

Artigo Original

Leitura de rótulos alimentares entre usuários da atenção básica e fatores associados

Reading food labels among users of primary care and associated factors

Ivana Loraine Lindemann^{1,2}, Manoela Teixeira da Silva³, Josi Guimarães César⁴, Raúl Andres Mendoza-Sassi⁵

Resumo

Objetivo: Determinar a prevalência da leitura de rótulos de alimentos, fatores associados e informações consultadas por adultos e idosos usuários da atenção básica. **Métodos:** Estudo transversal, com coleta de dados mediante aplicação de questionário, com perguntas sobre o hábito de ler rótulos e, aos que responderam afirmativamente, sobre as informações consultadas. Calculou-se a prevalência do desfecho e de sua associação com variáveis demográficas, socioeconômicas, de situação e serviços de saúde, de conhecimento sobre saúde e nutrição, e de hábitos de vida. **Resultados:** Entre os 1.246 entrevistados, a leitura de rótulos foi referida por 70,9%. Os fatores associados foram: sexo, idade, situação conjugal, escolaridade, diagnóstico de doenças crônicas, autopercepção da saúde e da alimentação, acesso a informações sobre saúde e nutrição, recebimento de orientação para alimentação saudável e prática de atividade física. As informações mais consultadas foram o prazo de validade (73,8%) e o valor nutricional (18%). **Conclusão:** A leitura dos rótulos de alimentos precisa ser popularizada, seja por meio de campanhas educativas, seja pela interação entre usuários e profissionais de saúde. É necessário enfatizar não só a importância de observar-se a validade dos produtos, mas, principalmente, de consultar as informações nutricionais, visando a escolhas alimentares mais saudáveis.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; promoção da saúde; nutrição em saúde pública; comportamento alimentar; rotulagem de alimentos.

Abstract

Objective: To determine the prevalence of reading food labels, associated factors and information consulted by adults and elderly users of primary care. **Methods:** Cross-sectional study with data collected by questionnaire. It was asked about the habit of reading labels and those who answered affirmatively where questioned about what information they are consulting. Calculating the prevalence of the outcome and its association with demographic and socioeconomic characteristics, status and health services utilization, knowledge about health and nutrition and lifestyle habits. **Results:** Among the 1,246 respondents, reading labels was reported by 70.9% and the associated factors were sex, age, marital status, education, diagnosis of chronic diseases, health and food self-perception, access to information on health and nutrition, guidance received for healthy eating and the practice of physical activity. The most consulted information was the expiration date (73.8%) and nutritional value (18%). **Conclusion:** Reading food labels need to be popularized, through educational campaigns, or the interaction between users and health professionals. It is necessary to emphasize not only the importance of observing the validity of the products, but mainly to check the nutritional information in order to have healthier food choices.

Keywords: primary care; health promotion; nutrition in public health; dietary behaviour; food labelling.

¹ Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande - Rio Grande (RS), Brasil.

² Coordenação Acadêmica do Campus Passo Fundo, Curso de Medicina, Universidade Federal da Fronteira Sul - Passo Fundo (RS), Brasil.

³ Curso de Nutrição, Faculdade de Nutrição, Universidade Federal de Pelotas - Pelotas (RS), Brasil.

⁴ Programa de Pós-graduação em Ciência e Tecnologia de Alimentos, Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Porto Alegre (RS), Brasil.

⁵ Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande - Rio Grande (RS), Brasil.

Trabalho realizado nas Unidades Básicas de Saúde da cidade de Pelotas - Pelotas (RS), Brasil.

Endereço para correspondência: Ivana Loraine Lindemann - Coordenação Acadêmica de Passo Fundo, Universidade Federal da Fronteira Sul, Rodovia RS 153, Km 03 - CEP: 99034-600 - Passo Fundo (RS), Brasil - Email: ivanaloraine@hotmail.com

Fonte de financiamento: Financiamento próprio.

Conflito de interesses: nada a declarar.

INTRODUÇÃO

As elevadas taxas de doenças crônicas não transmissíveis, tendo o consumo alimentar como um dos principais fatores de risco¹, dentro de um contexto que envolve um conjunto de alterações do estilo de vida e de alimentos disponíveis², têm sido apontadas como um dos grandes problemas em termos de saúde populacional, tanto no Brasil como em outros países^{3,4}.

Visando mudar esse cenário, importantes estratégias de promoção da saúde e da alimentação saudável têm sido propostas por organismos nacionais e internacionais^{1,4-6}, a maioria das quais busca tornar as pessoas aptas ao autocuidado. No que se refere à alimentação saudável, especial destaque tem sido dado à divulgação do conhecimento sobre alimentos e sobre nutrição, essenciais para a autonomia do indivíduo⁵. Nesse contexto, os rótulos alimentares são apontados pela população como uma das principais fontes de informação utilizadas⁷. O rótulo se configura em um importante instrumento para escolhas alimentares saudáveis^{8,9}, é reconhecido como tal pelos consumidores^{10,11}, é capaz de melhorar os comportamentos alimentares¹⁰, de diminuir o risco para doenças¹², e, sobretudo, é acessível à maior parte das pessoas.

No Brasil, a legislação alimentícia iniciou-se na década de 1960 e, ao longo dos anos, vem sendo aprimorada com o propósito de melhorar a qualidade dos alimentos e de preservar a saúde da população¹³. Com a criação e a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), boa parcela das questões relacionadas à produção e à comercialização de alimentos foi englobada pelo conjunto de ações da Vigilância Sanitária, sob a responsabilidade da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), criada em 1999 e vinculada ao Ministério da Saúde, incluindo os aspectos referentes à rotulagem¹⁴.

A atual Política Nacional de Alimentação e Nutrição assinala a educação alimentar e nutricional, além da regulação de alimentos, como importantes formas de promoção da alimentação saudável e da saúde⁵, cabendo aos profissionais de saúde, especialmente aos vinculados ao SUS e, mais especificamente, aos que atuam na atenção básica, orientar e estimular a leitura de rótulos de alimentos no sentido de qualificar as escolhas alimentares dos usuários^{5,15}.

Em virtude da reconhecida importância dos rótulos alimentares, diversos aspectos relacionados, incluindo a frequência de leitura e os fatores associados ao hábito, têm sido objetos de estudo. As prevalências de leitura descritas variam de 5 a 95%^{7,11}. Dentre os fatores associados, destacam-se sexo feminino^{16,17}, idade mais avançada^{8,17,18}, cor de pele branca¹⁹, presença de cônjuge²⁰, maior renda^{12,18,19} e escolaridade²¹⁻²³, melhor autopercepção da alimentação¹⁷, maior conhecimento sobre nutrição^{7,8,23}, recebimento de orientação alimentar²⁰, tabagismo¹² e consumo de bebida alcoólica¹². Ainda segundo a literatura disponível, as informações mais frequentemente consultadas são o valor

calórico¹⁸, a validade^{11,21}, a quantidade de gordura¹⁶ e de fibras⁸, e as informações nutricionais¹⁹.

Entretanto, cabe destacar que os referidos estudos, realizados com a população em geral, seja por amostragem de base populacional, seja por amostras de consumidores arrolados em locais de comercialização de alimentos, demonstraram que o hábito de leitura de rótulos não é universal, além de ser, muitas vezes, inadequado e insuficiente. Assim, tendo em vista que a promoção da saúde e da alimentação saudável é uma política pública, torna-se importante avaliar o quanto os usuários dos serviços públicos de saúde, de maneira especial os atendidos na atenção básica, apresentam comportamento similar ou distinto em termos de utilização de rótulos de alimentos. Diante disso, o objetivo deste estudo foi o de buscar informações específicas sobre esse grupo, avaliando a prevalência do hábito de ler rótulos de alimentos, fatores associados e informações consultadas com maior frequência.

MÉTODOS

Realizamos um estudo transversal, de base de serviços de saúde, de maio a outubro de 2013, na cidade de Pelotas, localizada ao sul do Estado do Rio Grande do Sul. De acordo com o censo demográfico de 2010, a população estimada para a cidade era de 328.275 habitantes, e o Índice de Desenvolvimento Humano, de 0,739²⁴. No período, a rede de atenção básica de saúde era constituída de 36 unidades básicas de saúde (UBS) localizadas na zona urbana, das quais 14 possuíam Estratégia Saúde da Família (ESF), o que conferia uma cobertura de 38,9%.

População de estudo, cálculo de amostra e amostragem

Consideramos como elegíveis para o estudo usuários de todas as UBS urbanas, de ambos os sexos e com 20 ou mais anos de idade. Excluímos mulheres em período de gestação e/ou lactação e portadores de deficiência física ou mental.

A amostra calculada no Programa Epi Info 6.04 (*Centers for Disease Control and Prevention*, Atlanta, Estados Unidos), considerando diferentes fatores de risco, risco relativo de 2,0, nível de confiança de 95%, poder de 80%, relação de não expostos para expostos de até 1:9 e prevalência esperada do desfecho em não expostos de no mínimo 13%, resultou em 936 respondentes, os quais, acrescidos de 10% para possíveis perdas e 25% para fatores de confusão, totalizaram 1.264 indivíduos. O número de entrevistas em cada UBS foi proporcional à média de procedimentos realizados no mês anterior ao início da coleta de dados.

Variáveis estudadas

Os entrevistados responderam à pergunta: *O(a) Sr(a) tem o hábito de ler os rótulos dos alimentos?* As opções de resposta eram: *sim, sempre; sim, às vezes; não, nunca*. Mas, para fins de

análise, foram agrupadas em *sim* e *não*. Àqueles que responderam *sim*, perguntamos: *O que o(a) Sr(a) costuma ler nos rótulos?* (resposta espontânea).

Analizamos a associação do hábito de ler rótulos com sexo, idade (medida em anos completos e categorizada em 20-39, 40-59 e ≥ 60), cor da pele autorreferida (branca e preta/parda), situação conjugal (com cônjuge e sem cônjuge), quintis de renda familiar mensal per capita (o 1º é o menos favorecido economicamente), escolaridade (medida em anos completos de estudo e categorizada em ensino fundamental, médio e superior ou mais), ocupação (trabalha e não trabalha), número de doenças crônicas não transmissíveis autorreferidas (referência ao diagnóstico médico de obesidade, diabetes, hipertensão, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia ou doença cardíaca, categorizada em nenhuma, 1-2 e ≥ 3 doenças), autopercepção da saúde e da alimentação (excelente, boa, regular e ruim), estado nutricional (avaliado pelo peso e altura autorreferidos e classificados pelo Índice de Massa Corporal [IMC]). Os pontos de corte utilizados para o IMC¹⁵ em adultos foram: baixo peso $< 18,5 \text{ Kg/m}^2$, eutrofia $\geq 18,5$ e $< 25 \text{ Kg/m}^2$, sobrepeso ≥ 25 e $< 30 \text{ Kg/m}^2$, obesidade $\geq 30 \text{ Kg/m}^2$. Já, em idosos foram: baixo peso $< 22 \text{ Kg/m}^2$, eutrofia ≥ 22 e $< 27 \text{ Kg/m}^2$, sobrepeso $\geq 27 \text{ Kg/m}^2$. Para fins de análise, o estado nutricional foi categorizado em eutrofia ou excesso de peso. Analizamos ainda as variáveis de acesso a informações sobre saúde e sobre nutrição (*sim* e *não*), recebimento de orientação para alimentação saudável em consulta médica ou com outro profissional de saúde (*sim* e *não*), modelo de atenção à saúde implantado na UBS em que o usuário estava sendo atendido (tradicional e ESF), dificuldades para práticas alimentares saudáveis (*sim* e *não*), hábito de fumar (*sim* e *não*), prática de atividade física (*sim* e *não*) e consumo de bebida alcoólica (*sim* e *não*).

Instrumento e procedimentos

As entrevistas, utilizando um questionário pré-codificado e testado, foram realizadas por 12 entrevistadores treinados, os quais, em duplas, apresentavam-se à recepção da UBS, identificavam-se e convidavam os usuários elegíveis. Todos os participantes consentiram de forma livre e esclarecida. Nos casos de recusa, eram feitas duas novas tentativas, pelo outro entrevistador da dupla e pelo supervisor de campo, mas as perdas não foram repostas. As coletas foram feitas ao longo da semana, nos turnos manhã e tarde, de acordo com os horários de funcionamento das unidades, na sala de espera, antes das consultas, até que se completasse o número estipulado para cada UBS.

Processamento e análise estatística dos dados

Para dupla digitação, identificação de erros de amplitude ou consistência e limpeza do banco de dados, utilizamos o Programa EpiData 3.1 (EpiData Association, Dinamarca), e

para análise estatística, o pacote estatístico *Stata*, versão 11 (*Stata Corp., College Station, Estados Unidos*). Descrevemos a amostra e calculamos as prevalências do desfecho e seu intervalo de confiança de 95% (IC95). Para verificar as associações entre o desfecho e os fatores de risco, fizemos a análise bivariada, calculando as razões de prevalências (RP) brutas e seus IC95.

Posteriormente, na multivariada, utilizamos a Regressão de Poisson com variância robusta, considerando a opção para amostra por conglomerados do *Stata* (*robust*) e tipo *backward stepwise*, seguindo um modelo hierárquico de análise preestabelecido. Do primeiro nível, fizeram parte as variáveis demográficas e socioeconômicas (sexo, idade, cor da pele, situação conjugal, renda, escolaridade e ocupação). No segundo, foram incluídas as referentes à situação de saúde (número de doenças crônicas não transmissíveis, estado nutricional e autopercepção da saúde e da alimentação). No terceiro, foram adicionadas as variáveis de conhecimento sobre saúde e nutrição (acesso a informações sobre saúde e sobre nutrição, recebimento de orientação sobre alimentação saudável e modelo de atenção à saúde). O quarto nível foi constituído pelos hábitos de vida (dificuldades para práticas alimentares saudáveis, hábito de fumar, prática de atividade física e consumo de bebida alcoólica). Todas as variáveis de cada nível entram no modelo, mas as que tinham $p > 0,20$ eram retiradas. A seguir, eram introduzidas as variáveis do nível inferior, e assim subsequentemente até o último nível. Nas variáveis categóricas politômicas, quando ordenadas, aplicamos o teste de Wald para tendência linear, e quando não ordenadas, o teste de heterogeneidade. Em todos os testes de significância, foi considerado um valor de $p < 0,05$ de um teste bicaudal.

O protocolo de estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde, da Universidade Federal do Rio Grande, no Rio Grande do Sul, Brasil, CAAE nº 09931212.3.0000.5324, obedecendo à Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e os princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki.

RESULTADOS

Participaram 1.246 dos 1.264 adultos e idosos (1,4% de perda), caracterizando a amostra como predominantemente feminina (83,7%), de 40 a 59 anos (40%), de cor branca (63,3%) e com cônjuge (60,2%). A renda per capita variou de R\$0,00 a R\$3.333,33 (média $496,89 \pm DP344,07$), a maior parte dos participantes tinha ensino fundamental (64,68%) e não estava trabalhando (68,2%). (Tabela 1).

A ausência de diagnóstico médico de doença crônica foi referida por 46,2%, enquanto 58,4 e 63,1%, respectivamente, percebiam sua saúde e sua alimentação como positivas. O excesso de peso foi identificado em 61%, e o acesso a informações sobre saúde e sobre nutrição, em 62,6 e 37,6% respectivamente. O recebimento de orientação para alimentação saudável foi

Tabela 1. Caracterização de adultos e idosos usuários da rede urbana de atenção básica de saúde, em Pelotas, no Rio Grande do Sul, em 2013 (n=1.246)

Variáveis	n	%
Demográficas		
Sexo		
Masculino	203	16,3
Feminino	1.043	83,7
Idade em anos completos		
20-39	471	37,8
40-59	498	40,0
≥60	277	22,2
Cor da pele (n=1.244)*		
Preta/parda	457	36,7
Branca	787	63,3
Situação conjugal		
Com cônjuge	496	39,8
Sem cônjuge	750	60,2
Socioeconômicas		
Quintis de renda familiar mensal per capita	Média	DP
1º	142,95	71,69
2º	289,53	37,90
3º	416,78	51,78
4º	629,13	67,08
5º	1.034,87	304,83
Escolaridade (1.169)**		
Ensino fundamental	755	64,6
Ensino médio	276	23,6
≥Ensino superior	138	11,8
Ocupação		
Não trabalha	850	68,2
Trabalha	396	31,8
Situação de saúde		
Número de doenças crônicas não transmissíveis autorreferidas		
Nenhuma	576	46,2
1-2	486	39,0
≥3	184	14,8
Autopercepção da saúde		
Excelente	122	9,8
Boa	606	48,6
Regular	432	34,7
Ruim	86	6,9
Estado nutricional (n=1.113)***		
Excesso de peso	679	61,0
Eutrofia	434	39,0
Autopercepção da alimentação		
Excelente	90	7,2
Boa	697	55,9
Regular	381	30,6
Ruim	78	6,3
Conhecimento sobre saúde e nutrição		
Acesso a informações sobre saúde		
Não	466	37,4
Sim	780	62,6

*2 perdas; **77 perdas; ***133 perdas

Tabela 1. Continuação...

Variáveis	n	%
Acesso a informações sobre nutrição		
Não	778	62,4
Sim	468	37,6
Recebimento de orientação para alimentação saudável		
Não	524	42,1
Sim	722	57,9
Serviços de saúde		
Modelo de atenção à saúde		
Tradicional	577	46,3
Estratégia Saúde da Família	669	53,7
Hábitos de vida		
Dificuldades para práticas alimentares saudáveis		
Sim	387	31,1
Não	859	68,9
Hábito de fumar		
Sim	292	23,4
Não	954	76,6
Prática de atividade física		
Não	928	74,5
Sim	318	25,5
Consumo de bebida alcoólica		
Sim	185	14,9
Não	1.061	85,1

*2 perdas; **77 perdas; ***133 perdas

mencionado por 57,9%, e o atendimento em UBS com ESF, por 53,7%. Dificuldades para práticas alimentares saudáveis foram citadas por 68,9%, o hábito de fumar, por 23,4%, a prática de atividade física, por 25,5%, e o consumo de bebida alcoólica, por 14,9% (Tabela 1).

O hábito de ler rótulos de alimentos foi referido por 70,9% dos entrevistados (IC95:68,3-73,5). Quando ajustamos os fatores de risco conforme o modelo hierárquico de análise, observamos, no primeiro nível, probabilidade do desfecho 25% maior nas mulheres (RP=1,25; IC95:1,10-1,42) e 8% maior naqueles com cônjuge (RP=1,08; IC95:1,02-1,14). Confirmamos a tendência linear quanto à escolaridade, com propensão ao desfecho 19% maior naqueles com ensino superior ou mais (RP=1,19; IC95:1,09-1,30), e a identificamos em relação aos idosos que apresentaram probabilidade de desfecho 13% superior (RP=1,13; IC95:1,01-1,27) (Tabela 2).

Dentre as variáveis do segundo nível, mantiveram a tendência linear de associação com o desfecho o número de doenças crônicas autorreferidas, com probabilidade de leitura de rótulos 18% menor naqueles com diagnóstico médico de três ou mais doenças (RP=0,82; IC95:0,72-0,95), e a autopercepção da alimentação, com propensão ao desfecho 36% menor naqueles que a autoperceberam como ruim (RP=0,64; IC95:0,50-0,82). Com o ajuste, a autopercepção da saúde passou a apresentar tendência linear; assim, aqueles que a autoperceberam como

ruim tiveram probabilidade de leitura de rótulos 24% superior (RP=1,24; IC95:1,00-1,54) (Tabela 2).

No terceiro nível, mostraram-se mais propensos ao desfecho os que tinham acesso a informações sobre saúde (RP=1,13; IC95:1,00-1,28) e sobre nutrição (RP=1,10; IC95:1,02-1,19) e aqueles que tinham recebido orientação para alimentação saudável (RP=1,12; IC95:1,03-1,23).

Finalmente, no último nível, a única variável que manteve significância na associação foi a prática de atividade física, com probabilidade de leitura de rótulos 12% maior (RP=1,12; IC95:1,03-1,21) (Tabela 2).

Conforme apresentado na Tabela 3, no tocante às informações buscadas nos rótulos, observamos que a data de validade foi a mais frequentemente consultada (73,8%), seguida de valor nutricional do alimento (18%).

DISCUSSÃO

A principal contribuição do nosso estudo à literatura disponível sobre a temática da leitura de rótulos de alimentos é o acréscimo de informações específicas sobre usuários da atenção básica de saúde. Entretanto, antes de discutirmos nossos achados, salientamos como limitação a sua natureza transversal, o que faz com que os fatores identificados não possam ser apontados como determinantes, e sim como associados ao desfecho. Na mesma perspectiva, é necessário considerar a possibilidade de causalidade reversa. Outro aspecto a ser destacado é a maior

Tabela 2. Análise bruta e ajustada de fatores associados ao hábito de ler rótulos de alimentos, referido por adultos e idosos usuários da rede urbana de atenção básica de saúde, em Pelotas, no Rio Grande do Sul, em 2013 (n=1.168)

Variáveis	Bruta		Ajustada	
	RP (IC95)	p	RP (IC95)	p
Demográficas^a (n=1.168)*				
Sexo		0,001 ^e		0,001 ^e
Feminino	1,24 (1,09-1,40)		1,25 (1,10-1,42)	
Idade em anos completos		0,798 ^s		0,042 ^f
40-59	1,00 (0,90-1,12)		1,04 (0,93-1,15)	
≥60	1,04 (0,93-1,16)		1,13 (1,01-1,27)	
Cor da pele		0,613 ^e		0,903 ^e
Branca	1,02 (0,94-1,10)		1,00 (0,92-1,08)	
Situação conjugal		0,031 ^e		0,007 ^e
Com cônjuge	1,07 (1,01-1,13)		1,08 (1,02-1,14)	
Socioeconômicas^a				
Quintis de renda familiar mensal per capita		0,371 ^s		0,465 ^s
2º	1,03 (0,93-1,15)		1,01 (0,91-1,13)	
3º	1,07 (0,98-1,16)		1,06 (0,98-1,14)	
4º	1,00 (0,87-1,15)		0,98 (0,84-1,14)	
5º	1,08 (0,95-1,21)		1,04 (0,90-1,20)	
Escolaridade		<0,001 ^f		<0,001 ^f
Ensino médio	1,13 (1,05-1,22)		1,14 (1,05-1,24)	
≥Ensino superior	1,18 (1,09-1,29)		1,19 (1,09-1,30)	
Ocupação		0,771 ^e		0,948 ^e
Trabalha	0,99 (0,91-1,08)		1,00 (0,92-1,10)	
Situação de saúde^b (n=833)**				
Número de doenças crônicas não transmissíveis autorreferidas		0,029 ^s		0,012 ^f
1-2	1,00 (0,93-1,08)		0,99 (0,90-1,08)	
≥3	0,85 (0,75-0,96)		0,82 (0,72-0,95)	
Autopercepção da saúde		0,828 ^s		0,048 ^f
Boa	1,04 (0,92-1,18)		1,03 (0,91-1,17)	
Regular	1,00 (0,88-1,14)		1,07 (0,95-1,21)	
Ruim	1,05 (0,84-1,32)		1,24 (1,00-1,54)	
Estado nutricional		0,643 ^e		0,176 ^e
Eutrofia	0,99 (0,93-1,04)		0,96 (0,91-1,02)	
Autopercepção da alimentação		0,001 ^f		<0,001 ^f
Boa	0,98 (0,89-1,07)		0,94 (0,85-1,04)	
Regular	0,92 (0,82-1,03)		0,88 (0,77-1,00)	
Ruim	0,66 (0,51-0,84)		0,64 (0,50-0,82)	
Conhecimento sobre saúde e nutrição^c (n=1.064)***				
Acesso a informações sobre saúde		0,001 ^e		0,041 ^e
Sim	1,22 (1,09-1,36)		1,13 (1,00-1,28)	
Acesso a informações sobre nutrição		<0,001 ^e		0,018 ^e
Sim	1,23 (1,14-1,32)		1,10 (1,02-1,19)	
Recebimento de orientação sobre alimentação saudável		0,027 ^e		0,012 ^e
Sim	1,09 (1,01-1,19)		1,12 (1,03-1,23)	

^avariáveis do primeiro nível da análise hierárquica; ^bvariáveis do segundo nível da análise hierárquica; ^cvariáveis do terceiro nível da análise hierárquica; ^dvariáveis do quarto nível da análise hierárquica; ^eteste do qui-quadrado; ^fteste de tendência linear; ^gteste de heterogeneidade

Categorias de referência: sexo masculino; 20-39 anos de idade; cor da pele preta/parda; sem presença de cônjuge; 1º quintil de renda; ensino fundamental; não trabalha; nenhuma doença crônica não transmissível autorreferida; autopercepção da saúde excelente; excesso de peso; autopercepção da alimentação excelente; sem acesso a informações sobre saúde; sem acesso a informações sobre nutrição; não ter recebido orientação sobre alimentação saudável; modelo tradicional de atenção à saúde; com dificuldades para práticas alimentares saudáveis; ser fumante; não praticar atividade física; consumir bebida alcoólica;

*78 perdas; **413 perdas; ***182 perdas

Tabela 2. Continuação...

Variáveis	Bruta		Ajustada	
	RP (IC95)	p	RP (IC95)	p
Serviços de saúde^e				
Modelo de atenção à saúde		0,817 ^e		0,474 ^e
Estratégia Saúde da Família	1,01 (0,94-1,08)		1,02 (0,96-1,10)	
Hábitos de vida^d (n=1.064)^{***}				
Dificuldades para práticas alimentares saudáveis		0,065 ^e		0,353 ^e
Não	1,09 (0,99-1,20)		1,04 (0,95-1,14)	
Hábitos de fumar		0,431 ^e		0,827 ^e
Não	1,04 (0,95-1,13)		0,99 (0,92-1,07)	
Prática de atividade física		<0,001 ^e		0,006 ^e
Sim	1,14 (1,06-1,23)		1,12 (1,03-1,21)	
Consumo de bebida alcoólica		0,441 ^e		0,651 ^e
Não	1,03 (0,95-1,13)		0,98 (0,90-1,07)	

^avariáveis do primeiro nível da análise hierárquica; ^bvariáveis do segundo nível da análise hierárquica; ^cvariáveis do terceiro nível da análise hierárquica;

^dvariáveis do quarto nível da análise hierárquica; ^eteste do qui-quadrado; ^fteste de tendência linear; ^gteste de heterogeneidade

Categorias de referência: sexo masculino; 20-39 anos de idade; cor da pele preta/parda; sem presença de cônjuge; 1º quintil de renda; ensino fundamental; não trabalha; nenhuma doença crônica não transmissível autorreferida; autopercepção da saúde excelente; excesso de peso; autopercepção da alimentação excelente; sem acesso a informações sobre saúde; sem acesso a informações sobre nutrição; não ter recebido orientação sobre alimentação saudável; modelo tradicional de atenção à saúde; com dificuldades para práticas alimentares saudáveis; ser fumante; não praticar atividade física; consumir bebida alcoólica; *78 perdas; **413 perdas; ***182 perdas

Tabela 3. Frequência de leitura de informações nos rótulos de alimentos por adultos e idosos usuários da rede urbana de atenção básica de saúde, em Pelotas, no Rio Grande do Sul, em 2014 (n=829)

	n	%
Calorias	71	8,6
Carboidratos	52	6,3
Colesterol	11	1,3
Gorduras totais	87	10,5
Gorduras trans	22	2,7
Glúten	24	2,9
Ingredientes	78	9,4
Modo de preparo	16	1,9
Prazo de validade	612	73,8
Proteínas	14	1,7
Sódio	99	11,9
Valor nutricional*	149	18,0

*O item valor nutricional refere-se à resposta espontânea sem especificação do nutriente. Os itens conservantes, *diet*, gorduras saturadas, lactose, *light*, local de fabricação, marca, receitas e sabor foram mencionados por menos de 1% dos entrevistados

proporção de mulheres na amostra, o que era esperado em função de o estudo ser de base de serviços de saúde e o fato de os usuários terem sido entrevistados nas salas de espera das UBS, o que pode ter sub ou superestimado algumas variáveis. Simultaneamente, cabe enfatizar pontos fortes da pesquisa, tais como o reduzido percentual de perdas e o poder estatístico adequado para a maior parte das comparações feitas.

Verificamos que a maioria dos entrevistados tinha o hábito de ler rótulos de alimentos. Esse resultado demonstra que brasileiros usuários da atenção básica de saúde apresentam comportamento semelhante à população geral de muitos países

ao redor do mundo, onde pesquisas identificaram frequências elevadas de leitura, na maioria das vezes acima dos 50%¹⁰.

Observações realizadas no Brasil, com consumidores de supermercados, apontaram prevalências de leitura de rótulos de 68,5% no Paraná¹⁸, de 72,2% no Rio Grande do Sul²² e de 94,6% no Rio Grande do Norte¹¹. Estudo feito com mulheres assistidas pela ESF em São Paulo verificou o hábito em 59,5% das entrevistadas²¹. Isso sugere que, similarmente à população geral de outros países, na comparação entre usuários da atenção básica e população geral no Brasil, o comportamento quanto à leitura de rótulos é, de modo geral, semelhante e apresenta frequência elevada, além de ter sido apontada majoritariamente por mais da metade dos entrevistados. Contudo, considerando a importância atribuída aos rótulos alimentares e o papel dos profissionais de saúde no estímulo ao seu uso para a promoção de escolhas alimentares saudáveis^{5,9}, era de se esperar uma prevalência ainda maior de leitura de rótulos entre usuários da atenção básica de saúde.

Em relação aos fatores demográficos e socioeconômicos, para a maioria das variáveis analisadas, nossos achados demonstram consistência com a literatura, na medida em que também verificamos maior probabilidade do desfecho em mulheres^{16,17}, nos mais velhos^{8,17,18}, naqueles com cônjuge²⁰ e com maior escolaridade²¹⁻²³.

No que se refere à análise da associação entre características da situação de saúde e leitura de rótulos de alimentos, verificamos que quanto maior o número de doenças crônicas, menor a probabilidade do desfecho. Sendo a alimentação parte do tratamento não farmacológico de muitas dessas doenças, seria esperado que os diagnosticados consultassem rotineiramente

as informações de composição nutricional dos alimentos para fazerem suas escolhas. Contudo, é importante considerar que a relação entre essas variáveis precisa ser mais bem elucidada, tendo em vista a falta de consistência entre os resultados disponíveis na literatura^{10,23}.

Vimos que quanto pior a autopercepção da alimentação, menor a probabilidade do desfecho – a mesma situação foi verificada na população americana¹⁷. Isso sugere que aqueles que se alimentam inadequadamente apresentam menor preocupação com a alimentação e, conseqüentemente, dão menor importância aos rótulos de alimentos. Ao mesmo tempo, confirmamos que quanto pior a autopercepção da saúde, maior a probabilidade de leitura de rótulos de alimentos. Tal constatação, somada ao que foi descrito anteriormente relativo ao diagnóstico de doenças crônicas, está em consonância com a conhecida complexidade do processo de mudança de comportamento em saúde²⁵, ratificando que muitas vezes não é a confirmação em si de uma doença que faz com que o indivíduo mude de atitude, e sim a sua percepção no que concerne à situação, exigindo, dessa forma, que o profissional de saúde não apenas faça o diagnóstico, mas também o sensibilize e o oriente para o autocuidado. Ainda dentre as variáveis desse nível de análise, de modo semelhante a outros estudos^{10,17,23}, não observamos diferenças quanto ao estado nutricional.

Atendendo à nossa expectativa em relação aos efeitos do conhecimento de saúde e de nutrição sobre o desfecho, constatamos maior probabilidade de leitura de rótulos entre os usuários com acesso a informações sobre saúde e nutrição, e que receberam orientação para alimentação saudável. Outros estudos também observaram efeito positivo do conhecimento sobre nutrição^{7,8,10} e do recebimento de orientação alimentar²⁰. No entanto, em virtude do vínculo previsto entre profissionais da ESF e usuários, bem como de sua natureza educativa e promotora de saúde, esperávamos maior probabilidade do desfecho entre os assistidos pelo modelo, o que não foi confirmado.

Dentre as variáveis contempladas nos hábitos de vida, a única que apresentou associação com o desfecho foi a prática de atividade física. Entretanto, tal constatação, assim como a relação do hábito de ler rótulos de alimentos com o tabagismo e com o consumo de bebida alcoólica, sugere a necessidade de estudos adicionais por apresentar-se de modo controverso na literatura^{10,12,16}.

No que diz respeito às informações consultadas nos rótulos, a mais frequentemente referida pelos entrevistados foi a validade. Pesquisas executadas em outros países constataram que maior atenção era dada à quantidade de gordura¹⁶ e fibras⁸, entretanto cabe destacar que nesses estudos não foi avaliada a observância da validade.

Corroborando nossos achados, outros pesquisadores brasileiros também verificaram que a informação mais frequentemente consultada era a validade^{11,21}. Isso sugere que o usuário lê aquilo que lhe interessa mais pontualmente e não avalia, de forma integrada, toda a informação contida nos rótulos. Tal comportamento expressa a necessidade de enfatizar aos brasileiros, especialmente aos usuários da atenção básica de saúde, não só a importância de observar a validade dos produtos, visto que cerca de 30% não a mencionaram, mas, principalmente, de orientá-los a consultar as informações nutricionais disponibilizadas nos rótulos, visando a escolhas alimentares mais saudáveis. Todavia, cabe frisar, neste momento, que não levamos em consideração, em nosso estudo, questões relacionadas ao grau de entendimento das informações disponíveis, bem como referentes à sua real influência na aquisição ou no consumo dos produtos. Tais pontos já têm sido avaliados na população em geral e têm se mostrado insuficientes^{9,23}. Somente pesquisas que abarquem esses aspectos com usuários de sistemas públicos de saúde poderão trazer especial contribuição ao tema.

Para finalizar, ressaltamos que, embora a rotulagem nutricional seja reconhecida pela literatura como instrumento útil à promoção da saúde e da alimentação saudável, a leitura dos rótulos de alimentos precisa ser popularizada, seja por meio de campanhas educativas, seja pela interação entre usuários e profissionais de saúde. Considerando ainda a importância do adequado entendimento e utilização das informações disponibilizadas, cabe destacar o papel da educação alimentar e nutricional como ferramenta imprescindível ao desenvolvimento de habilidades individuais necessárias à efetivação de uma alimentação adequada e saudável²⁶.

De modo geral, de acordo com nossos resultados, na atenção básica de saúde, merecem foco os homens, os adultos jovens, aqueles sem cônjuge, com menor escolaridade, com diagnóstico de doenças crônicas, com percepção ruim da sua alimentação e os que não têm acesso a informações sobre saúde e nutrição.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Global strategy on diet, physical activity and health [Internet]. Geneva; 2004 [citado em 2016 nov 23]. Disponível em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R17-en.pdf
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2008-2009: análise do consumo alimentar pessoal no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro; 2011 [citado em 2016 nov 23]. Disponível em http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/pof/2008_2009_encaa/default.shtm
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica

- [Internet]. Brasília; 2014 [citado em 2016 nov 23]. (Cadernos de Atenção Básica, no. 35). Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável [Internet]. Brasília; 2008 [citado em 2016 nov 23]. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2008.pdf
 5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição [Internet]. Brasília; 2012 [citado em 2016 nov 23]. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/pnan2011.pdf>
 6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde [Internet]. 3. ed. Brasília; 2010 [citado em 2016 nov 23]. (Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006, no. 7). Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf
 7. Hess R, Visschers VHM, Siegrist M. The role of health-related, motivational and sociodemographic aspects in predicting food label use: a comprehensive study. *Public Health Nutr.* 2012;15(3):407-14. PMID:21752310. <http://dx.doi.org/10.1017/S136898001100156X>.
 8. Goodman S, Hammond D, Pillo-Blocka F, Glanville T, Jenkins R. Use of nutritional information in Canada: national trends between 2004 and 2008. *J Nutr Educ Behav.* 2011;43(5):356-65. PMID:21906548. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jneb.2011.02.008>.
 9. Deville-Almond J, Halliwell K. Understanding and interpreting nutrition information on food labels. *Nurs Stand.* 2014;28(29):50-7. PMID:24641060. <http://dx.doi.org/10.7748/ns2014.03.28.29.50.e8602>.
 10. Campos S, Doxey J, Hammond D. Nutrition labels on pre-packaged foods: a systematic review. *Public Health Nutr.* 2011;14(8):1496-506. PMID:21241532. <http://dx.doi.org/10.1017/S1368980010003290>.
 11. Souza SMFC, Lima KC, Miranda HF, Cavalcanti FID. Utilização da informação nutricional de rótulos por consumidores de Natal, Brasil. *Rev Panam Salud Publica.* 2011;29(5):337-43. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892011000500006>. PMID:21709938.
 12. Kang HT, Shim JY, Lee YJ, Linton JA, Park BJ, Lee HR. Reading nutrition labels is associated with a lower risk of metabolic syndrome in Korean adults: the 2007 e 2008 Korean NHANES. *Nutr Metab Cardiovasc Dis.* 2013;23(9):876-82. PMID:23146359. <http://dx.doi.org/10.1016/j.numecd.2012.06.007>.
 13. Ferreira AB, Lanfer-Marquez UM. Legislação brasileira referente à rotulagem nutricional de alimentos. *Rev Nutr.* 2007;20(1):83-93. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732007000100009>.
 14. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. [Internet]. Brasília; 2016 [citado em 2016 nov 23]. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/content/Anvisa+Portal/Anvisa/Inicio/Alimentos/Assuntos+de+Interesse/Rotulagem>
 15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN na assistência à saúde Nutricional [Internet]. Brasília; 2008 [citado em 2016 nov 23]. Disponível em: http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/protocolo_sisvan.pdf
 16. Bonanni AE, Bonaccio M, Castelnuovo A, Lucia F, Costanzo S, Persichillo M, et al. Food labels use is associated with higher adherence to mediterranean diet: results from the Moli-Sani Study. *Nutrients.* 2013;5(11):4364-79. PMID:24192994. <http://dx.doi.org/10.3390/nu5114364>.
 17. Stran KA, Knol LL. Determinants of food label use differ by sex. *J Acad Nutr Diet.* 2013;113(5):673-9. PMID:23402696. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jand.2012.12.014>.
 18. Cassemiro IA, Colauto NB, Linde GA. Rotulagem nutricional: quem lê e por quê? *Arq Ciênc Saúde Unipar.* 2006;10(1):9-16.
 19. Ollberding NJ, Wolf RL, Contento I. Food label use and its relation to dietary intake among US adults. *J Am Diet Assoc.* 2011;111(5 Supl):47-51. PMID:21515135. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jada.2011.03.009>.
 20. Post RE, Mainous AG 3rd, Diaz VA, Matheson EM, Everett CJ. Use of the nutrition facts label in chronic disease management: results from the National Health and Nutrition Examination Survey. *J Am Diet Assoc.* 2010;110(4):628-32. PMID:20338291. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jada.2009.12.015>.
 21. Gomes ALC, Cyrillo DC. The use of food labeling and diet quality among women from a region in the city of São Paulo. *J Brazilian Soc Food Nutr.* 2006;31(1):33-42.
 22. Cavada GS, Paiva FF, Helbig E, Borges LR. Rotulagem nutricional: você sabe o que está comendo? *Braz J Food Technol.* 2012;15(spe):84-8. <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-67232012005000043>.
 23. De la Cruz-Góngora V, Villalpando S, Rodríguez-Oliveros G, Castillo-García M, Mundo-Rosas V, Meneses-Navarro S. Use and understanding of the nutrition information panel of pre-packaged foods in a sample of Mexican consumers. *Salud Publica Mex.* 2012;54(2):158-66. PMID:22535175. <http://dx.doi.org/10.1590/S0036-36342012000200012>.
 24. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Rio Grande do Sul: Pelotas: síntese das informações [Internet]. Rio de Janeiro; 2016 [citado em 2016 nov 23]. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=431440&idtema=16&search=rio-grande-do-sul|pelotas|sintese-das-informacoes>
 25. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. applications to addictive behaviors. *Am Psychol.* 1992;47(9):1102-14. PMID:1329589. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.47.9.1102>.
 26. Conselho Nacional de Secretários de Educação. Marco de referência de educação alimentar e nutricional para políticas públicas [Internet]. Brasília; 2012 [citado em 2016 nov 23]. Disponível em: <http://www.consed.org.br/media/download/54b65ffe2730b.pdf>

Recebido em: Nov. 23, 2015
Aprovado em: Ago. 03, 2016