://doi.org/10.3322/canjclin.53.5.268>>. Acesso em: 22 Maio 2022

27. LEI, Y.Y. *et al.* Dietary changes in the first 3 years after breast cancer diagnosis: a prospective chinese breast cancer cohort study. *Cancer management and research*, 2018, 10, 4073–4084. Disponível em: <<https://doi.org/10.2147/CMAR.S168562>>. Acesso em: 22 Maio 2022
28. SCHWINGSHACKL, L.; HOFFMANN, G. Adherence to Mediterranean diet and risk of cancer: an updated systematic review and meta-analysis of observational studies. *Cancer medicine*, 2015, 4(12), 1933–1947. Disponível em: <<https://doi.org/10.1002/cam4.539>>. Acesso em: 22 Maio 2022
29. HAMER, J.; WARNER, E. Lifestyle modifications for patients with breast cancer to improve prognosis and optimize overall health. *CMAJ: Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, 2017, 189(7), E268–E274. Disponível em: <<https://doi.org/10.1503/cmaj.160464>>. Acesso em: 22 Maio 2022
30. BERRINO, F. *et al.* Adjuvant diet to improve hormonal and metabolic factors affecting breast cancer prognosis. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 2006, 1089, 110–118. Disponível em: <<https://doi.org/10.1196/annals.1386.023>>. Acesso em: 22 Maio 2022
31. IRWIN, M.L.; MAYNE, S.T. Impact of nutrition and exercise on cancer survival. *Cancer journal (Sudbury, Mass.)*, 2008, 14(6), 435–441. Disponível em: <<https://doi.org/10.1097/PPO.0b013e3181818daeee>>. Acesso em: 22 Maio 2022
32. KUSHI, L.H. *et al.* Nutrition and Physical Activity Guidelines Advisory Committee (2012). American Cancer Society Guidelines on nutrition and physical activity for cancer prevention: reducing the risk of cancer with healthy food choices and physical activity. *CA: a cancer journal for clinicians*, 2012, 62(1), 30–67. Disponível em: <<https://doi.org/10.3322/caac.20140>>. Acesso em: 22 Maio 2022
33. O'NEILL, S.C. *et al.* Engaging in health behaviors to lower risk for breast cancer recurrence. *PloS one*, 2013, 8(1), e53607. Disponível em: <<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0053607>>. Acesso em: 22 Maio 2022
34. WORLD CANCER RESEARCH FUND/AMERICAN INSTITUTE FOR CANCER RESEARCH (WCRF/AICR). *Diet, nutrition, physical activity and cancer: a global perspective: a summary of the third expert report*, 2018. Disponível em:

- <<https://www.wcrf.org/wp-content/uploads/2021/02/Summary-of-Third-Expert-Report-2018.pdf>>. Acesso em: 23 Maio 2022
35. DE LIZ, S. *et al.* Adherence to the WCRF/AICR for women in breast cancer adjuvant treatment submitted to educational nutritional intervention. *Nutrition and cancer*, 2017, 70(5), 737–747. Disponível em:
<<https://doi.org/10.1080/01635581.2017.1380207>>. Acesso em: 23 Maio 2022
36. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Coordenação de Trabalho e Rendimento. *Pesquisa nacional de saúde: 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões*. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. 113p. Disponível em:
<<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101764.pdf>>. Acesso em: 23 Maio 2022
37. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. *Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável*. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em:
<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2008.pdf>. Acesso em: 23 Maio 2022
38. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. *Guia alimentar para a população brasileira versão de bolso*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_bolso2.pdf>. Acesso em: 23 Maio 2022
39. 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. 1. ed. Curitiba, CRV; 2018. Acesso em: 23 Maio 2022
40. MENEGASSI, B. *et al.* A nova classificação de alimentos: teoria, prática e dificuldades. *Ciência & Saúde Coletiva* [online], 2018, v. 23, n. 12, pp. 4165-4176. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320182312.30872016>>. Acesso em: 23 Maio 2022