Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

**Experiências na qualificação da força de trabalho e
produção do cuidado em nutrição para a Alimentação
Saudável na Atenção Primária**

Tarsis de Mattos Maia

**Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Nutrição em Saúde Pública para obtenção do título de
Doutora em Ciências.**

**Área de concentração: Nutrição em Saúde Pública
Orientadora: Prof^ª Dr^a Patricia Constante Jaime**

São Paulo
2020

**Experiências na qualificação da força de trabalho e
produção do cuidado em nutrição para a Alimentação
Saudável na Atenção Primária**

Tarsis de Mattos Maia

**Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Nutrição em Saúde Pública para obtenção do título de
Doutora em Ciências.**

**Área de concentração: Nutrição em Saúde Pública
Orientadora: Prof^ª Dr^a Patricia Constante Jaime**

**São Paulo
2020**

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

AGRADECIMENTOS

A Deus.

Aos meus pais, José Antônio e Gislene, irmãos Danilo e Flávia e meu sobrinho Harrison

Ao meu esposo Daniel.

A minha orientadora professora Patricia

Às colegas e amigas Cláudia, Bianka e Kamila.

A Universidade Federal de Mato Grosso e aos colegas, funcionários, estudantes e amigos da Faculdade de Nutrição

Aos professores e funcionários da Faculdade de Saúde Pública

Aos trabalhadores da saúde, em especial aos membros das equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF que colaboraram com o presente estudo

RESUMO

MAIA, TM. **Experiências na qualificação da força de trabalho e produção do cuidado em nutrição para a alimentação saudável na atenção primária.** [tese]. São Paulo. Faculdade de Saúde Pública da USP; 2020.

Introdução: A qualificação da força de trabalho em alimentação saudável (AS) na atenção primária (AP) é tema de interesse na agenda da saúde pública. **Objetivo:** Analisar as experiências de qualificação da força de trabalho em promoção da AS na AP e suas influências na produção do cuidado em Nutrição. **Método:** Utilizou-se duas estratégias metodológicas. A primeira, uma revisão de literatura do tipo “scoping review”, para explorar as experiências de qualificação de trabalhadores na AP voltadas a promoção da alimentação saudável. A busca foi estruturada em três eixos (treinamento, alimentação saudável e atenção primária) e conduzida em 5 bases de dados (*Embase, Eric, Cinhal, Lilacs e Medline*). Considerou-se apenas estudos originais nos idiomas inglês, espanhol e português publicados entre os anos de 1998 a 2019. A segunda estratégia, em formato de estudo de caso qualitativo, foi assumida como base empírica complementar ao estudo de revisão estando vinculada a uma experiência local de qualificação da força de trabalho na AP sobre o Guia Alimentar para população brasileira (GAB). Objetivou compreender a influência do GAB na produção do cuidado em nutrição de equipes multiprofissionais de AP. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semi-estruturadas e observação de campo. Utilizou-se de análise temática com abordagem indutiva para produção dos temas, que foram complementados com os dados da observação. **Resultados:** Quanto a revisão, encontrou-se 2996 registros dos quais 21 artigos foram incluídos. A maior concentração de artigos ocorreu em publicações latinas, especialmente brasileiras. Enfermeiros, seguidos de médicos e agentes comunitários de saúde (ACS) foram as categorias mais presentes como público-alvo. Encontrou-se quatro principais eixos dos

treinamentos: Alimentação Saudável (AS), Alimentação complementar; Doenças crônicas e Obesidade. A referência a utilização de Guias Alimentares nacionais esteve presente em todos os eixos, à exceção do eixo obesidade. Os treinamentos apresentaram abordagens predominantemente centradas em alimentos e também abordagens mistas, com enfoque em nutrientes. Quanto ao estudo de caso qualitativo, a utilização do Guia possibilitou ampliação do referencial dos entrevistados ao abordarem a AS, entendida como próxima ao contexto de vida dos usuários do serviço e passível de ajustes segundo possibilidades do usuário ou em função da vivência do profissional. As experiências relatadas consideraram a alimentação em dimensões ligadas a escolha dos alimentos e que os momentos que em torno da refeição seriam formas de cuidado em nutrição, favorecendo a aproximação dos núcleos profissionais dos diferentes especialistas. **Conclusão:** Os estudos sobre qualificação da força de trabalho encontrados na revisão exploraram temáticas de promoção da AS e prevenção de agravos. Destacaram necessidade de oferta de treinamentos que incorporem abordagens mais compreensivas, capazes de considerar os diferentes olhares sob a alimentação e que considerem diferentes níveis de intervenção, do individual ao macrossocial. Quanto a qualificação da força de trabalho, o presente estudo de caso acrescenta evidências aos estudos de implementação de Guias alimentares a partir de treinamento em serviço na AP. Os relatos das experiências com uso do guia brasileiro parecem favorecer aos diferentes profissionais apropriar-se do cuidado em nutrição, enxergando-se como contribuintes ativos dentro da produção do cuidado em nutrição.

PALAVRAS-CHAVE: alimentação saudável, guias alimentares, atenção primária, pessoal de saúde, treinamento em serviço

ABSTRACT

MAIA, TM. **Experiences in healthy diet workforce qualification and nutrition care production at primary care.** [thesis]. São Paulo. School of Public Health – USP; 2020.

Introduction: The Healthy diet (HD) workforce qualification in primary care (PC) is a topic of interest on the public health agenda. **Objective:** To analyze the workforce qualification in promoting a healthy diet in primary care and its influences in the nutrition care development. **Method:** Two methodological strategies were used. The first one was a “scope review” to explore the qualification experiences of PC workers regarding promoting healthy eating. The search was structured in three axes (training, healthy diet and primary care) and conducted in 5 databases (Embase, Eric, Cinhal, Lilacs and Medline). It considered only original studies in English, Spanish, and Portuguese, published from 1998 to 2019. The second strategy, a qualitative case study, was adopted as a complimentary empirical basis for the scoping review. It was directed to a local PC workforce qualification experience based on the Dietary Guidelines for the Brazilian population (DGB) regarding the nutrition care. Data were collected through semi-structured interviews and field observation. Thematic analysis with inductive approach was used to produce themes, which were complemented with the observational data. **Results:** From 2996 records found, 21 articles were included in the review. The largest concentration of articles occurred in Latin publications, especially Brazilian. Nurses, followed by doctors and community health workers (CHW) were the most categories to attend. Four main training axes were found: healthy diet; complementary feeding; chronic diseases and obesity. A reference to the use of national dietary guidelines was found in all axes, except the obesity one. The trainings described predominantly food-based approaches and also address mixed, nutrient-focused approaches. At the qualitative case study, the use of the DGB allowed respondents to expand their nutrition references when addressing HD, understood as close to the context of life of the service users and subject to adjustments according to the users’ opportunities or the experience of the professional. The reported actions considered food in dimensions linked to the choice of food and the understanding that the moments around the meal are forms of care in nutrition, favoring the approximation of the different professional nuclei of specialists to the context of food. **Conclusion:** Studies on workforce qualification found in the current review explored healthy diet promotion and disease prevention. It supports the needs to

deliver trainings that incorporates broader approaches that includes different views of food and nutrition and to consider different levels of intervention, from the individual to the macrosocial level. Regarding the workforce qualification from the BDG, this case study added information regarding implementation of food-based guides from an in-service training in the PC. Reports of experiences with the use of the DGB seemed to favor the nutrition care to be appropriated by the different health professionals, been seeing as active contributors within the production of nutrition care.

Descriptors: healthy diet, food guides, primary care, health personnel, in-service training

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO	12
2. OBJETIVOS.....	19
<i>OBJETIVO GERAL.....</i>	<i>19</i>
<i>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</i>	<i>19</i>
3. ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS.....	20
<i>3.1 ESTUDO DE REVISÃO</i>	<i>20</i>
3.1.1 Pergunta de pesquisa.....	21
3.1.3 Critérios de elegibilidade	24
3.1.4 Seleção dos estudos	26
3.1.5 Extração dos dados	26
3.2 ESTUDO QUALITATIVO	27
3.2.1. Contexto do estudo	27
3.2.2. Cenário do estudo	29
3.2.3. Referencial teórico.....	30
3.2.4. Referencial metodológico - Estudo de Caso Qualitativo	34
3.2.5. Produção de dados	36
3.2.6. Análise dos dados	39
3.2.7. Considerações éticas	41
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	42
<i>4.1 ESTUDO DE REVISÃO</i>	<i>42</i>
<i>4.2 ESTUDO QUALITATIVO.....</i>	<i>74</i>
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	95
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	98
7 . ANEXOS/APÊNDICES	105
8. CURRÍCULO LATTES.....	117

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Estratégia de busca para base de dados MEDLINE	22
Quadro 2 – Distribuição dos estudos segundo eixo temático, número de artigos encontrados, identificação no texto e na referência bibliográfica	45
Quadro 3 - Formato e público participante, delineamento, estratégias e recursos das experiências de qualificação no eixo alimentação saudável	50
Quadro 4 - Formato e público participante, delineamento, estratégias e recursos das experiências de qualificação no eixo alimentação infantil	54
Quadro 5 - Formato e público participante, delineamento, estratégias e recursos das experiências de qualificação no eixo alimentação saudável nas doenças crônicas	60
Quadro 6 - Formato e público participante, delineamento, estratégias e recursos das experiências de qualificação no eixo alimentação saudável na obesidade	65
Quadro 7 - Situações de utilização do Guia Alimentar relatadas no tema “respondendo pelo cuidado baseado no guia” segundo atividades das equipes NASF-AB --.....	87
Quadro 8 - Situações de utilização do Guia Alimentar relatadas no tema “a refeição como cuidado”, segundo atividades das equipes NASF- AB	91

SIGLAS UTILIZADAS

AS – Alimentação Saudável

AP – Atenção primária

ACS – Agentes comunitários de saúde

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde

ESF – Estratégia Saúde da Família

EPS – Educação Permanente em Saúde

GAB – Guia Alimentar para a população brasileira

NASF-AB – Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica

NUPENS – Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNAN – Política Nacional de Alimentação e Nutrição

PAAS – Promoção da Alimentação Adequada e Saudável

SUS – Sistema Único de Saúde

1.INTRODUÇÃO

A alimentação é um condicionante e determinante da saúde e direito universal. Nos últimos anos, seu impacto na saúde tem sido cada vez mais reconhecido e sua temática tem se destacado na agenda global como resultado de compromissos liderados por agências internacionais para erradicação de todas as formas de má-alimentação no mundo (World Health Organization, 2017).

No âmbito da saúde pública, uma entre cada cinco mortes poderiam ser evitadas apenas com mudanças direcionadas a dieta (Afshin et al., 2019). Soma-se a isso existência de múltiplos outros desafios como questões em torno de ambientes sustentáveis, juntamente com mudanças climáticas, globalização, urbanização, disparidades socioeconômicas, migrações e guerras (Delisle et al., 2017). Tais cenários ilustram a importância e urgência à ação, reforçando a necessidade de que todos trabalhadores da saúde, especialmente da atenção primária, direcionem esforços para promoção de estilos de vida saudáveis e redução das doenças crônicas.

A atenção primária, em sua interpretação mais ampla¹, é uma estratégia para organização da atenção à saúde voltada a responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde de uma população (Mendes, 2015) . Capaz de orientar a coordenação e continuidade do cuidado nos demais pontos da rede, e por estar próxima do local onde as pessoas vivem e trabalham e ainda por ser espaço privilegiado

¹ O conceito citado sintetiza as diversas concepções e denominações das propostas e experiências ao redor do mundo. Juntamente a esse conceito coexistem outros, a exemplo do conceito de atenção primária seletiva, como um programa focalizado em pessoas e regiões pobres; e como primeiro nível de atenção do sistema de serviços de saúde (Matta & Morosini; Mendes, 2015).

para mobilização comunitária e ampliar o escopo de ações do sistema local de saúde, a AP torna-a espaço prioritário para desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças (Mendes, 2015; Weiss, Lillefjell, & Magnus, 2016)

Todavia, frente ao pouco sucesso em frear os avanços da obesidade e das doenças crônicas, uma mudança de paradigma quanto ao olhar sobre a alimentação, antes limitada aos contornos da dimensão biológica, para uma perspectiva que pensa a relação alimentação - saúde dentro de uma perspectiva sistêmica, implica uma adequação na forma de pensar e organizar os serviços de saúde, e, por conseguinte, repensar também a qualificação da força de trabalho em saúde (Fanzo et al., 2015; Ridgway, Baker, Woods, & Lawrence, 2019).

Adotou-se no presente estudo o uso da expressão “qualificação da força de trabalho” em referência a nomenclatura adotada na Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) brasileira que ressalta a importância da formação dos trabalhadores da saúde envolvidos na agenda da alimentação e nutrição (Brasil, 2013).

Ampliando o olhar para as experiências de qualificação no cenário internacional e considerando os diferentes formatos de organização dos serviços de saúde na atenção primária e das distintas categorias de trabalhadores da saúde; e, ainda que se reconhecendo a existência de diferenças conceituais e políticas nos diferentes formatos de experiências de qualificação da força de trabalho considerou-se aqui como experiências de qualificação da força de trabalho quaisquer processos de formação ou programas educacionais em alimentação e nutrição voltados aos profissionais de saúde, em serviço, independentemente dos formatos empregados em sua condução. Optou-se por considerar, apesar da existência de diferentes propostas e objetivos, que o elemento de interesse e que unifica tais

experiências² é o fato de objetivarem trabalhar os avanços na agenda de alimentação e nutrição junto aos trabalhadores em serviço.

No Brasil, a qualificação da força de trabalho em alimentação e nutrição é considerada uma diretriz da PNAN, que assume que o desenvolvimento de habilidades em alimentação e nutrição deve ser trabalhado a partir de diálogo entre profissionais de saúde e a população e com práticas referenciadas na realidade local. Para isso a PNAN adotou o referencial da Educação Permanente em Saúde (EPS), referencial a partir do qual equipes de saúde buscam explicações para os problemas enfrentados em suas práticas através da reflexão coletiva, ou seja, de todos os envolvidos. A EPS reconhece o potencial do local de trabalho como transformador da própria realidade através do questionamento entre a qualidade do cuidado desejado e o produzido e as realidades da prática (Brasil, 2013; Ceccim & Ferl, 2020).

Juntamente com a diretriz para qualificação da força de trabalho está também a diretriz de promoção da alimentação adequada e saudável. A PNAN considera a alimentação adequada e saudável, doravante denominada alimentação saudável, como um direito humano básico que envolve a garantia, de modo permanente, regular e socialmente justo, de uma prática alimentar que seja: adequada aos aspectos biológicos e sociais, atendendo às necessidades de diferentes fases do ciclo vital; referenciada pela cultura alimentar local e pelas dimensões de gênero, raça e etnia; acessível do ponto de vista físico e financeiro; harmônica em quantidade e qualidade, satisfazendo aos princípios de variedade, equilíbrio,

² Para fins deste trabalho, de modo a facilitar a fluidez do texto, a não ser que apontado o oposto, as experiências de qualificação da força de trabalho serão também identificadas pelo termo “treinamentos” ou “experiências”.

moderação e prazer; e derivada de práticas de produção adequadas e com uso sustentável do ambiente (Brasil, 2013).

Ações para promoção de uma alimentação saudável configuram-se como parte de estratégias universais de promoção da saúde. No que se refere a atenção à saúde, a promoção da saúde é considerada um dos elementos do cuidado nutricional, que por sua vez abrange também outros níveis de intervenção em saúde como o diagnóstico, a prevenção de doenças e o tratamento/assistência (Brasil, 2009b).

Acompanhando a evolução na organização do trabalho em saúde e a multidimensionalidade dos fatores que afetam a dieta, a orientação para mudança alimentar dos usuários dos serviços de saúde vem cada vez mais sendo reconhecida como um esforço coletivo, que pode incluir diversas categorias profissionais quando apropriadamente treinadas (Devries, Willett, & Bonow, 2019; DiMaria-Ghalili et al., 2014).

Uma das propostas para qualificação da força de trabalho em nutrição, especialmente em países de baixa e média renda onde a mão de obra especializada é escassa ou onde há necessidade de priorizar a contratação de médicos ou enfermeiros, orienta a utilização de diferentes categorias de trabalhadores, e reforça a necessidade de treinamento deles. Nesses casos, a força de trabalho em nutrição é pensada em um modelo piramidal, onde a base consiste em trabalhadores comunitários de saúde que fornecem serviços à população, por exemplo, de monitoramento e promoção do crescimento infantil; e rumo ao topo da pirâmide nutricionistas com diferentes níveis de treinamento universitário e funções, incluindo as funções privativas do profissional (Delisle et al., 2017).

No Brasil, a contribuição de profissionais de diferentes núcleos de saberes para a produção do cuidado nutricional está prevista no processo de trabalho das equipes

multiprofissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família - NASF. Criados em 2008, os NASFs podem ser compostos por diferentes categorias profissionais de nível superior, a depender das necessidades locais, e atuam de forma integrada com as mínimas. Os NASFs têm por finalidade contribuir para aumentar a capacidade de análise e resolução dos problemas de saúde da população atendida, incluindo, portanto, também questões ligadas a alimentação e nutrição (Brasil, 2009b, 2014b).

Exercendo papel de indutor e qualificador do cuidado, o nutricionista, como membro da equipe, deve compartilhar com os profissionais das equipes mínimas e do próprio NASF seus saberes, práticas e responsabilidades para desta forma fortalecer um campo comum de conhecimentos acerca da alimentação e nutrição (Brasil, 2017).

Experiências de cuidado nutricional com equipes de atenção primária também são encontradas em outros países, com formatos diferenciados a depender do modelo de atenção primária adotado (De Oliveira & Campos, 2015). No Canadá por exemplo, na província de Ontário, um estudo sobre as práticas de avaliação dietética de membros de equipes interprofissionais de saúde da família, encontrou que 65% dos profissionais realizavam alguma forma de avaliação dietética todos os dias ou em quase todos os dias, utilizando métodos diversos para avaliação, desde “algumas perguntas” até o uso de recordatórios 24h, questionários de frequência, etc. Os autores sugerem inclusive a necessidade de desenvolvimento de ferramentas de avaliação dietética específicas para o contexto da atenção primária onde diferentes profissionais estão envolvidos no cuidado profissional (Bonilla et al., 2016).

Tais exemplos demonstram que, para além do nutricionista, outros profissionais podem se envolver na agenda de alimentação e nutrição, reconhecendo-se a existência de

ações no cuidado nutricional que são privativas ao exercício profissional do nutricionista e outras, especialmente aquelas relacionadas à promoção da saúde e a prevenção de doenças, que são de responsabilidade do conjunto de profissionais de saúde (Brasil, 2009b; Kris-Etherton et al., 2015).

A adoção de abordagens baseadas em equipes multidisciplinares como possibilidade para a combinação diversificada de habilidades e escopos de atuação profissional é capaz de responder a uma ampla gama de necessidades da população e da comunidade (Dussault, Kavar, Castro Lopes, & Campbell, 2018).

Todavia, ainda que reconhecido o potencial impacto das recomendações feitas pelos trabalhadores de saúde para as mudanças de comportamento dos usuários, muito pouco é incorporado em sua prática seja pela dificuldade em gerenciar o tempo das consultas que competem com uma demanda crescente para o manejo das doenças; as possíveis dificuldades para implementar mudanças no próprio comportamento alimentar e transpor isso ao usuário, a falta de coordenação do trabalho entre os profissionais de modo a haver discordância entre seus papéis, ou a ausência de reembolso por atividades desse tipo (Kris-Etherton et al., 2015; Levy et al., 2011; K. S. Oliveira, Silva, & Souza, 2014; Wynn, Trudeau, Tauton, Gowans, & Scott, 2010).

Acrescenta-se a isso o insuficiente preparo desses trabalhadores para abordar questões em torno da orientação e educação nutricional³ seja durante sua formação profissional, seja em serviço (Kahan & Manson, 2017; Shrimpton & Blaney, 2018) e, ao mesmo tempo, as dificuldades oriundas da predominância, ao longo do tempo, de um

³ Os estudos indicados utilizam a expressão “educação nutricional” em referência a formação profissional de médicos e outras categorias da área da saúde em nutrição.

paradigma com enfoque biomédico, nutriente-centrado, para o qual outros conhecimentos e abordagens da alimentação permaneciam à margem (Kraemer, Prado, Ferreira, & Carvalho, 2014).

O Guia Alimentar para a população brasileira (GAB), lançado em 2014 e desenvolvido a partir da realidade alimentar nacional, foi pioneiro no uso de recomendações que levam em conta nutrientes, alimentos, combinações de alimentos, preparações culinárias e as dimensões culturais e sociais das práticas alimentares, em uma visão compreensiva da alimentação e sua relação com a saúde, o bem-estar e a sustentabilidade.

Em sendo ferramentas para educação em saúde dos usuários, guias alimentares são uma importante referência para a promoção da alimentação saudável e suas recomendações devem ser utilizados como parte do cuidado nutricional. Assume-se que sua utilização nos serviços de saúde deva ser aprimorada inclusive com o uso de estratégias de qualificação que além de ampliar o alcance das recomendações oficiais são importantes enquanto etapa de implementação dos guias (Fischer & Garnett, 2016; World Health Organization, 1998).

A expansão contínua de iniciativas para incorporar os cuidados nutricionais nos papéis dos profissionais de saúde tem sido vista como uma tendência (Hodge, 2020). Espera-se portanto que a qualificação da força de trabalho em alimentação e nutrição ocorra de forma a integrar os diferentes trabalhadores da saúde considerando a evolução dos conhecimentos na área (e entre áreas), contribuindo assim para melhoria na qualidade do cuidado prestado (Shrimpton & Blaney, 2018).

2. OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Analisar as experiências de qualificação da força de trabalho em promoção da Alimentação Saudável na Atenção Primária e suas influências na produção do cuidado em Nutrição.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Mapear as experiências de qualificação da força de trabalho em alimentação saudável na Atenção Primária
- Compreender como uma experiência local de qualificação da força de trabalho baseada no Guia Alimentar para a população brasileira influencia a produção do cuidado em nutrição de equipes multiprofissionais de atenção primária.

3. ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

3.1 ESTUDO DE REVISÃO

A temática da educação em nutrição no âmbito da formação acadêmica, treinamento e educação continuada de profissionais de saúde tem recebido destaque nos anos recentes. Alguns estudos tem acrescentado informações úteis a temática como a síntese realista conduzida por Mogre et al. (2016) que elabora um modelo conceitual sobre as características de intervenções que contribuíram para melhoria de competências no cuidado nutricional (incluídos residentes e estudantes de graduação), outros exploraram a oferta de programas de educação continuada em nutrição disponível aos profissionais em áreas específicas como das doenças cardiovasculares ou em ocupações específicas (Johnston, Mathews, Aspry, Aggarwal, & Gianos, 2019; Mitchell, Lucas, Charlton, & McMahon, 2018). Ainda assim, estudos que se ocupam de investigar qualificação dos trabalhadores da saúde no campo da promoção da alimentação saudável permanecem inexplorados. Até o presente momento, não se encontrou nenhum outro trabalho executado com esse propósito.

Nesse sentido, identificou-se a revisão de escopo como o formato capaz de preencher tal lacuna na literatura, uma vez que são uma forma de síntese do conhecimento que “visa mapear a literatura sobre um tópico específico ou área de pesquisa e oferecem uma oportunidade para identificar conceitos-chave, lacunas na pesquisa, e tipos de evidência para informar práticas, e formular políticas e pesquisas” (Daudt, van Mossel, & Scott). Considerando o objetivo a que se pretendem, as revisões de escopo apresentam perguntas de pesquisa mais amplas, o que implica inclusão de diferentes tipos de evidência e desenhos de

estudo para obtenção dos dados, embora essa não seja uma obrigatoriedade no desenho da revisão, e seguem procedimentos rigorosos e transparentes em todas as etapas de sua condução (The Joanna Briggs Institute, 2014).

O presente estudo adotou o referencial de Arksey and O'Malley (2005) no estabelecimento das etapas desenvolvidas durante a revisão, sendo elas: 1) identificação da pergunta de pesquisa, 2) identificação de estudos relevantes, 3) seleção dos estudos, 4) tabulação dos dados, 5) conferência, resumo e relato dos resultados.

3.1.1 Pergunta de pesquisa

Seguiu-se o mnemônico “PCC” proposto pelo Instituto Joanna Briggs (The Joanna Briggs Institute, 2015) ao qual faz referência a definição de três elementos centrais (população, conceito, contexto), para construção da pergunta de pesquisa: como a abordagem da alimentação saudável é conduzida em treinamentos em serviço ofertados para trabalhadores da saúde da atenção primária.

(P) População: trabalhadores de saúde da atenção primária

(C) Conceito: alimentação saudável

(C) Contexto: treinamentos em serviço

3.1.2 ESTRATÉGIA DE BUSCA

A estratégia de busca seguiu os passos recomendados pelo Instituto Joanna Briggs (Peters et al., 2015) e foi interativamente desenvolvida pela pesquisadora principal (TMM) em colaboração de uma bibliotecária consultora da área da saúde (ZP) e revisada por outros dois pesquisadores (PCJ e DO). A etapa inicial na elaboração da estratégia de busca foi feita

a partir de uma busca inicial na MEDLINE e LILACS de artigos considerados relevantes para o estudo e de consulta e conferência das referências bibliográficas ao final desses artigos. Esse conjunto de artigos compôs o que chamamos de “*seed articles*”. Em seguida, fez-se uma listagem das palavras-chave e termos indexados relacionados à temática do estudo encontrados, dispostos em três elementos centrais da pergunta de pesquisa: treinamento em serviço, alimentação saudável e atenção primária à saúde.

A versão final da busca foi elaborada primeiramente utilizando-se dos termos de busca e palavras chave disponibilizados pela base de dados MEDLINE e depois traduzida para as subsequentes bases. O quadro 1 apresenta a estratégia de busca utilizada na base de dados MEDLINE. Por fim, uma segunda busca foi efetuada em todas as bases de dados selecionadas para o estudo em julho de 2019 (CINAHL, EMBASE, ERIC, LILACS MEDLINE) utilizando-se das plataformas Ovid e Portal BVS. O apêndice 1 ilustra as versões finais de busca nas demais bases de dados. Tais bases foram selecionadas por possibilitarem uma abrangente fonte de literatura da área da saúde, incluindo acesso a produção também na educação. Os resultados de cada base de dados foram exportados para o gerenciador de referências EndNoteTM (versão X8.2) onde os resumos em duplicata foram identificados e excluídos.

Quadro 1 – Estratégia de busca para base de dados MEDLINE

#	BUSCAS
1	("healthy diet" or "healthy eating").mp. or Healthy Diet/
2	((food* or feeding* or diet* or nutri*) adj5 (guid* or counsel* or literac* or knowledg* or competenc* or practic* or attitude* or promotion*)).tw,kf.
3	Diet/ or Dietetics/
4	"nutrition education".mp.

(cont.) Quadro 1 – Estratégia de busca para base de dados MEDLINE

#	BUSCAS
5	exp Nutrition Policy/
6	exp Nutritional Sciences/
7	exp Nutritional Requirements/
8	Nutrition Assessment/
9	Nutritional Physiological Phenomena/
10	Nutrition Disorders/
11	Nutritional Status/
12	Feeding Behavior/
13	(nutri* or eat* or food* or feed or feeding or diet*).mp.
14	Counseling/
15	Directive Counseling/
16	Health Literacy/
17	exp Health Promotion/
18	Health Knowledge, Attitudes, Practice/
19	14 or 15 or 16 or 17 or 18
20	19 and 13
21	1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 20
22	Staff Development/
23	exp Inservice Training/
24	Capacity Building/
25	exp Education, Continuing/
26	(program* or workshop* or seminar* or lectur* or course* or training).mp.
27	((professional* or staff*) adj2 development).mp.
28	((continuing or "post basic" or "post registration" or "post-basic" or "post-registration") adj2 "education").mp.
29	22 or 23 or 24 or 25 or 26 or 27 or 28
30	21 and 29
31	"primary care".mp. or exp Primary Health Care/

(cont.) Quadro 1 – Estratégia de busca para base de dados MEDLINE

#	BUSCAS
32	("family practi*" or "family physician*" or "family doctor*" or "general practi*" or "community practitioner*" or "community health worker*" or (primary adj2 (care or health*) adj2 (professional* or personnel or nurse*))).mp.
33	allied health personnel/ or community health aides/ or health educators/ or physicians, family/
34	31 or 32 or 33
35	30 and 34

Legenda: (#) indica o número da estratégia de busca na sequência em que foi lançada na base de dados

3.1.3 Critérios de elegibilidade

População do estudo: estudos que incluíssem qualquer profissional de saúde atuante em serviços de atenção primária, independente do grau de escolaridade, desde que fossem o público alvo da intervenção. Considerando os diferentes formatos na organização dos sistemas de saúde, optou-se pela inclusão dos estudos com “trabalhadores comunitários de saúde⁴” desde que fosse explicitado existência de vínculo com um serviço de saúde de atenção primária. Dessa forma, a concepção de atenção primária adotada aqui refere-se a intervenções realizadas no primeiro ponto de contato do usuário ao sistema de saúde, incluindo também, centros comunitários de saúde.

Conceito: considerando que uma alimentação saudável varia em função de características individuais (por exemplo, idade, sexo, estilo de vida e grau de atividade física), contexto cultural, alimentos disponíveis localmente e costumes alimentares, ainda que os

4 A Organização Mundial da Saúde considera como trabalhadores comunitários de saúde qualquer trabalhador de saúde que realize funções relacionadas a oferta de cuidados em saúde, sem formação formal, mas que tenha sido treinado em um contexto de intervenção. Todavia, o termo “agente comunitário de saúde” pode fazer referência a diferentes tipologias de trabalhadores (voluntários, assalariados, leigos ou profissionais de saúde) com diferentes níveis de treinamento, competências, escopo de prática e integração nos sistemas de saúde variam muito (World Health Organization, 2015)

princípios básicos do que constitui uma dieta saudável permaneçam os mesmos (World Health Organization, 2018), a proposta do presente estudo foi considerar as abordagens sobre alimentação saudável de acordo com a perspectiva dos estudos incluídos na revisão. Também deu-se atenção aos estudos que utilizaram Guias alimentares nacionais entendidos como ferramentas produzidas para promoção da alimentação saudável (World Health Organization, 1998).

Em função das especificidades de sua abordagem, não foram considerados estudos cujo conteúdo fosse direcionado exclusivamente a treinamentos sobre aleitamento materno, assim como estudos que abordassem tratamentos dietéticos ou dietoterápicos como no caso de estudos sobre suplementação de micronutrientes e necessidades alimentares especiais.

Contexto: por treinamento em serviço considerou-se os estudos que abordavam programas ou intervenções com um componente de qualificação dos profissionais de saúde, desenvolvidos dentro ou fora dos espaços de trabalho, desde que explicitamente dirigidos para o contexto do serviço. Não foram consideradas experiências desenvolvidas como parte de atividades curriculares formais (graduação e pós-graduação, residências).

Tipos de fontes: Não houve limitação quanto ao desenho dos estudos, desde que considerados estudos originais. Trabalhos da literatura cinza não foram considerados. A busca se limitou aos idiomas inglês, espanhol e português, e ao período de janeiro de 1998 a julho de 2019. Considerando guias alimentares nacionais como documentos ímpares para a promoção da alimentação saudável e a atenção primária como locus prioritário para promoção da saúde, a decisão pela referida data inicial refere-se à publicação do documento *“Preparation and use of food based dietary guidelines”* (World Health Organization, 1998) que exorta os países a desenvolverem e implementarem Guias Alimentares baseados em

alimentos, assumindo, portanto, a possibilidade de oferta de treinamento em serviço para profissionais da atenção primária desde o ano de sua publicação.

3.1.4 Seleção dos estudos

A triagem dos artigos ocorreu em duas etapas, desenvolvida simultaneamente por dois revisores. Antes de iniciar o processo os revisores realizaram um treinamento em amostra de 10% dos resumos para alinhamento da conduta, esclarecimentos de dúvidas e discussão dos critérios de elegibilidade, de modo a comparar resultados da triagem entre si. A primeira triagem foi aplicada em todos resultados encontrados e selecionou, a partir da leitura do título e do resumo simultaneamente, aqueles que atenderam os critérios desejados e que seguiram para a segunda triagem. Esta consistiu na revisão dos textos completos e aplicação dos critérios de elegibilidade. Os casos em que foi impossível alcançar concordância entre os revisores, um terceiro revisor foi consultado.

Para o processo de triagem utilizou-se o aplicativo gratuito RAYYAN (Ouzzani, Hammady, Fedorowicz, & Elmagarmid, 2016). Não houve avaliação da qualidade metodológica dos estudos selecionados, sendo essa uma característica diferenciadora dos estudos de revisão de escopo.

3.1.5 Extração dos dados

A etapa de extração dos dados foi realizada pelos mesmos dois revisores de forma independente. Uma amostra de 10% dos resultados também foi testada para alinhamento dos revisores. Um formulário com orientações sobre a etapa de extração e uma tabela de extração foram elaborados.

Para construção da tabela de extração foram levadas em consideração as informações de interesse em cada um dos elementos centrais da revisão (população, conceito, contexto) de modo a extrair dados considerados importantes para responder o objetivo da revisão (profissionais envolvidos, conteúdo do treinamento, estratégias utilizadas, material educativo disponibilizado, etc), informações adicionais consideradas relevantes, assim como dados de identificação (título, ano, autores, país de origem, desenho do estudo) da publicação (ver apêndice 2). A extração foi conduzida utilizando-se o software Excel® (version 365).

3.2 ESTUDO QUALITATIVO

3.2.1. Contexto do estudo

O presente estudo está vinculado a um projeto maior, de delineamento de uma intervenção educativa para implementação do Guia Alimentar para a População Brasileira no âmbito da atenção primária⁵. A intervenção educativa foi desenvolvida em formato de oficina e aplicada junto a equipes multiprofissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB)⁶.

A oficina foi desenvolvida por pesquisadores do Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde (NUPENS) da Universidade de São Paulo, por especialistas em Guias Alimentares e profissionais de saúde com experiência em educação

⁵ Para fins didáticos, dividido em 3 etapas, o apêndice 3 traz a visão geral do projeto maior (etapa 1 – delineamento da intervenção educativa; etapa 2 – estudo quantitativo, sob a forma de ensaio comunitário controlado e etapa 3 – estudo qualitativo).

⁶ Criado pela portaria n. 154/2008 o NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família teve seu nome alterado para Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) com a publicação da portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017, na então nova proposta da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

na AP. O desenvolvimento e validação do protocolo da oficina consistiu de três etapas: (a) desenvolvimento do protocolo, em que o próprio GAB, a Metodologia Crítico Reflexiva de Paulo Freire (Freire, 2005) e as premissas da Prática Colaborativa Interprofissional (World Health Organization, 2010) foram estabelecidos como referencial teórico; (b) oficina piloto, aplicação do protocolo junto a equipes NASF-AB em outro município de modo a alinhar e aprimorar proposta e (c) validação de conteúdo por meio de painel de especialistas.

O formato final da oficina consistiu em 23 atividades, distribuídas em 4 módulos, desenvolvidas em 16 horas. As atividades foram organizadas em três eixos: (a) estratégias organizacionais, b) compreensão do Guia Alimentar e (c) implementação do Guia Alimentar visando, respectivamente, estabelecer as regras e expectativas dos participantes durante a oficina, explorar os principais conceitos introduzidos pelo GAB e contextualizar suas recomendações na prática profissional e como ferramenta para a promoção de uma alimentação saudável.

Todos os profissionais vinculados ao NASF do município em que o presente estudo se desenvolveu foram convidados a participar da oficina educativa de implementação do Guia Alimentar para população brasileira, sendo esta aplicada durante o horário de trabalho, e em dois momentos distintos, esta última para atender as exigências quanto ao desenho de um ensaio comunitário controlado.

Apesar da oficina ter sido um elemento chave do qual o presente estudo deriva, foram trabalhados na tese as experiências após a oficina, ou seja, a produção do cuidado em nutrição posterior a experiência de qualificação. Informações detalhadas sobre o conteúdo,

desenvolvimento e validação da oficina poderão ser encontradas em publicação de Jaime, Tramontt, Maia, Gabe, and Reis (2018).

3.2.2. Cenário do estudo

Jundiaí é um município de médio porte brasileiro localizado no estado de São Paulo, com população estimada de 370.126 habitantes, IDHM (índice de desenvolvimento humano municipal) de 0,822, ocupando a 11 posição no ranking dos municípios brasileiros em 2010. Possui esgotamento adequado em 96,6% do seu território, a mortalidade infantil é de 10,55 por mil nascidos vivos, e internações por diarreia de 0,2/por mil habitantes (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2019). O município foi escolhido para receber o projeto de pesquisa em função de interesse da gestão municipal, facilidade de deslocamento dos pesquisadores e por contar com equipes NASF-AB multiprofissionais instaladas.

A época da realização do estudo, a atenção à saúde no município se organizava a partir de quatro Regionais de Saúde. O município contava com 4 equipes NASF-AB, cada qual responsável por atender uma das regionais de saúde. A gestão dos NASF era realizada pela Coordenação da Atenção Básica. A cobertura⁷ de Atenção Básica no período era de 68 %, e de Estratégia Saúde da Família (ESF) de 12 %, e um total de 37 Unidades Básicas de Saúde (UBS).

⁷ Parâmetro de cobertura utilizado na Política Nacional de Atenção Básica/PNAB, Índice de desempenho do SUS/ IDSUS e do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde/COAP, que consideram população de 3.000/hab./equipe, sendo que para equipes organizadas de outras formas, considera-se a carga horária médica na Atenção Básica de 60h/semanais para 3.000 hab (dados obtidos junto ao município).

As equipes NASF-AB eram referência de unidades de saúde tradicionais e de Estratégia Saúde da Família (ESF) ou unidades com Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). As equipes eram originalmente compostas pelas mesmas categorias profissionais, sendo elas: nutricionista, educador físico, psicólogo, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta e assistente social, com pelo menos um profissional de cada categoria, a exceção de duas equipes que possuíam dois assistentes sociais e dois educadores físicos.

O processo de trabalho organizava-se por meio de reuniões quinzenais de equipes dos NASF-AB, e reuniões mensais entre todas as equipes visando alinhar as ações, e evitar a fragmentação entre as equipes, respeitando-se as características e necessidades territoriais.

3.2.3. Referencial teórico

Para fundamentar a compreensão do objeto de estudo – a influência do Guia Alimentar no processo do cuidado em nutrição – este foi assumido como ferramenta de produção de cuidado interdisciplinar e interprofissional.

O Guia Alimentar para a População Brasileira, lançado em novembro de 2014, constitui-se como estratégia para implementação de uma das diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN): a promoção da alimentação adequada e saudável (PAAS), que abrange um conjunto de estratégias que objetivam proporcionar aos indivíduos e coletividades a realização de práticas alimentares apropriadas. A PAAS é considerada prioridade na Política Nacional de Promoção da Saúde devendo ser desenvolvida por gestores e profissionais do Sistema Único de Saúde - SUS (Brasil, 2013, 2015)

Organizado em cinco capítulos, o guia supera as limitações de guias alimentares tradicionais, nutrientes centrados, ao dispor em seu conteúdo:

- i) Recomendações gerais sobre a escolha de alimentos utilizando critérios de classificação de alimentos segundo propósito e extensão do seu processamento, agrupando-os em “alimentos in natura e minimamente processados”, “ingredientes culinários”, “alimentos processados” e “ultraprocessados”.
- ii) Orientações para a combinação de alimentos na forma de refeições com predomínio de “alimentos in natura ou minimamente processados” e de preparações culinárias feitas com esses alimentos e de acordo com padrões de consumo alimentar comumente consumidos pelo brasileiro.
- iii) Orientações sobre o ato de comer e a comensalidade e as circunstâncias que influenciam o aproveitamento dos alimentos e o prazer proporcionado pela alimentação como tempo e foco, espaço e companhia.
- iv) Recomendações para a superação de obstáculos para uma alimentação saudável nos diversos planos das atividades humanas – pessoal, familiar e do exercício da cidadania.

Ao reconhecer em seus princípios que “a alimentação é mais que ingestão de nutrientes” e que “diferentes saberes geram o conhecimento para a formulação de guias alimentares”, o Guia Alimentar reconhece os aspectos da dimensão sociocultural da alimentação a exemplo do estímulo as práticas culinárias, ao consumo de alimentos e preparações tradicionais brasileiras e ao papel importante da comensalidade (Oliveira e Amparo-Santos, 2018).

Uma das inovações do Guia, por exemplo, a inclusão da classificação de alimentos segundo propósito e extensão do seu processamento que fornece orientações sobre o processamento e seu impacto no perfil nutricional do alimento, traduz princípios da epidemiologia nutricional e da ciência dos alimentos para uma escolha consciente ao compor refeições e alinhada ao princípio de que “recomendações sobre alimentação devem estar em sintonia com seu tempo”.

Também, dentro da perspectiva da promoção da saúde, uma quarta diretriz do Guia situa a alimentação saudável enquanto parte de um sistema alimentar que deve levar em conta a justiça social e a integridade do meio ambiente e aponta as consequências danosas do impacto da produção dos produtos ultraprocessados e, por conseguinte, do consumo de tais alimentos nessas duas esferas do sistema (Brasil, 2014a).

Por último, em consonância ao princípio de que “guias alimentares ampliam a autonomia nas escolhas alimentares” (p.21) o Guia reconhece fatores que podem ser obstáculos para a adesão das pessoas às suas recomendações e propõe estratégias para sua superação combinando ações no plano pessoal, familiar e no plano do exercício da cidadania, em direção a proposta de empoderamento presente na promoção da saúde (Brasil, 2014a)

O guia é, portanto, instrumento para apoiar e incentivar a promoção da saúde por meio de práticas alimentares saudáveis no âmbito individual e coletivo. Também deve ser usado para subsidiar a construção de políticas, programas e ações que visem a incentivar, apoiar, proteger e promover a saúde e a segurança alimentar e nutricional da população e a prevenção de doenças (Brasil, 2014a).

No que se refere a organização dos serviços de saúde, a atenção primária é considerada espaço privilegiado para o desenvolvimento de ações de promoção da

alimentação adequada e saudável a qual, desde 2008, tem sido fortalecida com a presença do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Brasil, 2009a). As equipes do NASF-AB foram criadas para apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família (ESF) na rede de serviços e ampliar a abrangência e resolutividade da Atenção Básica. Os NASF-AB são compostos por equipes de diferentes formações em saúde e trabalham de forma integrada às equipes da AP a partir das demandas identificadas conjuntamente (Brasil, 2014b).

Em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica, o processo de trabalho do NASF-AB baseia-se: i) no trabalho em equipe como potencial produtor de ações mais abrangentes que aquelas encontradas em trabalhos segmentados ou uniprofissionais, ii) no cuidado longitudinal sob responsabilidade da equipe referência e com co-responsabilidade da equipe de apoio ao mesmo tempo em que cria possibilidades a uma ampliação do trabalho clínico, sanitário e da gestão do cuidado no território adscrito, iii) na integralidade que exige, cada vez mais, alta capacidade de análise e intervenção por parte das equipes para lidar com as demandas e as necessidades de saúde dos usuários e, por fim, iv) na autonomia dos indivíduos e coletivos fruto tanto de ações técnicas quanto da produção de relações de acolhimento, vínculo e responsabilização (Brasil, 2014b).

Seu trabalho orienta-se pela lógica do apoio matricial e equipe de referência. A equipe de referência – a equipe de Saúde da Família - é aquela que tem responsabilidade longitudinal pelo cuidado de uma população em determinado território, enquanto o NASF – o apoio matricial - é composto por especialistas que podem agregar recursos do saber e contribuir com intervenções que aumentem a capacidade de resolver problemas de saúde da equipe primariamente responsável pelo caso, seja ele individual, familiar ou comunitário (Brasil, 2009a; Campos & Domitti, 2007)

Nesse sentido, operam com os conceitos de núcleo e campo: núcleo como uma aglutinação de conhecimentos que demarca a identidade de uma área de saber e de prática profissional; e o campo, como um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscariam, em outras, apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas (Campos, 2000).

Assim a inclusão da lógica de trabalho do NASF-AB na AP amplia o repertório de possibilidades para a inclusão de práticas promotoras da saúde nos territórios atendidos, dentre as quais a ampliação da promoção da alimentação adequada e saudável - uma das vertentes da promoção da saúde no SUS - assumindo que cada profissional contribuirá com sua perspectiva em núcleo – no desenvolvimento de atribuições específicas de sua área - e, em campo, no desenvolvimento de uma clínica ampliada, como possibilidade de uma construção de uma prática colaborativa e interdisciplinar.

3.2.4. Referencial metodológico - Estudo de Caso Qualitativo

O material apresentado na presente tese busca respostas à pergunta de pesquisa: *“Como o paradigma do Guia Alimentar brasileiro influencia a produção do cuidado em nutrição de equipes multiprofissionais da Atenção básica ”*. Essa pergunta por sua vez só poderia ser respondida através da abordagem qualitativa ao qual permite compreender como as pessoas interpretam suas experiências, como constroem seu mundo e qual significado atribuem a suas experiências (Merriam, 2009).

Considerando a pergunta desta investigação o presente estudo seguirá a orientação epistemológica construtivista, assumindo-se que “o conhecimento sobre a realidade depende

das práticas humanas e é construído por meio da interação entre as pessoas e o mundo no qual vivemos, sendo transmitido em um contexto social” (Saccol, 2009, p.268).

Optou-se pela realização de um estudo de caso qualitativo considerando a condução de uma investigação de um fenômeno contemporâneo, em contexto real - influência do GAB na produção do cuidado em nutrição - e o cenário único na qual o estudo foi realizado – equipes multiprofissionais de AP de um município paulista que participaram de uma experiência de qualificação sobre o GAB.

Segundo Creswell (2007) o estudo de caso é uma abordagem qualitativa na qual o pesquisador explora um sistema fechado, o caso, ou múltiplos sistemas ao longo do tempo, através de uma coleta de dados detalhada e em profundidade envolvendo múltiplas fontes de informação. É um tipo de estudo que responde a perguntas do tipo “como” e “por que” e são também utilizados quando se tem pouco ou nenhum controle sobre o contexto (Yin, 2001)

O conceito de sistema fechado “bounded system” de Merriam (2009) foi utilizado para a definição do que seria o caso. De acordo com a autora, um sistema fechado é identificado como sendo um objeto único, uma unidade em torno da qual existam limites bem específicos. Essa especificidade ajuda inclusive a avaliar os limites do objeto a ser estudado quando, por exemplo, o número limitado de pessoas envolvidas ou que poderão ser entrevistadas em razão de terem vivenciado um processo ou evento específico é compartilhado por um grupo finito de pessoas e, em oposição, o que seria uma infinidade da coleta de dados quando se investiga eventos ou processos vivenciados por uma infinidade de pessoas. Assim, o evento/caso deve ser escolhido porque é um exemplo de algum processo,

questão ou preocupação específica do investigador, neste caso, os profissionais de saúde que compõem as equipes do NASF-AB e que participaram da oficina sobre o guia alimentar.

Optou-se pela realização do estudo de caso único, seguindo a proposta de classificação de Yin (2001). Adotou-se essa perspectiva assumindo que: todas as equipes NASF participaram da oficina, as equipes NASF pertencem a um mesmo município, e são organizadas de forma semelhante (respeitando-se e reconhecendo-se as especificidades dos territórios e dinâmicas dentro de cada equipe), fatos esses que unificaram os diferentes grupos em um caso único.

3.2.5. Produção de dados

Um dos aspectos diferenciadores dos estudos de caso é a possibilidade de utilizar múltiplos métodos e fontes de evidência com objetivo de assegurar a abrangência dos achados e fortalecer sua validade (Kenn, 2009; Yin, 2001). No presente estudo utilizou-se para coletas de dados entrevistas semi-estruturadas, anotações de campo de observação direta e dados demográficos e profissionais para caracterização dos entrevistados, os últimos obtidos junto ao banco de dados pré-existentes do estudo de intervenção.

O roteiro da entrevista foi testado com três profissionais da atenção primária que haviam participado da oficina piloto sobre o Guia Alimentar ofertada como parte do desenvolvimento e validação do protocolo da intervenção, como descrito anteriormente. Foram retirados do roteiro piloto perguntas sobre a impressão da oficina uma vez que não se pretendia conduzir uma avaliação da atividade em si.

A versão final do roteiro de entrevista continha perguntas sobre o processo de trabalho do NASF; as ações de alimentação e nutrição desenvolvidas; e a experiência com o

Guia alimentar após a participação dos entrevistados na oficina (apêndice 4). As entrevistas duraram entre 34 min a 1h38min.

O uso de questões semi-estruturadas permitiu que a pesquisadora trabalhasse as questões pré-determinadas em tom de uma conversa livre, introduzir *probes* e novas perguntas mantendo o foco na temática pré-determinada (Patton, 2002; Yin, 2009).

Os critérios de inclusão utilizados para determinar a elegibilidade para a participação no estudo especificaram que os participantes deveriam: ter participado da oficina do Guia Alimentar e ser membro da equipe NASF na data da coleta de dados. Um profissional não atendeu os critérios de elegibilidade (participação na oficina) e um membro elegível estava de licença e não participou do estudo. Não houve recusas. Por conveniência e para facilitar a participação na pesquisa as entrevistas foram realizadas nos centros de saúde e nos horários estipulados pelos entrevistados. O tempo entre a participação no treinamento de implementação do Guia Alimentar e a realização das entrevistas foi diferente entre as equipes, uma metade participou da entrevista após 9 meses da participação na oficina e a outra após 4, em função do desenho do estudo, como ilustrado no apêndice 2.

As atividades de observação aconteceram em paralelo às entrevistas. As atividades de observação foram iniciadas uma semana antes do início das entrevistas de modo a favorecer a familiarização com a dinâmica do trabalho das equipes e construir um vínculo entre pesquisador e participantes. Cada equipe foi acompanhada por duas a três semanas, durante 2 ou 3 dias, consecutivos ou não, período ao qual em paralelo também eram conduzidas as entrevistas, de preferência na mesma equipe em que aconteciam as observações. Considerando que o nutricionista é o profissional mais voltado para o desenvolvimento das atividades direcionadas a alimentação, optou-se por seguir a agenda do

nutricionista. Foi importante delimitar qual agenda profissional seguir uma vez que as equipes não possuem espaço físico próprio e se dividem entre diferentes unidades em um mesmo dia. Neste contexto, as atividades de observação seguiam as unidades em que o nutricionista estava trabalhando, sendo registradas atividades desenvolvidas pelas equipes com ou sem a presença do nutricionista. Deu-se preferência a realização de observação durante o período da manhã uma vez que a maioria dos profissionais trabalhavam 6h por dia, concentrando suas atividades no período da manhã.

Durante a observação foram feitas anotações em formulário próprio. As anotações eram livres, preenchendo um cabeçalho inicial com informações sobre as atividades (data, hora de início e fim da observação, nome da atividade, profissionais NASF participantes, outros profissionais, local, número de participantes), ao longo de uma descrição sobre o ambiente em que a atividade era desenvolvida, recursos utilizados e sobre o desenvolvimento das atividades dando atenção ao conteúdo sobre alimentação. Tópicos foram utilizados para orientar o observador no momento das anotações (Apêndice 5).

Em vários momentos da observação a pesquisadora optou por adotar uma postura menos passiva, quase de observador-participante (Yin, 2009), participando das atividades no papel de usuária, de modo a favorecer maior proximidade com os usuários do serviço. Em outros momentos essa postura foi adotada junto a equipe NASF, assumindo um papel de membro da equipe, contribuindo em atividades como organização do espaço, dos materiais ou mesmo partilhando o momento das refeições com a equipe. Essas ocasiões eram também utilizadas para dar esclarecimentos sobre a pesquisa e tirar dúvidas.

3.2.6. Análise dos dados

As entrevistas compuseram o material central para análise do presente estudo sendo seus resultados complementados com os dados da observação. Os dados foram analisados por temas (análise temática). De acordo com Braun and Clarke (2006) a análise temática é um método para identificar, analisar e reportar padrões (temas) dentro dos dados, Minimamente organizando e descrevendo o conjunto de dados com riqueza de detalhes.

As entrevistas foram transcritas na íntegra por uma segunda pessoa e revisadas pela pesquisadora principal (TMM). A revisão foi feita através da escuta atenta e reiterada do material de áudio, comparando a versão transcrita ao áudio e indicando correções quantas vezes necessárias. As formas da linguagem oral foram mantidas nas transcrições e retirados os excessos e vícios de linguagem no presente material para fluência do texto. Para garantia do anonimato, os nomes dos participantes foram alterados e, na apresentação dos resultados estes foram identificados pela categoria profissional ao qual pertencem seguida de numeração para diferenciar os participantes.

A análise temática iniciou-se com a **familiarização com o material** durante a revisão das transcrições e escuta dos áudios e retomada das anotações feitas após as entrevistas ao mesmo tempo em que se anotava as primeiras impressões ao longo da leitura. Tendo em vista a pergunta norteadora do estudo, uma segunda leitura deu início a **geração de *codes* iniciais** em trechos (que foram destacados nos textos) que apresentavam características interessantes percebidas. Realizou-se a criação de *codes* iniciais em uma amostra de 5 entrevistas (1 nutricionista e 4 não-nutricionistas) e deu-se início a criação de um livro de códigos, o *codebook*.

O processo de criação do *códigos* foi indutivo , de acordo com as recomendações de Bernard and Ryan (2010) e incluiu: uma descrição reduzida e outra detalhada de cada *código*, critérios de inclusão e exclusão, exemplos de trechos considerados típicos e atípicos dos *códigos* e uma categoria chamada de “parece, mas não é” que ilustra trechos que se assemelham ao *código* em questão mas sutilmente difere-se dele. Também foram criadas “dicas” para facilitar a identificação dos *codes* nos trechos, incluídas como parte dos critérios de inclusão e exclusão. Novos *códigos* eram incluídos na medida em que a etapa caminhava e ajustes foram feitos, de modo interativo, não rígido, até que todos as entrevistas estivessem codificadas.

Uma segunda codificadora aplicou os códigos em uma amostra de 10% das entrevistas. O conjunto de códigos produzido foi então analisado para identificação de aproximações, de modo a avançar a análise em um nível acima, na **busca por temas** que foi seguida da **revisão dos temas**, excluindo ou renomeando ou reajustando-os. O conjunto de temas foi apresentado ao grupo de pesquisa e refinado em temas e subtemas, **definidos os nomes e selecionados os trechos** que melhor representassem os temas produzidos. Para fins de sigilo na apresentação dos resultados, os trechos selecionados tiveram os nomes dos participantes alterados.

Quanto ao material das observações, foi feita uma leitura do registro das observações e selecionou-se aquelas nas quais o Guia Alimentar brasileiro foi explicitamente utilizado ou referenciado, compondo as observações do Cuidado nutricional baseado no Guia, em um total de 19h14min de observação. As recomendações do Guia adotadas foram categorizadas e lançadas em uma matriz onde eram identificados os profissionais responsáveis, as atividades nas quais o Guia Alimentar brasileiro foi explicitamente utilizado ou referenciado,

nome da atividade, a oferta (livre demanda, encaminhamento) duração da observação, local da atividade, presença de outros profissionais da equipe de referência nas atividades, impressões gerais do observador. Os resultados das observações foram utilizados de forma a contextualizar e complementar os resultados da análise temática.

Uma análise descritiva simples foi feita para características demográficas e profissionais utilizando o software Excel® (version 365).

3.2.7. Considerações éticas

O presente estudo respeitou os preceitos estabelecidos pela Resolução n. 466/2012 que estabelece as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Todos os participantes concordaram voluntariamente em participar deste estudo mediante informação oral sobre características da pesquisa e considerações éticas e, após leitura do TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que foi assinado em duas vias (Apêndice 6).

A realização do projeto foi aprovada pela Secretaria Municipal de Saúde do Município em que o estudo foi conduzido. A aprovação ética do estudo foi obtida no Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos da Faculdade de Saúde Pública / Universidade de São Paulo – Brasil (parecer 2.301.607).

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 ESTUDO DE REVISÃO

A busca nas bases de dados resultou em 4.247 registros os quais, após retirada de duplicados, permaneceram 2.996 registros para a etapa de *screening*. Feito o primeiro *screening* 176 registros seguiram para a segunda etapa, para leitura dos textos completos. Desse total, 14 artigos completos não estavam disponíveis nas bases de dados ou disponíveis gratuitamente no site dos periódicos, sendo excluídos da revisão. Não foi feito contato com os autores dos artigos. Dos 162 registros completos, 141 foram considerados não elegíveis. Ao término da etapa de seleção permaneceram 21 trabalhos (figura 1).

Figura 1 – Fluxograma de seleção dos estudos relevantes

Os estudos foram divididos em 4 eixos, dada a similaridade das temáticas aos quais estavam inseridos, sendo elas: 1) estudos voltados ao desenvolvimento de treinamentos direcionados exclusivamente a promoção da Alimentação Saudável (AS); incluídos aqui estudos com enfoque na promoção de estilos de vida saudáveis; 2) estudos que tratam da alimentação para crianças menores de dois anos, doravante identificado por “Alimentação Infantil (AI)”;

3) estudos voltados a doenças crônicas - diabetes, hipertensão, doenças cardiovasculares e câncer e 4) estudos que abordam o manejo e prevenção da obesidade. O quadro 2 ilustra a distribuição dos estudos segundo temáticas e a identificação (ID) utilizada ao longo do estudo.

Quanto aos profissionais envolvidos houve predominância de enfermeiros (n=16 estudos), médicos (n= 12) , ACS (n=7), técnicos e auxiliares diversos (n=5), assistente social (n= 3), nutricionistas e dentistas (n=2, cada), equipe administrativa (n=4). Outros profissionais também estiveram presentes, dentre: massoterapeuta, educador em saúde, parteiras, gestor do setor saúde, professores e merendeiras, enfermeiras de casa de idosos, profissionais de tecnologia da informação, etc.

Os artigos finais incluídos nesta revisão foram publicados em língua inglesa e portuguesa, entre os anos de 1998 e 2019. Os últimos dez anos concentraram a maior parte dos artigos (n=15, 71%). Quanto ao país de origem, houve predominância de estudos publicados na América Latina, especialmente Brasil, responsável pela publicação de 8 artigos (n=38%), e Austrália, Reino Unido e Estados Unidos da América com 2 artigos cada. Outros países foram África do Sul, Chile, Egito, Nigéria, Paquistão e Tailândia responsáveis por uma publicação, cada. Esse resultado chama a atenção pela predominância de estudos ligados

a publicações brasileiras e ao deslocamento do eixo tradicional de predominância de publicações vindas de países desenvolvidos.

Um olhar mais detalhado para a temática dessas publicações auxilia na discussão sobre a presença forte do Brasil nesse resultado. No eixo “Alimentação Infantil”, quatro das seis publicações foram conduzidas no Brasil, assim como quatro das sete publicações no eixo “Alimentação Saudável”. Esse resultado pode ser explicado de um lado, ao foco da atenção das pesquisas em alimentação e nutrição ao cenário da atenção primária no país, e, também em função do desenvolvimento das políticas de saúde no campo da alimentação e nutrição, desde a publicação da primeira Política Nacional de Alimentação e Nutrição, em 1999. A primeira PNAN estabeleceu a promoção de práticas alimentares saudáveis e o desenvolvimento e capacitação de recursos humanos como parte dos seus princípios, sendo estes mantidos na versão atualizada, publicada em 2011 (Coitinho, Monteiro, & Popkin, 2002; Jaime, Silva, Lima, & Bortolini, 2011).

Os conteúdos de alimentação saudável identificados nos estudos foram trabalhados por eixos seguidos da apresentação de quadros (Quadros 3,4,5 e 6) com outras características de interesse. Foram elas: formato de qualificação empregado (respeitando-se a nomenclatura adotada pelos autores) e público participante (trabalhadores da saúde que participaram das experiências); delineamento do estudo (aqui considerado como uma descrição das etapas dos estudos dando destaque a forma como as experiências de qualificação foram inseridas no contexto geral do estudo); as estratégias educacionais empregadas para entregar o treinamento (entendidas como métodos ou técnicas utilizadas para desenvolver a aprendizagem, neste caso, alcançar os resultados esperados com o treinamento) e os recursos ofertados para dar suporte aos profissionais durante ou após o treinamento (a exemplo dos

materiais didáticos, de consulta, de suporte para conduta com paciente, etc) . Em seguida fez-se uma discussão integrada dos resultados.

Quadro 2 – Distribuição dos estudos segundo eixo temático, número de artigos encontrados, identificação no texto e na referência bibliográfica

Eixos temáticos	Número de artigos	Identificação (ID) no texto	Referência
Alimentação Saudável (AS)	7	AS1	(Wilcox, Parra-Medina, Felton, Poston, & McClain, 2010)
		AS2	(Castro et al., 2007)
		AS3	(Levy et al., 2011)
		AS4	(Frois, Dourado, & Pinho, 2016)
		AS5	(Malta et al., 2016)
		AS6	(Gomes et al., 2019)
		AS7	(Cadman & Findlay, 1998)
Alimentação Infantil (AI)	6	AI1	(Chaffee, Feldens, & Vitolo, 2013)
		AI2	(El-Sayed et al., 2014)
		AI3	(Ferreira, Sangalli, Leffa, Rauber, & Vitolo, 2019)
		AI4	(Sangalli, Leffa, Morais, & Vitolo, 2018)
		AI5	(Vitolo, Louzada, & Rauber, 2014)
		AI6	(Samuel, Olaolorun, & Adeniyi, 2016)
Alimentação Saudável nas doenças crônicas (DC)	5	DC1	(Zeunert et al., 2002)
		DC2	(Bradley & Puoane, 2007)
		DC3	(Keller & Legetic, 2004)
		DC4	(Ghafoor, Riaz, Eichorst, Fawwad, & Basit, 2017)
		DC5	(Sranacharoenpong & Hanning, 2012)
Alimentação Saudável na obesidade (OB)	3	OB1	(Gibbs et al., 2004)
		OB2	(Denney-Wilson, Robinson, Laws, & Harris, 2014)
		OB3	(Bell, Campbell, Francis, & Wiggers, 2014)

EIXO ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL (AS)

Sete estudos compõem o eixo alimentação saudável, que foi o único eixo com presença de treinamento inteiramente no formato de *self-paced learning* ou aprendizagem no

próprio ritmo (AS1), assim como foi o eixo que incluiu o estudo mais antigo da revisão, datado de 1998, no Reino Unido (AS7).

A oferta do curso foi feita em CD-rom (AS1) como resultado de uma pesquisa piloto em que os autores identificaram que os profissionais preferiam cursos flexíveis e realizados em seu próprio tempo. O treinamento em alimentação foi ofertado para dar suporte a aconselhamentos breves (2-4min) e designados a aumentar a prontidão de mudança dos pacientes (grupo de mulheres negras e maiores de 35 anos) usando estágios de mudança e aconselhamento centrado no paciente.

Quanto aos conteúdos empregados, além da abordagem as teorias comportamentais e de aconselhamento e estabelecimento de metas, AS1 apresentou-se com um enfoque em aconselhamento em dieta e atividade física, e trabalhou o consumo de dieta de baixo teor de gorduras, atividade física e nutrição básicas, e recomendações dietéticas baseadas no guia alimentar americano. Apesar do estudo se justificar como uma necessidade de preencher uma lacuna no atendimento de profissionais de saúde a grupos financeiramente em desvantagem, no caso, mulheres negras, o treinamento não aborda outras questões relacionadas a situações de vulnerabilidade dos usuários, inclusive em relação a alimentação.

Outro estudo, AS7, fez a etapa de avaliação do treinamento através do envio postal para os participantes, antes e depois do treinamento, dos questionários de avaliação. O treinamento em si foi ofertado em sessões presenciais nas próprias clínicas de atenção primária. Não foram apresentados detalhamento dos conteúdos nem das estratégias educacionais empregadas, apenas apontando a presença dos tópicos abordados com o treinamento em “alimentação saudável” , sendo eles: aconselhamento dietético, doenças crônicas, nutrição para idosos, menores de 5 anos e vegetarianismo. Como recurso didático

foi citada a utilização de um pacote de treinamento “Alimento para Saúde” entregue em cada unidade de saúde. Não foram detalhadas informações sobre o pacote de treinamento.

Dois estudos optaram pelo formato de oficinas (AS2 e AS4) ambos realizados no Brasil. A proposta de AS2 chama atenção em três aspectos únicos dentre todos os estudos incluídos na revisão: por ofertar o treinamento a diferentes grupos de interesse que incluíram, além dos trabalhadores da saúde, professores e merendeiras da rede pública de ensino e adolescentes; por utilizar a culinária como eixo central do modelo educativo e por realizar o treinamento em instalações que para além de espaços para reuniões contassem com cozinhas.

O modelo apresentado pelas autoras utilizou uma variedade de estratégias educacionais e recursos de suporte aos participantes. Uma vez que alimentação saudável foi abordada sob a ótica da culinária (abordando características sensoriais dos alimentos e utensílios de cozinha, valorizando a apresentação visual dos alimentos, trabalhando a prática culinária coletiva a partir de grupos de alimentos, e a discutindo conceitos sobre a relação “culinária, saúde e prazer”) os materiais ofertados também seguiram essa proposta. Assim, foram distribuídas receitas culinárias e mudas de tempero além de materiais educativos sobre promoção da alimentação saudável específicos para o público participante (setor saúde e educação). Dentre os alimentos ofertados como parte das atividades, alimentos de baixo custo, *in natura* e a introdução de novos ingredientes foi priorizada, evitando-se o uso de alimentos industrializados.

Enquanto isso, a proposta adotada em AS4 foi de desenvolver 4 oficinas, cada qual com uma temática, com objetivo de estimular a reflexão dos participantes, em cada etapa, sobre diferentes aspectos da alimentação e apontando-as como ferramenta para mudança na realidade das práticas profissionais nos territórios em que atuam. O guia alimentar nacional

foi referencial teórico para o desenvolvimento de dinâmica utilizada na primeira oficina ofertada, orientando a discussão sobre o conceito de refeição saudável, inicialmente a partir da perspectiva dos profissionais para depois apresentar o referencial teórico do Guia (AS4) e com suporte de folheto com os “Dez passos” recomendados no documento. Os demais encontros trabalharam avaliação nutricional, rotulagem de alimentos e um encontro motivacional.

Tanto AS2 quanto AS4 utilizaram de atividades com degustação de alimentos com propósito educativo, com a intenção de demonstrar a factibilidade de uma alimentação saudável e como confraternização entre os participantes.

Os estudos AS5 e AS6 partem de um mesmo desenho de intervenção controlada não randomizada ofertada a médicos e enfermeiros de equipes de atenção primária que faziam atendimentos à gestantes de baixo risco. Para o treinamento, foram selecionadas 5 práticas alimentares a serem entregues pelos profissionais às gestantes durante o pré-natal. As recomendações, específicas para gestantes, eram parte de recomendações oficiais nacionais.

Toda a intervenção com os profissionais de saúde teve duração de 8 meses. A proposta de trabalho envolveu um curso introdutório em que as orientações para alimentação (consumo de três frutas; duas porções de vegetais; duas porções de feijão; e restrição de refrigerantes e biscoitos industrializados) e atividade de caminhada de lazer foram trabalhadas, seguidos por 3 oficinas para sistematização das recomendações e procedimentos na rotina. Informações de conteúdo referente ao ganho de peso gestacional (AS5) e estágios de mudança de acordo com modelo transteórico e uso de entrevista motivacional (AS5 e AS6) durante o atendimento a gestante também foram abordados.

O estudo AS3, por sua vez, descreveu resultados de avaliação preliminar de um programa de treinamento em nutrição desenvolvido pelo próprio departamento de saúde do município. O artigo descreve o processo de desenvolvimento de 7 mensagens nutricionais ou “slogans” a serem usados pelos profissionais de saúde em sua prática. As mensagens foram criadas em resposta a um diagnóstico de necessidades conduzido entre os profissionais de saúde. Os autores relatam o uso de estratégias de marketing para facilitar a retenção das mensagens e a confiança dos profissionais para entregá-las. Para cada mensagem era explicado o embasamento científico e a ligação com o slogan – curto e atraente. As mensagens orientavam sobre consumo de frutas e vegetais, doces líquidos/bebidas açucaradas, tamanho das porções, gorduras ruins, grãos integrais e trabalhar com pequenos objetivos na alimentação.

As 7 mensagens-chave formaram o conteúdo das sessões de treinamento ofertadas juntamente com ferramentas educacionais a serem utilizadas com cada mensagem, a exemplo da ferramenta “método do prato *Idaho*”, uma figura ilustrando a proporção de grupos de alimentos (amidos, proteínas e vegetais) em um prato. A figura também informava métodos de cocção dos alimentos no grupo das proteínas, e fornecia ilustrações de alimentos de cada grupo. Além do enfoque no planejamento de refeições, abordando alimentos e nutrientes, os autores justificam a escolha por esse modelo por possibilitar abertura a inclusão de gostos pessoais e de culturas alimentares diferentes. Outros recursos envolveram rótulos de alimentos, embalagens em tamanhos diferenciados e modelos ilustrativos da quantidade de açúcar em refrigerantes.

Quadro 3 - Formato e público participante, delineamento, estratégias e recursos das experiências de qualificação no eixo alimentação saudável

ID	Formato e público-participante	Delineamento	Estratégias	Recursos
AS1	Curso para aprendizagem no próprio ritmo/ <i>self-paced learning</i> / para aconselhamento em atividade física e dieta, ofertado a médicos e enfermeiros	1. Convite e triagem para clientes do programa (mulheres negras, >35 anos, clientes das clínicas de APS); 2. Curso para aprendizagem no próprio ritmo/ <i>self-paced learning</i>/para profissionais de saúde ; 3. Alocação randomizada das clientes em GC (aconselhamento telefônico) ou GI (atendimento por profissional treinado); 4. Implementação do programa (envio de informações das usuárias para profissionais para ser usado na próxima consulta + durante consulta profissional faz registro (gravação em áudio) das condutas adotadas e fornece material educacional para clientes) 5. Avaliação	- Encontro de lançamento do programa + entrega de materiais - Curso para aprendizagem no próprio ritmo/ <i>self-paced learning</i> /treinamento em CD-rom	- CD Rom (com módulos e vídeos) - Manual de treinamento - Ferramenta de aconselhamento de bolso sobre as etapas do estudo, - fluxograma de aconselhamento do programa, de como avaliar os estágios de mudança (um para AF e outro para gordura na dieta) e sugestões para cada estágio de mudança
AS2	Modelo educativo tendo a culinária como eixo, ofertado para profissionais de saúde nível superior da rede básica, membros das equipes da ESF, professores do ensino fundamental, merendeiras da rede pública municipal e adolescentes inseridos na rede pública de saúde ou educação	Oferta do modelo educativo	- Etapa 1: Dinâmicas para estímulo sensorial + oficina culinária + degustação de receitas - Etapa 2: Grupo focal (GF) - Etapa 3. Dinâmicas para suporte às discussões de conceitos + avaliação das etapas + lanche - Etapa 4: Dinâmica, atividade artística e questionário de avaliação	- Etapa 3: material bibliográfico referente aos eixos temáticos abordados no GF; materiais educativos sobre promoção da alimentação saudável para serem usados junto à clientela da educação e saúde; coletânea de receitas saudáveis e receitas criadas na etapa 1; dicas de culinária e uma muda de ervas aromáticas.
AS3	Programa de treinamento em nutrição para médicos e enfermeiros, educadores de saúde, assistentes sociais e outros membros da equipe dos serviços de atenção primária	1.Avaliação das necessidades por questionário telefônico a informantes-chave + GF com funcionários 2.Desenvolvimento de 7 mensagens chave (MC) relacionadas ao aconselhamento nutricional com ferramentas específicas a cada mensagem 3. Oferta do programa de treinamento e avaliação	Sessões práticas de construção de habilidades com ênfase em recursos visuais e de manipulação.	- Mensagens-chave - Recurso de papel para trabalhar porção e uma estratégia visual para trabalhar comida e planejamento de refeições; - Modelo ilustrativo da quantidade açúcar em refrigerante e folheto; - Rótulos e embalagens de alimentos; - Folha para autogerenciamento de objetivos nutricionais

(cont.) Quadro 3 - Formato e público participante, delineamento, estratégias e recursos das experiências de qualificação no eixo alimentação saudável

ID	Formato e público-participante	Delineamento	Estratégias	Recursos
AS4	Ações educativas para médicos, enfermeiros, dentistas, agentes comunitários, técnicos de enfermagem	Oferta de oficina	Oficina 1. Dinâmica baseada no GAB + uso de folder; Oficina 2. Análise hábitos alimentares + avaliação antropométrica, orientação nutricional; Oficina 3. Revisão dos encontros, debate e avaliação dos rótulos. Oficina 4. Revisão dos encontros, estratégias para adoção de hábitos alimentares saudáveis + vídeo motivacional + avaliação	- Oficina 1: Distribuição de folder “10 passos para uma alimentação saudável”
AS5	Intervenção educativa sobre dieta e atividade física para gestantes ofertada a médicos e enfermeiros	1. Seleção dos participantes e alocação não randomizada no grupo intervenção – GI (médicos e enfermeiras de equipes de SF) e no grupo controle-GC (médicos e enfermeiras de unidades tradicionais) e 2. seleção de gestantes de programa de pré-natal de baixo risco atendidas pelas equipes (≥ 18 anos e com início pré-natal na 13 semana) 3. Entrega da intervenção educativa 4. Avaliação	- Curso introdutório (sobre alimentação saudável e tempo de caminhada de lazer para gestantes e avaliação do curso) - Oficina 1: pactuação do aconselhamento e dos seus registros - Oficina 2: Avaliação e investigação das dificuldades - Oficina 3: reforço conhecimentos, alinhamentos dos procedimentos, reavaliação de dificuldades e fornecimento de formas de superá-las	- Oficina 1: Formulário para orientar e registrar a avaliação do ganho de peso gestacional; o fornecimento do aconselhamento; tutorial de preenchimento do formulário e folders para gestantes. Formulário listando os hábitos alimentares saudáveis selecionados e as recomendações para caminhada e dois banners com síntese das mensagens para dispor nas áreas comuns das unidades de saúde.
AS6	Intervenção educativa sobre nutrição e atividade física para gestantes, ofertada a profissionais das equipes de saúde da família	1. Seleção participantes (Gestantes vinculadas a pré-natal em unidades públicas de APS municipais, ≥ 18 anos, com início primeiro trimestre e atendidas em programa de pré-natal de baixo risco) + alocação não randomizada em GI (gestantes vinculadas a 7 unidades de SF) e no GC (gestantes vinculadas a unidades tradicionais) 2. Oferta de intervenção educativa para toda a equipe das unidades de SF 3. Avaliação	Curso de imersão (para promover tempo de caminhada no lazer e 5 recomendações de alimentos durante rotina de cuidado com gestantes) - 3 oficinas (Sistematização das recomendações na rotina)	- Apostila para ser disponibilizada a gestantes
AS7	Sessões de treinamento em nutrição para enfermeiros	1. Envio e devolução por correio de questionário sobre nutrição para enfermeiras de clínicas gerais 2. Entrega de materiais de treinamento (pacote de treinamento) nas clínicas + Sessões de Treinamento ; 3. Novo preenchimento de mesmo questionário e envio por correio	8 Sessões de treinamento em nutrição baseadas no material “Alimentos para Saúde” (<i>Food for Health</i>)	- Material de treinamento “Alimentos para Saúde” (<i>Food for Health</i>)

EIXO ALIMENTAÇÃO INFANTIL (AI)

Todos os estudos deste eixo trabalharam com a temática de alimentação saudável para menores de 2 anos. Uma característica interessante é o fato de a maioria deles (n=4) serem publicações originadas de um mesmo protocolo de pesquisa registrado, o que resultou em uma descrição de características de interesse semelhantes entre os estudos, diferenciados quanto ao nível de detalhamento e indicadores utilizados. Assim, os estudos AI1, AI3, AI4 e AI5, desenvolvidos a partir de um ensaio de campo randomizado por conglomerados, utilizaram-se dos centros de saúde como unidades de randomização e ofertaram os treinamentos para profissionais de saúde das equipes alocadas nos grupos intervenção.

Os estudos foram desenvolvidos com profissionais de unidades de saúde municipais (dentre técnicos, profissionais de saúde de nível superior e do setor administrativo). Os treinamentos tiveram duração de 1 hora. O estudo AI5 esclarece não haver alteração na rotina dos serviços após o treinamento e o AI1 indica que a proposta da intervenção era em imitar um contexto de implementação de programas de baixo custo em larga escala, dessa forma, o treinamento foi entregue uma única vez, não sendo monitorado o fornecimento de aconselhamento dietético pelos profissionais.

Quanto aos estudos AI2 e AI6, o primeiro ofertou um programa de treinamento baseado em um manual da Organização Mundial da Saúde (OMS), como parte de estudo controlado randomizado com médicos de áreas urbanas e rurais. Os autores destacaram a adaptação do idioma e do conteúdo do treinamento de modo que o aconselhamento nutricional fornecido fosse culturalmente específico ao cenário local, sendo esta também uma orientação da própria desenvolvedora do curso. O segundo ofertou um treinamento como

parte de estudo antes e depois com diversos profissionais de atenção primária de serviços de atendimento pré e pós-natal e parto, também baseado em orientações da OMS.

Nos estudos AI1, AI3, AI4 e AI5 não há descrição detalhada sobre as estratégias educativas adotadas, havendo oferta de materiais informativos diversos tanto para utilização dos profissionais durante atendimento quanto para serem entregues aos usuários ou afixados nas instalações das unidades. Dentre os materiais ofertados para os profissionais destaca-se a entrega do próprio guia utilizado no treinamento e sua versão de bolso (esta elaborada para o estudo), assim como orientações de acesso ao material via internet no site do governo. Em AI2 e AI6 os participantes receberam materiais para suporte durante os atendimentos dos usuários, como cartazes e folders, sendo que no estudo AI2 a utilização de um “Cartão da criança” traduzido o idioma e adaptado ao contexto local foi considerado parte da intervenção, sendo solicitado a ser utilizado durante o estudo. Os estudos AI2, AI5 e AI6 não detalharam o conteúdo dos treinamentos, indicando os materiais de onde foram retirados, sendo levados em consideração os conteúdos avaliados antes e após o treinamento.

De maneira geral, os treinamentos trabalharam com recomendações voltadas as práticas de aleitamento materno, a introdução da alimentação complementar, a frequência, quantidades e consistência das papas, as práticas de higiene no preparo dos alimentos, a oferta de alimentos adequada e responsiva em situações de doença. Também foram recomendados alimentos que devem ser evitados (açúcar, doces, bebidas açucaradas, snacks salgados e alimentos fritos e industrializados), ou consumidos diariamente (frutas e verduras) , assim como trabalhados a investigação de alimentos específicos, como alimentos lácteos, verde escuros, de fonte animal, etc.

Quadro 4 - Formato e público participante, delineamento, estratégias e recursos das experiências de qualificação no eixo alimentação infantil

ID	Formato e público-participante	Delineamento	Estratégias	Recursos
AI1	Treinamento em nutrição na prevenção de cáries usando guia para alimentação infantil ofertado a médicos, enfermeiros e equipe administrativa do centro de saúde	1. Seleção dos serviços de APS + alocação dos serviços em GI (equipe recebeu treinamento) e GC (equipe não recebeu treinamento) 2. Oferta do treinamento 2. Seleção das participantes elegíveis (gestantes, não HIV positivas) vinculada aos serviços dos GC e GI 3. Acompanhamento pares mãe/filho aos 6,12 e 36 meses após nascimento; 4. Avaliação	Sessão padronizada de treinamento	- Não informa oferta específica para uso pelos profissionais de saúde - Cartazes e panfletos “Dez passos para Alimentação Saudável para crianças brasileiras <2 anos” para serem distribuídos a gestantes e lactentes
AI2	Programa de treinamento sobre alimentação complementar ofertado a médicos	1. Centros de saúde (pareados segundo área rural e urbana e treinamento prévio de médicos em manejo de doenças na infância) e alocados em GI (treinamento alimentação complementar) e GC (treinamento em manejo de doenças da infância) + alocação dos pares mãe/filho de acordo com centros de saúde; 2. Programa de treinamento para médicos do GI; 3. acompanhamento das mães/ filhos; 4. Avaliação	- Sessões teóricas e práticas (ênfase em desenvolvimento de conhecimentos e habilidades de aconselhamento). - Visitas de acompanhamento (observação do aconselhamento + feedback para melhorar desempenho)	- "Cartão Infantil" com instruções sobre alimentação complementar para auxiliar o profissional no aconselhamento
AI3	Treinamento em alimentação infantil ofertado a médicos, enfermeiros e equipe administrativa do centro de saúde	1. Seleção e alocação dos centros de saúde em GC (práticas rotineiras) e GI (treinamento) 2. Oferta do treinamento para equipe dos centros de saúde 3. Identificação nos centros de saúde das gestantes potenciais a receberem aconselhamento (GC e GI) 4. Acompanhamento das duplas mãe-filho (baseline na gestação, aos 6 meses e aos 12 meses)	Sessão de treinamento padronizada	- Materiais impressos das recomendações / link de acesso pela internet - Guia de bolso (alimentação < 2 anos) para uso durante as consultas e sessões na sala de espera. Desenvolvido pela pesquisadora: - Folheto com os 'Dez Passos' - Folheto com mensagens detalhadas sobre a diretriz/ Guia. - Dois cartazes para exibição nas salas de espera com informações sobre a Alimentação complementar, número de refeições e esquema alimentar e fotos de alimentos que não devem ser oferecidos a crianças menores 2 anos de idade

(cont.) Quadro 4 - Formato e público participante, delineamento, estratégias e recursos das experiências de qualificação no eixo alimentação infantil

ID	Formato e público-participante	Delineamento	Estratégias	Recursos
AI4	Treinamento em alimentação infantil ofertado a médicos, enfermeiros e equipe administrativa do centro de saúde	1. Seleção e alocação dos centros de saúde em GC (práticas rotineiras) e GI (treinamento) 2. Oferta do treinamento para equipe dos centros de saúde 3. Identificação nos centros de saúde das gestantes potenciais a receberem aconselhamento (GC e GI) 4. Acompanhamento das duplas mãe-filho (na gestação, aos 6 meses e aos 6 anos de idade)	Sessão de treinamento padronizada	- Guia de bolso (alimentação <2 anos) para uso durante as consultas e sessões na sala de espera. Desenvolvido pela pesquisadora: - Dois folhetos : um com os 'Passos', e o segundo com mensagens detalhadas sobre a diretriz/guia - Dois cartazes para exibição nas salas de espera com informações alimentação complementar, o número de refeições e o esquema alimentar; e fotos de alimentos que não devem ser oferecidos
AI5	Atualização sobre alimentação da criança ofertada a médicos, enfermeiros, nutricionistas, auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem, dentistas, técnicos administrativos e estagiários.	1. Seleção e alocação dos centros de saúde em GC (práticas rotineiras) e GI (treinamento) 2. Oferta do treinamento para equipe dos centros de saúde 3. Identificação nos centros de saúde das gestantes potenciais a receberem aconselhamento (GC e GI) 4. Coleta de dados das duplas mãe-filho (entre 6 aos 9 meses de idade)	Sessão de atualização	- Manual técnico do programa, desenvolvido pelo Ministério da Saúde; - Manual de bolso, com informações das práticas alimentares recomendadas pelas diretrizes nacionais. Desenvolvido pela pesquisadora: - Material educativo para ser dado às mães de crianças com idade menor 6 meses, para demanda de seis meses. - Dois cartazes com informações sobre alimentação complementar, número de refeições e composição de papas salgadas, e fotos de alimentos que não devem ser oferecidos
AI6	Treinamento sobre alimentação infantil para categorias profissionais da enfermagem, trabalhadores comunitários de extensão, técnicos em farmácia, administrativo	1. Seleção dos profissionais vinculados a assistência pré e pós-natal e parto, em dois estágios + seleção dos clientes atendidos; 2. Oferta da sessão de treinamento, 3. Avaliação dos profissionais em três momentos (baseline, imediatamente e 4 semanas após treinamento) + avaliação dos clientes (imediatamente e após 4 semanas de treinamento)	- Palestras, sessões interativas, trabalho em grupo, questionários, músicas e dramatizações. - Manual de treinamento foi desenvolvido para uso dos participantes durante as sessões de treinamento.	- Cartazes e folhetos entregues aos profissionais de saúde para auxiliá-los no aconselhamento individual com as mães.

EIXO ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL NAS DOENÇAS CRÔNICAS

Os estudos identificados nesse eixo referem-se a treinamentos voltados a prevenção de doenças crônicas nas quais um ou mais componentes das intervenções foi trabalhado o tema da alimentação saudável. Este foi o eixo em que os contextos nas quais os treinamentos foram ofertados mais diferiram entre si. No estudo DC1 o treinamento foi ofertado a agentes de saúde aborígenes na Austrália (*AHW - aboriginal health workers*), como parte de um projeto dentro de um programa de triagem e prevenção a doenças renais em uma parceria entre o serviço comunitário de saúde aborígene e duas instituições de saúde (centro médico e hospital infantil).

O conteúdo do treinamento, que passou por avaliação de nutricionista externo ao projeto e por avaliação da adequação cultural, foi dividido em duas sessões, pretendeu explorar inicialmente diversos tópicos como “ questões médicas, fisiológicas, culturais e de estilo de vida” para cada um dos temas em nutrição, seja por ciclo de vida: nutrição na infância e gestação , ou por condição de saúde: sobrepeso e doenças do coração, diabetes e doenças renais. Os autores reforçaram a presença de atividades práticas durante o treinamento que, em sua segunda sessão trouxe elementos teóricos baseados em princípios de desenvolvimento de programas comunitários em nutrição alinhados as especificidades de populações aborígenes.

Outros dois estudos nesse eixo (DC2 e DC5) também ofertaram treinamentos exclusivamente para agentes comunitários de saúde (*CHW - Community Health Workers*), doravante identificados apenas como ACS. Neles, os ACS são identificados como trabalhadores da saúde de uma comunidade que fazem a ponte entre a comunidade ao qual estão vinculados e os serviços de saúde de diferentes tipos, como uma agência não

governamental que ofertava serviços de atenção primária na África do Sul (DC2) ou centros comunitários de saúde na Tailândia (DC5). Os ACS do estudo DC1 atuavam em área do serviço comunitário de saúde aborígene.

Em DC2, os autores descrevem a experiência de desenvolvimento de uma pesquisa-ação-participativa em que os ACS tiveram papel ativo e central em todo o estudo, da identificação do problema a partir de uma queixa da comunidade, passando pela coleta e análise dos dados, desenvolvimento do conteúdo do treinamento, até o treinamento de pares e entrega de atividades educativas na comunidade. Assumiu-se, portanto, que toda a condução da pesquisa favoreceu a qualificação profissional dos ACS.

Durante a etapa de avaliação das necessidades, com uso de entrevistas, e atividades de observação, vários aspectos ligados as características sociais e da comunidade e do estilo de vida que afetavam a saúde da população, foram identificados, como aspectos ligados a prática culinária, a exemplo do elevado consumo de óleo ao cozinhar, a percepções culturais sobre a influência da cultura na quantidade e tipo de alimento consumido e da família no cozinhar e nas práticas alimentares.

Em função também desse diagnóstico inicial, o estudo DC2 foi o único que explicitamente considerou aspectos voltados ao preço e influências do ambiente no acesso a alimentação saudável dentre todos os estudos incluídos. Esse enfoque foi trabalhado através de observação e registro fotográfico de fatores saudáveis e não saudáveis que influenciavam a comunidade, visitas a pequenos comércios ou vendedores de comida de rua e registro da disponibilidade de alguns alimentos. Por fim, com tais resultados em mãos, um treinamento voltado aos pares, focado em melhorar os conhecimentos sobre diabetes e hipertensão e

estimulando estilos de vida saudáveis e em *advocacy* e habilidades de comunicação foi desenvolvido e atividades comunitárias entregues à comunidade.

O formato ofertado por DC5, diferentemente, entregou um programa de treinamento para 35 centros comunitários de saúde, cada qual com um ACS, e objetivou avaliar o impacto do treinamento entre os ACS que receberam e não receberam o treinamento. O currículo foi focado na prevenção de diabetes tipo 2, e em habilidades para desenvolvimento de atividades de prevenção. O curso foi ofertado em aulas presenciais e de aprendizagem eletrônica. Este foi o único estudo dentre todos incluídos na revisão a ofertar treinamento utilizando um ambiente virtual (*on line*).

Em DC4 e DC3 há em comum o fato dos treinamentos, voltados para diabetes e prevenção de doenças crônicas em geral, respectivamente, serem ofertados como para o uso materiais educativos, como no caso do emprego de oficinas para implementação de materiais educacionais em promoção da saúde e doenças crônicas ofertadas pelo governo Chileno/representação da OMS e OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde) no país (DC3), e, no estudo DC4 um treinamento para uso da ferramenta “*Diabetes Conversation Map*”. As oficinas utilizadas em DC3 para trabalhar os materiais educativos não foram detalhadas, sendo informados os documentos com recomendações nacionais ou de agências internacionais sobre alimentação, doenças crônicas, atividade física e consumo de tabaco.

O estudo DC4, ofertou o treinamento para estudantes e profissionais de diferentes níveis de atenção (primária, secundária e terciária) responsáveis pelo cuidado ao diabetes, abordando, junto a tópicos específicos sobre a doença, um tópico relacionado a alimentação saudável, em que foram trabalhados conceitos como padrão alimentar, grupos de alimentos e tamanho de porções. O treinamento girou em torno da própria ferramenta educativa que,

em formato de um jogo de tabuleiro, possibilitava ao facilitador trabalhar situações diárias do manejo da diabetes, sob a perspectiva do usuário.

Os estudos DC3 e DC5 fizeram uso de Guias alimentares nacionais em sua abordagem. Neles, a utilização de Guias alimentares foi utilizada em conteúdos envolvendo a elaboração de intervenções baseadas em guias, e a abordagem de requerimentos nutricionais (DC3); o planejamento de refeições (DC3, DC5); a explicação de grupos de alimentos e impacto dos grupos no peso corporal e diabetes, tamanho das porções por grupo, identificação de barreiras e facilitadores da alimentação saudável na comunidade; e adaptação de recursos educativos com alimentos locais/regionais (DC5).

Em DC5 ainda, os participantes foram apresentados a instrumentos de avaliação dietética, como registro alimentar, e conteúdos sobre necessidades energéticas, calorias, micronutrientes foram resgatados junto aos participantes a partir do conhecimento prévio, para em seguida serem orientados a modificar alimentos do registro alimentar em atendimento as recomendações de uma alimentação saudável. Outros tópicos voltados a alimentação foram trabalhados, como uso de suplementos alimentares e segurança e higiene de alimentos em eventos sociais.

Quadro 5 - Formato e público participante, delineamento, estratégias e recursos das experiências de qualificação no eixo alimentação saudável nas doenças crônicas

ID	Formato e público-participante	Delineamento	Estratégias	Recursos
DC1	Programa de Treinamento em Nutrição para trabalhadores de saúde indígenas	1. Desenvolvimento do treinamento após consultoria com trabalhadores de saúde indígenas + avaliação dos módulos por nutricionista externa + avaliação adequação cultural 2. Oferta de treinamento 3. Avaliação	- 10 sessões de treinamento - Atividades práticas realizadas durante as sessões de treinamento (estudos de caso para cada condição abordada, leitura de rótulos de produtos alimentícios e visitas a supermercados).	- Manual de treinamento nutricional detalhado foi desenvolvido para os AHW.
DC2	Projeto de prevenção primária a hipertensão e diabetes para agentes comunitários de saúde	1. Solicitação de assistência pela comunidade a problema (elevada prevalência de hipertensão e diabetes) 2. Negociação entre ACS e pesquisadores na proposição de parceria 3. Avaliação das necessidades dos ACS + avaliação necessidade da comunidade + análise dos achados; 4. Desenvolvimento de treinamento para ACS (ofertado por pesquisadores e ACS) + intervenções dos ACS na comunidade	- Pesquisa-ação (ACS e pesquisadores trabalharam juntos para identificar o problema de pesquisa, gerar e analisar resultados e desenvolver habilidades)	- Etapa de avaliação das necessidades: entrevistas e GF para explorar perspectivas dos ACS; - Pesquisa na comunidade de conhecimentos e percepção sobre diabetes e hipertensão + atividades de observação do ambiente/comunidade + mapeamento do ambiente - Discussão em grupo dos achados - Implementação de programa de treinamento interativo desenvolvido pelos ACS
DC3	Programa de treinamento da atenção primária em Nutrição para trabalhadores da atenção primária (não detalhado)	1. Avaliação de: nível de treinamento em DCNT em nutrição + fonte de informação e preferências por recursos de educação continuada de profissionais da APS da rede CARMEN; 2. Desenvolvimento e introdução de kit educativo na prevenção de DCNT e promoção da saúde com dieta e atividade física nos serviços de APS/CARMEN através de oficinas ; 3. Avaliação do material educativo	Oficinas interdisciplinares	- Transparências para retroprojeto; - Kit educativo em CD-ROM, contendo os anexos e materiais complementares: - Guia para criação de inventário de atividades comunitárias que promovam estilos de vida saudáveis - Leituras sugeridas e fontes da Internet - Tabela com conteúdo total de gordura, ácidos graxos e colesterol de alimentos selecionados; - Folders educacionais - Cartazes de atividade física - Dia Mundial da Saúde
DC4	Sessão de Treinamento no uso de ferramenta educacional, para estudantes e trabalhadores da atenção primária, secundária e terciária (não detalhado)	1. Sessões de treinamento para uso de ferramenta educacional “Diabetes Conversation Map™ tools (DCM)” 2. Avaliação	- 4 Sessões de treinamento - Revisão de cada mapa (são 4) - Demonstração de 6 componentes da ferramenta	- Ferramenta educacional “Diabetes Conversation Map™ tools”

(cont.) Quadro 5 - Formato e público participante, delineamento, estratégias e recursos das experiências de qualificação no eixo alimentação saudável nas doenças crônicas

ID	Formato e público-participante	Delineamento	Estratégias	Recursos
DC5	Programa Educativo de Prevenção do Diabetes para trabalhadores comunitários de saúde	1. Seleção de 8 distritos e dos 69 centros de saúde incluídos neles + randomização dos Agentes comunitários de saúde aos (Community Health Care Workers) vinculados aos centros de saúde em GI (que receberam o programa educativo) e GC (sem programa educativo) 2. Oferta do programa educativo de Prevenção do Diabetes 3. Avaliação	- Mistura de aulas presenciais e de e-learning (discussões, aprendizado baseado em problemas, avaliações baseadas na comunidade, autoavaliações e suporte on-line)	- Ambiente eletrônico para e-learning (com materiais de leitura, avaliações, questionários, boletim informativo e recursos comunitários) - Aulas presenciais gravadas em CD-rom

EIXO ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL NA OBESIDADE

Os estudos que compõem o presente eixo utilizaram o treinamento em alimentação saudável como conteúdo complementar ou pré-requisito para o adequado funcionamento de programa de manejo do sobrepeso/obesidade (OB1) e de ferramentas (*checklists*) para prevenção da obesidade infantil (OB2 e OB3).

O primeiro estudo (OB1) trata-se de uma experiência inicial de implementação de um programa para manejo do sobrepeso/obesidade em clínicas de atenção primária que se voluntariaram a recebê-lo. O programa, desenvolvido em quatro fases, ofertou o treinamento de alimentação na segunda etapa (treinamento e suporte prático), apenas para enfermeiros. O conteúdo do treinamento abordou “alimentação saudável e balanço energético” juntamente com outros tópicos específicos que auxiliavam os profissionais na conduta sobre manejo do peso e no fluxograma das intervenções do programa.

O enfoque de alimentação saudável e balanço energético alinhou-se a intervenção do programa, por exemplo, quanto a proposição de um plano alimentar com déficit calórico. Considerando a implementação de todo o programa, também foram trabalhadas intervenções comportamentais e que consideram o automonitoramento no manejo do peso, a orientação ao registro do horário das refeições, tipo e quantidade de alimentos, pensamentos e sentimentos associados e gatilhos que levam ao comer, e exemplificadas estratégias para se evitar comer em frente à tv ou ler quando em situação de estresse.

Os profissionais tiveram suporte de nutricionista especialista por cerca de 6 meses em seguida ao treinamento, que realizava visitas e demonstrações de aplicação, o que implicava, além dos conhecimentos sobre alimentação e manejo de peso, utilizar as intervenções ofertadas pelo programa.

Os estudos OB2 e OB3 aproveitaram-se de uma recomendação governamental para preenchimento de um *checklist* preventivo em crianças de 4 anos, a ser aplicado por médicos e enfermeiros nos centros de saúde, para introduzir curtos treinamentos em alimentação saudável. Trabalhando com a mesma ferramenta, OB2 é um estudo piloto com treinamento para médicos de uma divisão de clínica geral em região metropolitana de Sidney, enquanto OB3 descreve uma intervenção como parte de um compreensivo programa preventivo também na Austrália, que contratou as divisões de clínica geral (serviços que oferecem suporte as clínicas de generalistas) para ofertar o treinamento a médicos generalistas e enfermeiras de uma região de saúde.

O formato de oficinas interativas foi utilizado no estudo OB2 para entregar o treinamento, desenvolvido a partir de uma avaliação inicial de necessidades junto a enfermeiras. Os recursos educativos entregues na intervenção destinaram-se tanto a dar suporte aos profissionais no uso do *checklist* quanto a incentivar pais a discutir o tema na consulta de enfermagem, quanto a materiais para distrair as crianças enquanto o *checklist* fosse preenchido. Os participantes responderam um questionário de avaliação da utilidade do treinamento e foram solicitados a utilizar da intervenção na aplicação do *checklist*. Uma auditoria desses registros também foi utilizada como avaliação do treinamento, e uma nova entrevista sobre a intervenção foi realizada.

As oficinas abordaram tópicos ligados a diretrizes para alimentação, atividade física e tempo de tela; a avaliação do peso e altura da criança e a avaliação dos hábitos alimentares. Para isso, estabeleceu-se tarefas e mensagens para serem trabalhadas com os usuários. Além de estimular o consumo de frutas verduras e legumes diariamente, orientar seu consumo como lanche e estimular a ingestão de água ou leite no lugar de bebidas açucaradas, o

treinamento incorporou dimensões do hábito alimentar orientando fazer as refeições sentado à mesa, em família e a evitar comer em frente à Tv. Considerando o público infantil como alvo, o enfoque fornecido abrangia a família, orientando o estabelecendo de metas e objetivos que fossem adequados a pais e filhos.

Enquanto isso o estudo OB3, que acompanhou um maior número de profissionais, considerou dados do sistema de informação de saúde disponibilizados para avaliar o preenchimento do *checklist* e comparar com taxas de preenchimento de outra região em um período de 6 meses; também registrou o número de eventos de desenvolvimento profissional e de visitas de suporte (ambas caracterizadas como treinamento) e de boletins de comunicação ofertados aos profissionais como parte do contrato feito com as divisões de prática clínica. Também foi feita uma pesquisa com os pais sobre a oferta de avaliação de peso e altura dos filhos ou de conversas sobre alimentação e atividade física conduzidas pelos profissionais. Quanto aos treinamentos, a “alimentação saudável” foi apenas citada como parte do conteúdo das sessões de desenvolvimento profissional juntamente com outros conteúdos voltados a aferição e avaliação do peso e atividade física (OB3).

A utilização de Guias alimentares nacionais não pôde ser confirmada nos estudos, mas houve referência a Guias alimentares tanto em OB1 (descreveu a utilização de guias de atividade física e de tempo de tela também), quanto em OB3 (referiu-se a *The Balance of Good Health*, nome dado ao Guia alimentar britânico, de 1994).

Quadro 6 - Formato e público participante, delineamento, estratégias e recursos das experiências de qualificação no eixo alimentação saudável na obesidade

ID	Formato e público-participante	Delineamento	Estratégias	Recursos
OB1	Treinamento parte de programa de manejo da obesidade para enfermeiros e médicos	1. Auditoria e avaliação de necessidades; 2. Suporte prático e treinamento na condução do programa (estabelecimento de meta de perda de peso, <i>screening</i> e fluxos de atendimento, intervenções – individuais, em grupo, atividade física, abordagem comportamental, farmacoterapia, manutenção do peso, materiais educativos para paciente) ; 3. Desenvolvimento do programa; 4. Avaliação	- Oficina para dar devolutiva dos resultados da auditoria e estabelecer prioridades de implementação - Para enfermeiras: (oficinas) aprendizagem baseada em problemas através de estudos de caso, discussão em grupo, exercícios práticos e orientação no uso dos recursos educativos destinados para pacientes + suporte de nutricionista especialista de 1-2 vezes ao mês com demonstrações práticas do programa	- Enfermeiras: manual de treinamento - Médicos: disponibilização de ferramentas para estimular triagem dos pacientes e motivação
OB2	Oficina integrada a aplicação de <i>Checklist</i> para enfermeiros	1. Convite para oficina; 2. Realização da oficina 3. Incorporação conhecimentos e habilidades na aplicação do <i>Checklist</i> 4. Avaliação	Oficina interativa	- Pasta de recursos para uso no reforço as mensagens-chave da oficina - Cartão laminado dirigido aos pais, para suporte/incentivo a conversa com profissional
OB3	Intervenção para treinamento e suporte integrada a aplicação de <i>checklist</i> para médicos e enfermeiros	1. Divisões de saúde contratadas para ofertar treinamento aos profissionais em região de um Estado ; 2. Oferta de treinamento sobre preenchimento de HKC e aconselhamento em alimentação saudável e atividade física e suporte. 3. Avaliação	Sessão acreditada de desenvolvimento profissional + suporte (por visitas, email ou telefone) + atividades de comunicação (boletins)	- Flip charts e materiais de treinamento - Visitas (número pré-definido) e boletins - Livreto para pais - Cartaz para a sala de espera que incentiva a perguntar sobre HKC; lista de verificação para pais alfabetizados avaliarem hábitos e planejar mudanças

De maneira geral, dos 21 estudos que trabalharam com o tema “alimentação saudável” em treinamentos em serviço com profissionais da atenção primária à saúde, divididos em 4 eixos temáticos “alimentação infantil”, “alimentação saudável”, “obesidade” e “doenças crônicas”, encontrou-se que :

O conteúdo de alimentação saudável trabalhado nos treinamentos, em geral, variou entre abordagens com recomendações qualitativas e direcionadas a alimentos ou grupos de alimentos ou na discussão de hábitos e padrões alimentares (AI1-6, DC2, DC4, AS2, AS4, AS5-6, OB2) a abordagens mistas, que além de trabalharem com enfoque em alimentos incorporaram também recomendações voltadas a nutrientes (AS1, AS3, DC3, DC5, OB1). Alguns estudos não detalharam os conteúdos abordados (AS7, DC1, OB3).

Dentre os estudos com abordagens mistas, percebeu-se que o enfoque baseado em nutrientes foi utilizado para justificar ou dar suporte ao alcance de uma etapa posterior no treinamento. Esse resultado poderia ser esperado considerando que existe uma relação interdependente entre padrões alimentares, alimentos, e seus componentes, incluindo nutrientes (Tapsell, Neale, Satija, & Hu, 2016). Esse resultado, em termos de ausência de experiências com uma abordagem exclusivamente nutriente-centrada, ilustra o debate na própria ciência da nutrição em saúde pública frente as mudanças na saúde das populações decorrentes das transições demográfica, epidemiológica e nutricional, que tem gradativamente demonstrado a inadequação da utilização de um paradigma reducionista no contexto da prevenção de doenças (Fardet & Rock, 2014; Popkin, 2006), e por conseguinte na promoção da saúde.

Uma compreensão tradicional e biológica da relação saúde e alimentação não se tem mostrado suficiente para promover as mudanças necessárias frente a natureza e os problemas

nutricionais do século XXI (Ridgway et al., 2019) e, ao mesmo tempo, não contribui para as questões as quais os cuidados em promoção da saúde, no campo da alimentação ou qualquer outro, se propõem a trabalhar.

Quanto aos estudos com abordagens centradas em alimentos diferentes temáticas foram trabalhadas, a exemplo do uso de recomendações estimulando o consumo ou a restrição de alimentos, o planejamento de refeições, tamanho de porções, higiene e segurança de alimentos.

Dos 21 estudos incluídos, 8 fizeram referência a utilização de Guias alimentares nacionais como parte de seu conteúdo ou embasaram suas atividades ou recomendações nesses documentos. O uso de Guias como instrumento para educação nutricional nos mais diversos setores, inclusive fora da saúde, tem sido reforçada desde o estabelecimento, em 1998, das primeiras recomendações para que os países ao redor do mundo estabelecessem seus próprios guias alimentares, até mais recentemente, na II Conferência Internacional de Nutrição, em 2014 (FAO/WHO, 1998; FAO/WHO, 2014).

No presente estudo houve predominância do uso de guias no eixo Alimentação Infantil onde 4 dos 6 estudos utilizaram Guias nacionais e trabalharam recomendações centradas em alimentos. Outros dois estudos ainda nesse eixo, apesar de não descreverem os conteúdos dos treinamentos utilizaram materiais de órgão internacional, a Organização Mundial da Saúde, e avaliaram conhecimento e habilidades dos profissionais em uma abordagem centrada em alimentos.

Assumindo que os treinamentos, além de possibilitarem melhoria na oferta do cuidado materno-infantil no que se refere a alimentação complementar, e que a opção pela utilização de guias alimentares nacionais parte de recomendações adaptadas para a população

local, o uso de guias alimentares ou de outras fontes oficiais acrescenta um elemento chave para os treinamentos que é a utilização de mensagens-chave, direcionadas a população.

Lutter et al. (2003) afirmam que a utilização de mensagens-chave específicas e com ênfase na disponibilidade local de alimentos são duas estratégias importantes para implementação de aconselhamento específico para crianças, que podem ser entregues em múltiplas ocasiões e por diferentes profissionais de saúde. O uso de alimentos locais promove ao mesmo tempo maior sustentabilidade das recomendações.

Outros estudos que incorporaram a utilização de Guias Alimentares o fizeram em diferentes contextos. Em AS1, as recomendações dietéticas do guia alimentar americano foram utilizadas como suporte ao aconselhamento para aumentar a prontidão de mudança ou a mudança de comportamento em atividade física e dieta, em dietas de baixo teor de gordura/alimentação saudável. Em AS4, uma oficina de alimentação saudável foi inteiramente baseada na proposta do Guia Alimentar brasileiro para promover uma discussão, na perspectiva dos profissionais, do que seria uma refeição saudável e, na utilização dos “dez passos para uma alimentação saudável” inspirados no documento.

No eixo das doenças crônicas, o uso do Guia Alimentar chileno foi trabalhado juntamente com Guias e recomendações oficiais para atividade física e combate ao tabagismo (DC3), como parte de um pacote de recursos para profissionais de saúde. A proposta chilena utilizou exemplos de intervenções baseadas em Guias alimentares e trabalhou o planejamento de uma dieta saudável com exemplos de ingestão dietética ao longo da vida. O Guia Alimentar tailandês por sua vez, foi utilizado para uma detalhada proposta para prevenção do diabetes que se inicia a partir de conhecimentos prévios sobre alimentos e conceitos como energia, carboidratos, proteína, lipídios, em diferentes ciclos de vida e necessidades

energéticas, e gênero, são solicitados a analisar uma versão reduzida de 3 dias de registro alimentar de modo a adequá-lo de acordo com os princípios de uma alimentação saudável, passando para discussão, também com uso do Guia, de grupos de alimentos, tamanho de porções para cada grupo e relacionam o tamanho das porções aos alimentos locais.

De maneira geral, ainda que o número de estudos que seja pouco mais que 1/3 do total, os resultados ilustram as inúmeras possibilidades de incorporação de guias alimentares em atividades de qualificação de profissionais seja na promoção da saúde seja na prevenção de doenças e reforçam a importância do uso de evidências em suas propostas.

Mais que recomendações cujo conteúdo deva ser de fácil compreensão da população ao qual se destinam, os guias alimentares nacionais, quando baseados em alimentos, são a tradução de um corpo de evidências do campo da nutrição em uma linguagem acessível a todos, ou, no caso de guias que carregam fortemente um componente de recomendações quantitativas, nutriente-centrada, estas deveriam ser ao menos compreendidas pelos profissionais de saúde (Fischer & Garnett, 2016; Temple, 2015). Todavia, a discussão nada simplista sobre qual corpo de evidências ou qual corpo de conhecimentos deva ser considerado na elaboração de guias alimentares tem profundas implicações para o modo como o (e qual) conceito de alimentação saudável será abordado pelos próprios profissionais de saúde e conseguinte pela população.

Esse vem sendo o recente tom das discussões sobre Guias alimentares não se limitando a discussões sobre guias nutrientes-centrados ou baseados em alimentos, mas também voltados a percepção de que as orientações nutricionais servem a múltiplos propósitos, desde a promoção da saúde, do bem estar, a prevenção da má alimentação e a

promoção de sistemas alimentares sustentáveis, numa mudança de paradigma da própria ciência da nutrição (Bero, Norris, & Lawrence, 2019; Ridgway et al., 2019).

Seja adotando recomendações baseadas em guias alimentares baseados em alimentos, seja incorporando outros referenciais na elaboração de treinamentos em promoção da alimentação saudável, é cada vez mais central o uso de abordagens compreensivas a esse respeito. De forma geral, com algumas exceções, os estudos trabalhados na presente revisão incorporaram diferentes aspectos da alimentação ao longo dos treinamentos, a exemplo do uso da culinária. A referência ao desenvolvimento de conhecimentos e habilidades voltados à prática culinária vem consolidando seu uso como estratégia para promoção da alimentação saudável e recurso em treinamentos em serviço para profissionais de saúde, e se confirmando com as recentes experiências de uso da culinária em currículos de graduação médica, por exemplo (Jacob, Stewart, Medina-Walpole, & Fong, 2016)

No campo da interdisciplinaridade, a adoção conjunta de recomendações para atividade física e alimentação esteve presente em 9 dos 21 artigos. A abordagem da atividade física e da alimentação de forma conjunta está intimamente ligada aos reconhecidos impactos que a má alimentação e a inatividade física possuem sobre a saúde globalmente e aos estímulos para que ambas estratégias sejam estimuladas quando se fala em promoção da saúde (World Health Organization, 2004).

Várias categorias profissionais receberam os treinamentos, muitos deles ofertados não apenas para a equipe “da ponta” dos serviços, mas também para setores administrativo, profissionais da gestão, da tecnologia de informação, etc. Um outro ponto de destaque foi a presença de oferta de treinamentos voltados exclusivamente a ACS (DC1, DC2 e DC5), o que reflete de certa maneira o cenário onde esses profissionais atuam, de populações com

características e demandas específicas, em áreas rurais ou remotas, ou em países onde a força de trabalho em saúde distribui-se de maneira desigual, nos quais os usuários geralmente têm difícil acesso aos serviços de saúde e onde a presença de ACS faz-se essencial (World Health Organization, 2015). Os treinamentos exclusivos para ACS também foram ofertados com maior tempo de duração, entre 30 a 60 horas, enquanto a carga-horária dos demais treinamentos (com diversos profissionais de saúde, incluindo ACS) variou de 1h a 24 horas.

A OMS define os trabalhadores comunitários de saúde, termo equivalente aos agentes comunitários de saúde no Brasil, como qualquer trabalhador de saúde que realize funções relacionadas a oferta de cuidados em saúde, sem formação específica, mas que tenha sido treinado em um contexto de intervenção. Os ACS devem ser membros da comunidade onde trabalham, ser selecionados pela própria comunidade e receber suporte do sistema de saúde. Governos e agências internacionais tem reposicionado o papel dos ACS no contexto da atenção primária frente a sua colaboração para melhoria da qualidade dos serviços. Seu emprego, nas mais diversas áreas ilustra também aspectos da transição epidemiológica, reconhecendo a necessidade de utilização desses agentes não apenas no suporte a saúde reprodutiva e materno-infantil mas também na prevenção de doenças crônicas, como diabetes (Collinsworth, Vulimiri, Snead, & Walton, 2014; World Health Organization, 2015).

Uma característica interessante nesses estudos, mas não exclusiva deles, foi o fato de todos eles utilizarem estratégias educacionais que permitiram a participação ativa dos ACS. De maneira geral, a exceção dos estudos AS1, AS7, DC3,DC4 e OB2-3 que não detalharam suas estratégias, e os estudos AI1,AI3, AI4-5 que focaram na entrega das mensagens às mães, todos os estudos deram atenção, de formas diferentes , a propostas voltadas a experiências práticas. São exemplos: oficina culinária e atividades artísticas (AS2), mensagens e

discussões com uso de modelos de alimentos e figuras (AS3, AS4), leitura de rótulos (AS4, DC1), estudos de caso (DC1, OB1), visitas a estabelecimentos comerciais (DC1, DC2), trabalhos em grupo, dramatização, músicas (AI6).

Esse resultado é coerente com o modelo desenvolvido por Mogre et al. (2016) sobre treinamentos com profissionais da atenção primária e estudantes da área da saúde na qual o uso de estratégias não tradicionais de ensino e aprendizagem foi identificado como influenciador da efetividade dos treinamentos ao engajar participantes e auxiliá-los a assumirem responsabilidade pela própria aprendizagem. Todavia, na presente revisão, o nível de detalhamento empregado na maioria dos estudos para descrição seja das estratégias adotadas seja do conteúdo dos treinamentos pode ser considerado um aspecto negativo, limitando a compreensão e uma possível reprodução e adaptação das experiências em outros cenários. Do mesmo modo, a ausência de definições em especial das terminologias utilizadas na área da educação e formação profissional também impõem uma limitação nesse sentido.

Além de considerar as estratégias e conteúdos empregados, abordar a qualificação de profissionais de saúde é considerar também o próprio espaço dos serviços (sua estrutura, organização, relações de poder existentes, etc) que influenciam sobremaneira a forma como a aprendizagem será conduzida e colocada em prática. A proposta de educação permanente adotada pelo governo brasileiro como estratégia institucional de qualificação dos profissionais de saúde caminha nessa direção ao considerar a aprendizagem no trabalho e para o trabalho e que o aprender e ensinar se incorporam no cotidiano dos serviços e na interação entre os profissionais (Brasil, 2007).

Também é a linha da proposta defendida por Delisle et al. (2017) ao introduzir o conceito de *capacity building* como opção para qualificação dos profissionais de saúde para trabalhar com a temática de nutrição. De acordo com os autores uma única intervenção apenas no nível individual não seria suficiente, havendo necessidade de intervir no nível organizacional e no próprio sistema. Os autores defendem um modelo piramidal para a força de trabalho em nutrição que integra de um lado a complexidade das tarefas em nutrição a serem desempenhadas com o nível de treinamento e quantitativo das categorias profissionais habilitadas a desempenhar tais tarefas.

A qualificação em alimentação saudável que contemple as diversas categorias profissionais que compõem a atenção primária é caminho para fortalecer o cuidado em saúde na diversidade e na especificidade dos diferentes papéis ali existentes contribuindo para uma abordagem da mais abrangente e adequada ao dinâmico cenário de atual da alimentação e nutrição.

4.2 ESTUDO QUALITATIVO

O presente estudo de caso qualitativo foi adotado como base empírica para as discussões sobre a produção do cuidado em nutrição após uma experiência local de qualificação baseada no Guia Alimentar brasileiro e objetivou compreender como sua proposta influenciou a produção do cuidado em nutrição de equipes multiprofissionais de atenção primária. Originalmente as equipes NASF do município em estudo possuíam um membro de cada categoria profissional (das 6 categorias adotadas pelo município), à exceção de uma equipe com presença de 2 assistentes sociais, e outra com 2 educadores físicos, totalizando 26 profissionais. No momento da realização da pesquisa duas equipes estavam sem um profissional (por afastamento e cargo em aberto) e um membro não atendeu os critérios de elegibilidade para inclusão no estudo, sendo assim, vinte e três dos vinte e quatro profissionais em serviço participaram do estudo.

A distribuição segundo categorias profissionais foi de assistentes sociais (5), educadores físicos (5), fisioterapeutas (4), psicólogos (3), nutricionistas (3) e terapeutas ocupacionais (3), com predominância do sexo feminino (16), tempo médio de formação profissional (graduação) de 13 anos e de atuação na equipe multiprofissional de 23 meses.

Das quatro equipes acompanhadas, observou-se que três delas dividiam-se no que elas chamavam de mini-equipes, em função da necessidade de distribuir-se geograficamente em diferentes unidades de saúde. Cada equipe era responsável por acompanhar de 8 a 10 unidades de saúde, sendo este inclusive um dos motivos pelos quais as equipes optaram por se dividir de modo a dar conta do grande contingente populacional a ser coberto.

Uma das equipes havia recém contratado uma nova nutricionista, que não participou do estudo, mas colaborou ao disponibilizar sua agenda de modo que as observações pudessem seguir os profissionais elegíveis do estudo e que se encontrassem na mesma unidade que ela. Outra equipe contava com duas nutricionistas trabalhando juntas em alguns momentos em função de transferência de setor dentro do município.

De maneira geral as equipes davam preferência por desenvolver suas atividades com a presença de pelo menos mais de um membro da equipe presentes. No caso das ações nas quais a alimentação era o tema central, especialmente nos grupos de alimentação saudável ou reeducação alimentar, o nutricionista era predominantemente o principal responsável pelo cuidado em nutrição, havendo porém momentos em que outros profissionais não nutricionistas guiavam eles mesmos as atividades e em outros participavam de forma complementar, acrescentando detalhes e exemplos de modo a complementar as falas entre si ou se limitavam a atividades em torno da organização do atendimento e a evolução dos atendimentos nos prontuários. Uma das equipes trabalhava em conjunto com uma farmacêutica no desenvolvimento de oficinas baseadas no Guia Alimentar, reforçando a importância de uma das ferramentas de trabalho da equipe, o apoio matricial, que possibilita o acesso a diferentes informações e à construção de novas estratégias de intervenção com e entre os profissionais de saúde.

Durante as observações percebeu-se que uma das áreas considerada estratégica para o desenvolvimento de ações do NASF, a saúde mental, ocupava grande parte das atividades das equipes e era desenvolvida por todos os profissionais das equipes em atividades individuais e compartilhadas (quando um membro da equipe NASF compartilha a oferta do cuidado com outro da própria equipe de apoio ou da equipe de referência). Durante as

entrevistas esse fato foi confirmado, sendo considerado pelos entrevistados como a maior demanda do município seguida pela demanda de “nutrição”. Os participantes também relataram que a oficina do Guia Alimentar havia sido a primeira atividade de treinamento voltada para alimentação que haviam recebido nos anos em que trabalharam no NASF. Treinamentos na área de saúde mental foram ditos como frequentes.

A maioria dos entrevistados relatou já ter conhecimento do Guia Alimentar anteriormente a participação na oficina educativa seja através do contato com colegas da equipe, em especial via trabalho dos nutricionistas, ou através de rede sociais/internet. Todavia, a participação na oficina educativa foi relatada como oportunidade que de fato proporcionou maior conhecimento do conteúdo do guia alimentar.

Outro aspecto relevante durante e após a oferta da oficina foi o momento político ao qual o município se encontrava, em função da ocorrência de eleições no ano anterior, com mudança de prefeito e consequentemente dos dirigentes municipais, o que trouxe um clima de instabilidade considerando que grande parte dos trabalhadores eram contratados e de dúvidas quanto a continuidade do NASF. Essa realidade, todavia, não é exclusiva do município em estudo, pelo contrário, faz parte da realidade de muitos municípios brasileiros e revela a precariedade das relações de trabalho na atenção primária, gerando insegurança e rotatividade dos profissionais (Vilela & Mafra, 2015).

Para fins de apresentação dos resultados, identificou-se como cuidado nutricional qualquer prática ofertada pelos profissionais de saúde com intuito de melhorar as práticas alimentares dos usuários (Ball, Hughes, & Leveritt, 2013) e como **Cuidado baseado no Guia** aquele ao qual os entrevistados consideraram baseado no Guia Alimentar brasileiro. Três temas foram identificados. O primeiro tema, **compreendendo o cuidado baseado no guia**

alimentar, traz relatos da percepção dos profissionais sobre a aproximação do Guia Alimentar com a realidade alimentar dos usuários e características que facilitam sua inclusão no cuidado ofertado pelas equipes. O segundo tema, **dando sentido ao cuidado baseado no Guia** agrega os relatos dos entrevistados quanto aos argumentos utilizados para apropriação da proposta do Guia na prática. O terceiro tema, expõe as experiências de aplicação do Guia Alimentar nas atividades desenvolvidas pelas equipes, consideradas como **Cuidado baseado no Guia**.

Tema 1. COMPREENDENDO O CUIDADO BASEADO NO GUIA ALIMENTAR

Que se aproxima da comida já feita em casa

Os entrevistados consideraram a proposta de alimentação saudável apresentada no Guia Alimentar como aquela que abrange o alimento que é encontrado ou produzido no âmbito do domicílio ou no território ao seu redor. A adoção desse enfoque em suas próprias recomendações foi considerada possível de ser colocada em prática pelo profissional, uma vez que tem proximidade ao contexto de vida do usuário, e, ao mesmo tempo, também é conhecida do próprio profissional, na medida em que não introduz elementos externos – alimentos ou preparações - desconhecidos por ele ou pelo usuário à dieta. A alimentação saudável baseada no guia alimentar - aquela em “que a gente tem em casa” – é identificada nos relatos quando os entrevistados estimulam o consumo de alimentos comuns no cotidiano brasileiro, como a combinação de arroz e feijão, ou de alimentos encontrados nas hortas ou quintais das casas, ou de preparações feitas em casa com ingredientes adquiridos no comércio local.

e uma outra coisa também que eu acho muito importante é o alimento não precisar ser sofisticado, você não precisa ter um chefe de cozinha, ter um prato francês pra se alimentar bem, o básico tá ali em volta, tá do lado da sua casa, que você pode estar com qualidade (Assistente Social,21).

Uma alimentação saudável que se aproxima do que o usuário já come em casa foi também apontada em oposição a um distanciamento entre as tradicionais recomendações, que incluem alimentos caros, encontrados em estabelecimentos especializados, e a dificuldade de acesso dos usuários a tais alimentos, em especial financeira. O relato a seguir ilustra essa percepção e de como a abordagem do guia ao contrário, favorece a sua inclusão na prática:

essa é a alimentação assim, da gente levar para as pessoas a qualidade de vida mesmo, que é comida de verdade, porque muitas vezes as pessoas pensam assim “ai, a nutricionista vai trazer pra gente coisas que eu não tenho como comprar”, e o guia traz que a gente pode comer bem e saudável, com o que tem disponível, então isso eu acho que a gente pode contribuir. (Psicóloga, 4)

A noção de uma alimentação saudável a partir daquilo que “a gente tem em casa” foi importante também para que os profissionais identificassem alimentos ou preparações conhecidas e que poderiam indicar ou exemplificar em suas falas. Esse movimento de inclusão de alimentos conhecidos do usuário na orientação nutricional e que são adaptadas ao contexto e as práticas alimentares locais é considerada um elemento importante para a viabilidade de uma orientação nutricional, favorecendo sua utilização pelos profissionais de saúde (Mogre et al., 2016).

Que eu posso ser flexível

Os profissionais apontaram a proposta do guia alimentar como um referencial que os estimulou a romper com orientações prescritivas e recomendações “engessadas” sobre alimentação, que pré-definem o que o usuário “pode ou não comer” e que se limitava a indicação de porções de alimentos consideradas ideais. A pirâmide de alimentos foi apontada por alguns entrevistados como representante desse modelo “engessado” de orientação nutricional.

Acho que foi bacana também porque parece que engessa, né, a pirâmide, aquela visão construída, constituída. E aí acho que quando vem (o Guia) e fala “não né, tem coisa aqui que é do seu local, da sua cultura, que você vai comer mesmo e tal”.(Terapeuta Ocupacional, 8)

O trecho abaixo ilustra também como o enfoque do Guia alimentar auxiliou os profissionais a perceberem particularidades do hábito alimentar dos usuários que, embora diferente do padrão que eles, os profissionais, reconheciam como ideal, fazia parte da história de vida dos usuários, aquilo que gostam e estão acostumados a comer. Isso facilitou a tomarem condutas mais flexíveis, adaptando-as de acordo com a realidade dos usuários.

E aí ajudou nas minhas aulas, a valorizar aquela comidinha, que eu ficava um pouco retraído, queria valorizar mas o meu campo de trabalho é duro, porque o meu campo ele vai dizer “você tem que falar “não” pra esse senhor, ele não pode mais comer, o médico falou, tá prescrito” [...] então hoje eu falo mais tranquilo, “o senhor come, mas procura misturar com uma verdura”. (Educador físico, 12)

Os resultados mostraram que os entrevistados identificam um dos aspectos da abordagem da alimentação saudável no Guia Alimentar como uma proposta aplicada ao cotidiano da população atendida. O presente tema ilustra o reconhecimento de que uma alimentação saudável é aquela em “que a gente tem em casa”, em que se pode ser “flexível” reforçou a importância dada pelos entrevistados de que as recomendações para uma alimentação saudável no Guia são adequadas à realidade dos usuários do serviço no que se refere a sua adequação cultural, acesso financeiro e geográfico aos alimentos. Ao mesmo tempo, reforça um dos princípios do cuidado colaborativo em prover um cuidado que seja respeitoso e que responde as preferências, necessidades e valores dos usuários (IOM, 2001, Brasil,2014b).

Nesse sentido, identificar uma alimentação saudável como algo ao alcance do usuário e cuja recomendação estimula-os conduzir ajustes a depender do contexto do usuário influenciou positivamente a condução de atividades alimentação saudável. Todavia, essa perspectiva não é comumente encontrada nos estudos com profissionais da AP, especialmente no que se refere a concepção de uma alimentação saudável em contextos de vulnerabilidade.

No Brasil, estudos com profissionais da atenção primária encontraram a pobreza, baixa instrução, precárias condições de vida e os problemas alimentares dos usuários enquanto contingências inerentes a vida e ao trabalho como barreiras à promoção da alimentação saudável. Essas barreiras impactavam na motivação dos profissionais em intervir ou limitavam suas intervenções a situações em que se identificasse a presença de doenças (Boog, 1999; Oliveira e Silva, Ell, Frozi, & Capella, 2016; K. S. Oliveira et al., 2014; Silva, Recine, & Queiroz, 2002). Tal cenário não é exclusivo do contexto brasileiro, uma vez

que estudos mostram que os profissionais de saúde ao perceberem limitações de recursos pessoais ou econômicos de pacientes podem preferir não investir tempo em fornecer esse tipo de aconselhamento (Rubio-Valera et al., 2014).

Outro elemento que merece atenção é o fato de os entrevistados encontrarem no Guia argumentos que dessem respaldo para que pudessem ser flexíveis em suas orientações. Mais do que o que está explícito em tais falas, chama atenção aqui aquilo que não foi dito e que remete a influência do modelo biomédico de formação para a qual tradicionalmente a concepção de uma alimentação saudável orientada por um saber técnico-científico – uma dieta balanceada, equilibrada em nutrientes – com a qual o profissional de saúde têm dificuldades de traduzir para a prática, pois exterior à realidade do usuário. Uma abordagem orientada por conhecimentos e habilidades técnicas não é exclusiva do cenário brasileiro, mas se apresenta como uma fragilidade na formação de vários profissionais de saúde (Frenk et al., 2010).

Quanto ao cuidado em nutrição, Viana et al. (2017) discutem a influência desse modelo na formação do que eles chamam de *racionalidade nutricional* que, ao valorizar estritamente o equilíbrio de nutrientes, sinalizadas em preocupações centradas no “consumo racional de alimentos” ou em “uma alimentação balanceada” acaba por reduzir o prazer e os valores sociais atrelados ao comer.

TEMA 2. DANDO SENTIDO AO CUIDADO BASEADO NO GUIA

Ganhando credibilidade

Ainda que o cuidado em nutrição já fizesse parte das atividades cotidianas das equipes em diferentes formatos, o cuidado em nutrição não foi apontado como algo do domínio dos

entrevistados. Assim, o Guia Alimentar é apontado como recurso que embasou o discurso e a prática dos profissionais - uma diretriz oficial para alimentação saudável e introduzido à equipe via academia – universidade - e, também, como proposta que validou aquilo que alguns deles já orientavam.

Então sempre foi o que eu pensei, mas eu não tinha segurança para falar como hoje eu tenho, hoje eu tenho argumento, eu não sabia que existia o guia. Por mais que eu estivesse na área da saúde, hoje não, hoje eu falo com argumento “olha, tem material, eu tenho, eu mostro pra você”.... (Educador físico,6)

No caso dos nutricionistas, estas utilizavam os conteúdos do GAB, relatando fazer ajustes que julgavam necessários, inclusive reorganizado algumas de suas atividades em grupo de modo a incluírem o conteúdo do Guia Alimentar. Nessas atividades, além da apresentação da equipe, havia uma apresentação do guia alimentar como documento do Ministério da Saúde e em alguns casos observou-se a realização do registro nos prontuários sobre desenvolvimento de atividades baseadas no documento. Mesmo que seja esperado dos nutricionistas uma maior familiaridade e domínio do conteúdo do GAB, uma vez que refere-se ao objeto de trabalho do nutricionista, ainda assim a referência a incorporação em suas atividades de um material do Ministério da Saúde foi apontada.

Mais uma vez, nos relatos, pode-se perceber a influência do modelo de formação que valoriza a racionalidade científica dentro dos argumentos utilizados pelos entrevistados para dar sentido ao cuidado nutricional baseado no GAB ao apresentarem-no ao usuário como documento oficial do governo e produzido dentro do ambiente acadêmico. A necessidade de

obter respaldo e de validar o cuidado ofertado em nutrição ilustra a importância dada pelos entrevistados a uma atuação profissional baseada em evidências ao mesmo tempo que os ampara em sua tradicional formação biomédica.

Fazendo sentido pra mim

Os entrevistados relataram colocar em prática algumas das recomendações do Guia Alimentar em sua própria alimentação ou da família e a criarem oportunidades para sua adoção, o que os ajudou a refletir sobre como e o quê comiam no cotidiano.

(...) ontem, nós (eu, meus filhos e esposa) fizemos o bolo de fubá e também uma torta de frango, mas é um frango que a gente vai colocar na pressão, desfiar, então tudo envolve muita paciência, foi para o lanche deles de hoje, então eu evitei de comprar bolacha recheada, evitei de comprar outras coisas que sejam ultraprocessadas, para gente poder fazer algo mais em casa, mais natural, valeu a pena! Fora o momento ali que a gente viveu junto. (Assistente Social, I)

Ao mesmo tempo, a adoção das recomendações do Guia na própria alimentação foi citada como importante suporte durante as atividades com os usuários na medida em que podiam utilizar de sua vivência e exemplo para trabalharem o assunto. Essa experiência também foi apontada como uma forma de projeção da vivência pessoal para o outro – o que se aplica a mim poderia também aplicar-se ao usuário.

Os entrevistados relataram ter percebido resistências a adoção das recomendações dentro de diferentes ambientes: na escola dos filhos, no convívio familiar e no próprio ambiente de trabalho. Também resistências internas como a própria dificuldade em adotar

mudanças na alimentação ou por compreender que tais recomendações faziam parte do que o entrevistado considerava como recomendações aplicadas ao seu papel como profissional de saúde, e que não seriam abordadas fora do ambiente de trabalho.

Eu não uso muito, eu Luisa não uso muito, porque a hora que eu sair do trabalho eu não vou fazer nada de serviço lá fora, o meu guia tá lá em cima do armário, se as minhas irmãs chegam, leem, está ótimo, aprendem, se tiverem alguma dúvida a gente conversa, mas não que eu vá fazer (...)
(Assistente social,10)

De fato a literatura demonstra que de maneira geral, a adoção ou a intenção em adotar estilos de vida saudáveis pelos profissionais de saúde favorece a inclusão e a maior frequência do aconselhamento e de atividades de prevenção primária aos usuários (Frank, Segura, Shen, & Oberg, 2010; Hidalgo et al., 2016; Shai et al., 2012)

TEMA 3. APLICANDO O CUIDADO BASEADO NO GUIA ALIMENTAR

Os entrevistados reconhecem o nutricionista como responsável pelo cuidado especializado, e a existência de um cuidado em nutrição que é comum a todos, onde o cuidado baseado no guia se encaixa. Todavia, nem todos os entrevistados colocaram-se na condição de provedores do cuidado baseado no guia. As dificuldades dos profissionais no desenvolvimento de atividades em conjunto, e relacionadas ao planejamento e a sobrecarga de trabalho nas unidades e a própria presença do nutricionista na equipe, identificado como profissional detentor maior do conhecimento sobre nutrição, foram apontadas como razões para tal distanciamento. Nessas situações não se incorporou o cuidado baseado no Guia nas atividades ou encaminhava-se o usuário ao atendimento do nutricionista.

De maneira geral, duas formas de cuidado em nutrição baseadas no Guia Alimentar foram descritas. Um primeiro grupo voltou-se a utilização dos parâmetros adotados no Guia Alimentar que auxiliam na seleção e combinação de alimentos para identificação de uma alimentação saudável, entendida como situações em que o profissional se reconhece como **respondendo pelo cuidado baseado no guia**. O segundo grupo, a **refeição como cuidado**, incluiu a adoção das etapas que envolvem a realização das refeições como parte do cuidado em saúde, desenvolvido em paralelo a outras abordagens para além da alimentação. Em ambas abordagens os entrevistados relatam também reproduzir ou adaptar as dinâmicas experimentadas na oficina, possibilitando que atividades de promoção da alimentação saudável fossem desenvolvidas pelas equipes com ou sem a presença de um nutricionista.

Respondendo pelo cuidado baseado no Guia

Na primeira abordagem, os entrevistados relatam experiências em que identificaram ou exemplificaram, com base no Guia Alimentar, características de alimentos ou refeições saudáveis. Destaca-se nos relatos a ênfase dada ao fato de o profissional identificar-se como o responsável pelo retorno ao usuário, especialmente os não-nutricionistas, conseguindo dar repostas sobre alimentação quando do surgimento de uma dúvida ou uma demanda por orientação vinda do usuário. Também foram relatados adaptações ou reproduções da oficina educativa ao desenvolverem grupos de alimentação saudável, na condução de aconselhamento sobre alimentação durante acolhimento inicial, visita domiciliar, e outras atividades grupais.

Ao utilizarem o enfoque do Guia Alimentar os entrevistados apresentam-se como capazes de conduzir atividades que envolvem a alimentação na medida em que conseguem dar respostas concretas ao usuário, são capazes de trazer argumentos, introduzindo uma

racionalidade no aconselhamento: ao ilustrarem uma alimentação saudável utilizando imagens de refeições do Guia, sugerirem exemplos de substituições dentro de um mesmo grupo de alimentos, orientarem sobre a leitura de rótulos e de indicar critérios para compra de alimentos, afirmarem sobre a qualidade do alimento segundo processamento, esclarecem mitos sobre alimentos ditos saudáveis, etc.

...falei pra ela (usuária): “eu tive, não só a nutricionista, eu tive também aprendendo que no guia, nosso guia é bonito, é colorido você vê foto do prato de arroz e feijão, você vê um bife, vê um ovo tal”, falei “é isso que a senhora precisa comer, colorido”. (Assistente Social, 13)

O relato abaixo exemplifica orientações trabalhadas a partir de questionamentos trazidos pelos usuários:

... então a gente começou a trabalhar de substituir aquilo que é ultraprocessado por coisas mais naturais, aí o paciente falou: E a pipoca posso? Sim! a pipoca faz bem, a pipoca é mais natural, mas eu posso fazer a pipoca com achocolatado? Não [risos], você vai tentar fazer ela sem a adição de açúcar (...)outros exemplos: “eu posso fazer um ovo cozido? ah, meus filhos adoram um ovo cozido!” “sim você pode fazer!” (Assistente Social,1)

O quadro 7 ilustra as situações em que o GAB foi utilizado, segundo as atividades das equipes no tema “respondendo pelo cuidado baseado no guia”:

Quadro 7 – Situações de utilização do Guia Alimentar relatadas no tema “respondendo pelo cuidado baseado no guia” segundo atividades das equipes NASF-AB

Contexto de utilização do Guia Alimentar	Atividades NASF
1) Orientando sobre o que é saudável a partir das figuras do Guia (classificação de alimentos por nível de processamento)	Grupo de atividade física ^{1,2,3,4,12}
2) Orientando a dar preferência a preparação feita em casa a comprar alimento pronto para consumo	Grupo de Alimentação Saudável ^{5,7,9,11}
3) Usando o guia como dicas de alimentação	
4) Usando o guia para responder perguntas dos usuários	Grupo de dor ^{6,13}
5) Usando embalagens e rótulos para discutir a classificação dos alimentos	
6) Usando as figuras de refeições do Guia como exemplo de alimentação (colorido, distribuição dos alimentos)	Visita domiciliar ^{6,7,8,9,10}
7) Orientando sobre desvantagens de consumo de upp (saúde ou financeiramente)	Grupo de prática postural ⁹
8) Orientando sobre ter olhar crítico sobre alegações nos rótulos de alimentos e quanto a informações da mídia (rótulo)	Atividades não identificadas ^{7,10}
9) Fornecendo orientações de uso de alimento in natura ou minimamente processado como substitutos a UPP	
10) Orientando sobre dar preferência a /inclusão de legumes e verduras	
11) Discutindo sobre reduzir os UPP e dar preferência aos alimentos in natura	
12) Dando opções do que levar para comer (marmita) substituindo embutidos por frutas ou castanhas	
13) Pontuando o que as pessoas já comiam ou tinham em casa, no quintal e trabalhando o que poderiam mudar na alimentação com base no Guia	

Percebe-se pelos relatos a produção de cuidado baseado no Guia em que os entrevistados expõem argumentos e auxiliam os usuários quanto a escolha dos alimentos. Os entrevistados mostram-se familiarizados com a classificação de alimentos segundo extensão e propósito do processamento apresentada dentro do Guia, e, mais que isso, assumem-se

capazes de utilizá-la nas suas diversas atividades, seja reproduzindo uma experiência da oficina ou esclarecendo uma dúvida durante uma visita domiciliar.

Aqui, a ideia do profissional se apresentar como provedor do conhecimento no momento do encontro com o usuário está presente. Ao mesmo tempo em que assumem responder demandas em alimentação utilizando a proposta do GAB, atendendo uma necessidade do usuário, o profissional se reconhece como aquele capaz de dar respostas.

Dentro do modelo de organização do trabalho das equipes em estudo, na qual os especialistas são estimulados a assumir a condução de atividades tradicionalmente consideradas fora do seu escopo de atuação, encontrar um referencial com a qual eles se sentem apropriados para a produção do cuidado em nutrição pareceu relevante para os entrevistados. Em alguns casos, a resposta ofertada aos usuários utilizou-se do Guia para dar orientações do que se “pode ou não” comer, ainda que o próprio Guia não faça uso dessa delimitação, mas, em seu lugar, empregue termos como “preferir” e “na maior parte das vezes” em suas recomendações. Recomendações prescritivas podem ainda ser reflexo da formação em saúde deslocada da necessidade do usuário que ainda encontra espaço nas práticas profissionais (Almeida-Filho, 2011).

A refeição como cuidado

Na segunda abordagem, **a refeição como cuidado**, diz respeito ao relato de atividades em que os profissionais adotaram as etapas em torno do momento da refeição e seus significados afetivos para o usuário como uma forma de cuidado em saúde baseado no Guia. Os entrevistados relataram experiências com a utilização do Guia Alimentar em que as diferentes etapas que envolvem a realização das refeições - o planejamento, preparo e o

momento de consumo das refeições – foram adotadas em paralelo a outras abordagens do cuidado ofertadas pela equipe, como por exemplo na assistência social e na saúde mental.

As recomendações que envolvem o “planejar o que comer”, “fazer a (própria) comida”, “preparar a mesa” e “dedicar tempo para as refeições” foram utilizadas como recursos para estimular o usuário na organização das atividades do cotidiano e como forma de autocuidado. O “comer junto” e as “memórias afetivas” ligadas as refeições ou aos alimentos em si foram trabalhados como reforço a aproximação entre as pessoas, a criação de laços afetivos e de momentos de prazer, especialmente no ambiente doméstico.

(...) eu disse “olha que comer também é se relacionar, uma forma de se relacionar e como que a gente tem feito desse momento?” E é um momento em que teoricamente a gente para, ou deveria parar, e... é uma pausa pra essa família poder se perceber, para estar junto, então eu acho que falar, e tem muito isso na terapia ocupacional, eu preciso frisar isso que pra mim ficou muito marcado essa questão de ser algo que é da rotina e do cotidiano de uma família... (Terapeuta ocupacional,8)

Outras vezes essas recomendações foram adotadas como um indicador do cuidado em nutrição cuja presença ou ausência no cotidiano do usuário ou de sua família passou a ser empregado como mais um elemento a ser investigado pelo profissional.

(...) o que eu faço porque eu interiorizei, é quando eu estou fazendo acolhimento inicial com as mães pra depois atender a criança. Antes eu perguntava (às mães) se (a criança) dormia, se não dormia e tal, agora

(pergunto) “como é a alimentação?” Para poder dizer também daquela criança como que ela tá, “você trabalha, vocês alimentam em casa junto? Como é que está isso?” (Psicóloga, 20)

A utilização da alimentação como um indicador de cuidado não era abordada de forma isolada, mas dentro de um conjunto de informações gerais coletadas pelos profissionais nas quais a alimentação, pensada nos moldes “da refeição como um cuidado”, passou a ser incluída. Uma das nutricionistas faz um comentário que ilustra esse tipo de abordagem ofertada pelos colegas:

Aí eles (profissionais da equipe) falam muito de rotina, quando você começa a sugerir “vamos tentar organizar uma rotina, incluir o exercício, incluir as refeições nos horários”, acho que ajuda a organizar um pouco o dia a dia da pessoa. Então eles (da equipe) usam muito dessa forma, não é um grupo de alimentação que é conduzido pela equipe, é mais uma coisa que chama atenção dentro de tantas coisas que eles querem conhecer sobre a pessoa, (sobre) a alimentação e acho que eles passaram a incorporar melhor depois da oficina. (Nutricionista, 15)

O quadro 8 ilustra as situações em que os profissionais relataram utilizar o GAB, discriminados segundo atividades da equipe NASF, no tema “a refeição como cuidado”.

Quadro 8 – Situações de utilização do Guia Alimentar relatadas no tema “a refeição como cuidado”, segundo atividades das equipes NASF- AB.

Situações de utilização do Guia Alimentar	Atividades
1)Orientando a dedicar tempo para comer, comer com tranquilidade, sentar à mesa 2)Trabalhando a alimentação como momento de aproximação da família (e socialização) 3) Trabalhando a história de vida, memórias da infância e relação com a comida 4)Trabalhando a organização da rotina diária com a organização da alimentação (planejamento e preparo das refeições) 5)Trabalhando o momento da refeição como forma de autocuidado ou indicador de cuidado	Grupo de pais e filhos ^{1,2,3,4,5}
	Grupo de Alimentação Saudável ^{2,3,4,5}
	Acolhimento ²
	Visita domiciliar ¹
	Grupo de escuta ³
	Atividades não identificadas ^{1,4,5}

As experiências identificadas como **“a refeição como cuidado”** ilustram intervenções em que a história e significados dados pelos usuários à alimentação, e a influência de circunstâncias voltadas **a organização, planejamento e aos modos de comer** foram agregadas dentro de temáticas identificadas pelos entrevistados como próximas à sua especialidade profissional.

Utilizando o conceito de interdisciplinaridade adaptado por Furtado (2007) assume-se aqui que o objeto do conhecimento – o Guia Alimentar brasileiro – possibilitou que os diversos universos disciplinares, cada qual com seu discurso sobre a realidade e seu domínio linguístico, pudessem, ao construir o cuidado em nutrição baseado no Guia, produzir também diversos discursos ou dimensões da realidade. A construção do cuidado em nutrição baseado no Guia passa então a refletir não apenas a realidade de um único núcleo disciplinar, mas, ao mesmo tempo, reflete a realidade das outras disciplinas, representados aqui pela bagagem e experiência dos especialistas não nutricionistas.

No contexto das práticas, esse movimento de integração de diferentes saberes na construção de um cuidado em nutrição comum as diferentes especialidades profissionais, alinha-se a proposta de trabalho da equipe, baseada no apoio matricial, na qual os diferentes profissionais são estimulados a trazer contribuições teóricas e práticas de sua especialidade ao mesmo tempo em que desenvolvem novas habilidades e competências (Campos, 1999).

Experiências de cuidado nutricional em equipes de atenção primária que estimulam a troca de conhecimentos entre seus membros e o atendimento compartilhado do usuário também são encontradas em outros países, com formatos diferenciados a depender do modelo de atenção primária adotado, a exemplo do Canadá, Espanha e Austrália, ainda que predominantemente no cuidado em diabetes e saúde mental (De Oliveira & Campos, 2015). Independente dos formatos na organização do trabalho, o melhor uso dos recursos e a maior qualidade no cuidado demandam formação acadêmica, treinamento em serviço e ferramentas de trabalho adequados (DiMaria-Ghalili et al., 2014).

Quanto as ferramentas de trabalho, apesar dos guias alimentares nacionais serem recomendados como pilares para promoção da alimentação saudável por agências internacionais desde o início do século XX, o fato de parte deles serem baseados em uma perspectiva reducionista cujas recomendações são focadas em nutrientes ou em quantidades de alimentos a serem consumidas, não conseguem dar conta de abranger a atual relação dieta e perfil epidemiológico da população e do sistema alimentar como um todo e, nesse sentido, favorecem a manutenção e dominância de um único discurso sobre a realidade (Jacobs & Tapsell, 2013; Organization, 2016). Nesse sentido, recupera-se aqui o argumento de Monteiro et al. (2015) para o qual muitos outros tipos de conhecimento, para além daqueles obtidos por meio de estudos controlados, ficam de fora na elaboração de guias alimentares.

Enquanto isso, no cenário internacional, publicações recentes sobre desenvolvimento futuro de guias alimentares vem cada vez mais reconhecendo a necessidade de que esses reflitam a interação das distintas disciplinas e profissões, reafirmando o caráter inovador do Guia Alimentar brasileiro (Bechthold, Boeing, Tetens, Schwingshackl, & Nothlings, 2018; Organization, 2016; Ridgway et al., 2019).

Ainda que os profissionais tenham relatado suas experiências de cuidado nutricional baseado no Guia sendo desenvolvidas com ou sem a presença do nutricionista e em atividades dentro de seus núcleos profissionais, encontrou-se que durante as observações as ações que envolviam o uso do Guia alimentar foram ofertadas predominantemente pelo nutricionista, com diferenças no nível de envolvimento dos demais membros da equipe. Essa divergência entre observações e relatos das experiências durante as entrevistas pode ser explicada em função de uma possível diferença de tempo entre os relatos dados durante as entrevistas, muitos deles ocorrendo nas semanas próximas a oferta da oficina e a condução das observações, realizadas de 9 a 4 meses após a oficina.

Ao mesmo tempo essa divergência agrega considerações aos resultados pois ilustram impactos no âmbito cognitivo, no que se refere a compreensão dos profissionais e em como foram dando sentido (temas 1 e 2) ao cuidado em nutrição baseado no Guia, para só então colocarem em prática em diferentes intensidades, sob a forma de ações concretas (tema 3). As práticas por sua vez são influenciadas por diversos outros elementos, que não se limitam apenas ao enfoque individual, mas na própria organização dos serviços, nas relações dentro das equipes de apoio e com a equipe de referência das unidades de saúde e até mesmo com a própria forma como os usuários enxergam o trabalho da equipe, o que abre espaço para novas investigações a esse respeito.

Algumas limitações podem ser percebidas no presente estudo. Uma delas, o fato da pesquisadora principal ser também membro da instituição parceira do município na oferta do treinamento pode ter influenciado as respostas dos entrevistados. Todavia, a presença da pesquisadora nas atividades de campo antes e após a oferta da oficina possibilitou aproximação com os participantes estabelecendo um clima de confiança e abertura durante as entrevistas.

Em se tratando de um estudo de caso e assumindo que o modelo de organização do trabalho e o próprio Guia Alimentar são específicos do contexto brasileiro, os resultados aqui encontrados não poderiam ser aplicados em outros cenários. Todavia, mais que se configurar enquanto uma limitação do estudo esse aspecto ressalta seu caráter inovador, em que, até o momento de redação da presente tese, este foi o primeiro estudo a explorar as influências do GAB no trabalho de equipes NASF-AB em uma abordagem qualitativa.

Ademais, a experiência estudada está próxima da realidade de outros municípios brasileiros cujas equipes NASF-AB são desafiadas a trabalhar com a temática da alimentação saudável. Contribui também para o esclarecimento da perspectiva do cuidado em nutrição de profissionais não nutricionistas, podendo seus resultados se aproximar de equipes multiprofissionais de saúde em que haja co-responsabilização pelo cuidado e com sistemas de saúde coordenados pela atenção primária.

Mais estudos no contexto da atenção primária são necessários para avaliar a compreensão de profissionais de saúde sobre o guia alimentar, em especial quanto as recomendações que envolvem aspectos socioculturais e de sustentabilidade introduzidas pelo Guia brasileiro (Oliveira e Amparo-Santos, 2018), assim como de barreiras e facilitadores para sua condução.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As experiências de treinamentos em serviço incluídas no estudo de revisão de escopo ilustram a diversidade de formatos aos quais a temática da alimentação saudável pode ser incorporada na atenção primária, desde experiências eminentemente voltadas a promoção da alimentação saudável até sua inclusão como suporte na prevenção e manejo de doenças crônicas e obesidade. A inserção em diferentes propostas de qualificação reforça também o papel basilar da temática de modo a contribuir para melhoria da qualidade do cuidado nutricional na atenção primária.

Parte dos estudos incluídos fizeram uso de Guias Alimentares nacionais como referencial teórico. De modo geral os estudos consideraram a alimentação em abordagens centradas em alimentos e em abordagens mistas. Considerando que os treinamentos ofertados são direcionados a profissionais de saúde e não ao público/usuários dos serviços, é compreensível que as duas abordagens sejam encontradas, podendo ser reflexo da convivência entre os distintos paradigmas que atualmente lideram as discussões no campo da nutrição em saúde pública.

Partindo dessas discussões, todavia, os resultados levantaram ao mesmo tempo a necessidade de oferta de treinamentos que incorporem abordagens mais compreensivas, capazes de considerar os diferentes olhares sob a alimentação e que considerem diferentes níveis de intervenção, do individual ao macrossocial. As experiências mais compreensivas encontradas dentre os estudos aqui investigados, assumiram tais características.

Na direção de abordagens mais compreensivas, os resultados sugerem também o direcionamento dos treinamentos a todas as categorias profissionais de saúde, em especial

junto aos agentes comunitários de saúde cuja proximidade e vínculo com a comunidade atendida pode favorecer sobremaneira um olhar apurado sobre a realidade do território local e contribuir para o atendimento à universalização do cuidado nutricional na atenção primária, especialmente em localidades onde o acesso aos serviços de saúde é dificultado.

No Brasil, a integração de equipes multidisciplinares NASF-AB ao trabalho colaborativo na atenção primária completou sua primeira década de existência sendo gradativamente implementado no território brasileiro ao mesmo tempo que enfrenta desafios na manutenção da sua proposta inicial. No município em estudo não foi diferente, as equipes avançam em suas conquistas, transformando e criando novas formas de cuidado em saúde, aqui investigado no âmbito do cuidado em nutrição, ao mesmo tempo em que lidam com resistências no território, no dia a dia do cotidiano do trabalho e na vida pessoal. A abordagem qualitativa utilizada no estudo de caso apresentado auxilia na melhor compreensão das distintas dinâmicas existentes entre os diversos saberes profissionais envolvidos, a produção do cuidado em nutrição e a realidade do cotidiano do território e serviço.

As percepções e experiências dos profissionais de saúde sobre o Guia Alimentar brasileiro apontaram para a ampliação do referencial dos entrevistados quanto a abordagem da alimentação saudável na medida em que a compreenderam como próxima ao contexto de vida dos usuários do serviço e cuja intervenção estava aberta a ajustes voltados ao usuário ou em função da vivência do profissional. Essa ampliação refletiu-se também no escopo de ações relatadas e que consideraram a alimentação em dimensões que envolviam a escolha dos alimentos e a percepção de que os momentos que em torno da refeição são formas de cuidado em nutrição. O reconhecimento de diferentes dimensões de cuidado em nutrição a

partir do Guia Alimentar brasileiro favoreceu a aproximação dos núcleos profissionais dos especialistas ao contexto da alimentação.

Recuperando um dos princípios do próprio Guia, para a qual as “recomendações sobre alimentação devem estar em sintonia com seu tempo” assume-se que seu paradigma possibilita analisar a realidade e propor soluções para problemas do presente e que se estendem, em alguma medida, ainda ao momento futuro. Considerando a tendência ao trabalho em saúde cada vez mais voltado a modelos em rede interprofissionais e intersetoriais urge a adoção, para o cuidado nutricional, de referenciais que considerem e incorporem as múltiplas dimensões da alimentação e que possibilite aos diferentes profissionais enxergar-se como contribuinte ativo dentro desse contexto. Contexto para qual o Guia Alimentar brasileiro vem mostrando-se capaz de contribuir.

É impar adicionar, no presente contexto, que os resultados encontrados só puderam ser alcançados em função do delineamento e oferta da oficina de implementação do Guia Alimentar no município em questão. Foi, portanto, a oficina que unificou as duas estratégias metodológicas empregadas na presente tese (revisão de escopo e estudo de caso qualitativo), podendo esta portanto ser pensada como um exemplo local da importância da qualificação da força de trabalho em alimentação e nutrição na produção do cuidado nutricional na atenção primária.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afshin, A., Sur, P. J., Fay, K. A., Cornaby, L., Ferrara, G., Salama, J. S., . . . Murray, C. J. L. (2019). Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*, 393(10184), 1958-1972. doi:10.1016/s0140-6736(19)30041-8
- Almeida-Filho, N. (2011). Higher education and health care in Brazil. *The Lancet*, 377(9781), 1898-1900. doi:10.1016/s0140-6736(11)60326-7
- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19-32. doi:10.1080/1364557032000119616
- Ball, L., Hughes, R., & Leveritt, M. (2013). Health professionals' views of the effectiveness of nutrition care in general practice setting. *Nutrition & Dietetics*, 70(1), 35-41. doi:10.1111/j.1747-0080.2012.01627.x
- Bechthold, A., Boeing, H., Tetens, I., Schwingshackl, L., & Nothlings, U. (2018). Perspective: Food-Based Dietary Guidelines in Europe-Scientific Concepts, Current Status, and Perspectives. *Adv Nutr*, 9(5), 544-560. doi:10.1093/advances/nmy033
- Bell, A. C., Campbell, E., Francis, J. L., & Wiggers, J. (2014). Encouraging general practitioners to complete the four-year-old Healthy Kids Check and provide healthy eating and physical activity messages. *Aust N Z J Public Health*, 38(3), 253-257. doi:10.1111/1753-6405.12201
- Bernard, H. R., & Ryan, G. H. (2010). Content Analysis. In *Analyzing qualitative data: Systematic approaches* (2 ed., pp. 287-310). California: Thousand Oaks.
- Bero, L. A., Norris, S. L., & Lawrence, M. A. (2019). Making nutrition guidelines fit for purpose. *BMJ*, 365, 11579. doi:10.1136/bmj.11579
- Bonilla, C., Brauer, P., Royall, D., Keller, H., Hanning, R. M., & DiCenso, A. (2016). Interprofessional dietary assessment practices in primary care: A mixed-methods study. *J Interprof Care*, 30(1), 77-82. doi:10.3109/13561820.2015.1064877
- Boog, M. C. F. (1999). Dificuldades encontradas por medicos e enfermeiros na abordagem de problemas alimentares. *Rev. Nutr.(Campinas)*, 12(3), 261-272.
- Bradley, H. A., & Puoane, T. (2007). Prevention of hypertension and diabetes in an urban setting in South Africa: participatory action research with community health workers. *Ethnicity & Disease*, 17.
- Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. , (2007).
- Brasil. (2009a). *Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família*. Brasília-DF.
- Brasil. (2009b). *Matriz de ações de alimentação e nutrição na atenção básica de saúde*. Brasília-DF: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2013). *Política Nacional de Alimentação e Nutrição*. Brasília-DF.

- Brasil. (2014a). *Dietary Guidelines for the Brazilian population*. Brasília-DF Retrieved from http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dietary_guidelines_brazilian_population.pdf.
- Brasil. (2014b). *Núcleo de apoio à Saúde da família. Volume1. Ferramentas para gestão e para o trabalho cotidiano. Caderno de atenção básica 39*. Brasília-DF: Ministério da Saúde Retrieved from http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf.
- Brasil. (2015). *Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): Revisão da Portaria MS/GM no 687, de 30 de março de 2006*. Brasília - DF.
- Brasil. (2017). *Contribuições dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família para a Atenção Nutricional*. Ministério da Saúde.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. doi:10.1191/1478088706qp063oa
- Cadman, L., & Findlay, A. (1998). Assessing Practice Nurses change in nutrition knowledge.pdf>. *J Roy Soc Health*, 118(4), 206-209.
- Campos, G. W. d. S. (1999). Equipes de referência e apoio especializado matricial um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde.pdf>. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(2), 393-403.
- Campos, G. W. d. S. (2000). Saúde pública e saúde coletiva campo e núcleo de saberes e práticas. *Cien Saude Colet*, 5(2), 219-230.
- Campos, G. W. d. S., & Domitti, A. C. (2007). Apoio matricial e equipe de referência uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde.pdf>. *Cad. Saúde Pública*, 23(2), 399-407.
- Castro, I. R. R. d., Souza, T. S. N. d., Maldonado, L. A., Caniné, E. S., Rotenberg, S., & Gugelmin, S. A. (2007). A culinária na promoção da alimentação saudável: delineamento e experimentação de método educativo dirigido a adolescentes e a profissionais das redes de saúde e de educação. *Rev. Nutr., Campinas*, 20(6), 571-588.
- Ceccim, R. B., & Ferl, A. A. (2020). Dicionário da Educação Profissional em saúde. Educação Permanente. Retrieved from <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edupersau.html>
- Chaffee, B. W., Feldens, C. A., & Vitolo, M. R. (2013). Cluster-randomized trial of infant nutrition training for caries prevention. *J Dent Res*, 92(7 Suppl), 29S-36S. doi:10.1177/0022034513484331
- Coitinho, D., Monteiro, C. A., & Popkin, B. M. (2002). What Brazil is doing to promote healthy diets and active lifestyles. *Public Health Nutr*, 5(1A), 263-267.
- Collinsworth, A., Vulimiri, M., Snead, C., & Walton, J. (2014). Community health workers in primary care practice: redesigning health care delivery systems to extend and improve diabetes care in underserved populations. *Health Promot Pract*, 15(2 Suppl), 51S-61S. doi:10.1177/1524839914539961
- Creswell, J. W. (2007). Five Qualitative approaches to inquiry. In *Qualitative Inquiry and Research Design. Choosing among five approaches* (pp. 53-84): Thousand Oaks.
- Daudt, H. M., van Mossel, C., & Scott, S. Enhancing the scoping study methodology: a large, inter-professional team's experience with Arksey and O'Malley's framework. *BMC Medical Research Methodology*, 13(48). doi:doi:10.1186/1471-2288-13-48

- De Oliveira, M. M., & Campos, G. W. (2015). Matrix support and institutional support: analyzing their construction. *Cien Saude Colet*, 20(1), 229-238. doi:10.1590/1413-81232014201.21152013
- Delisle, H., Shrimpton, R., Blaney, S., Du Plessis, L., Atwood, S., Sanders, D., & Margetts, B. (2017). Capacity-building for a strong public health nutrition workforce in low-resource countries. *Bull World Health Organ*, 95(5), 385-388. doi:10.2471/BLT.16.174912
- Denney-Wilson, E., Robinson, A., Laws, R., & Harris, M. F. (2014). Development and feasibility of a child obesity prevention intervention in general practice: the Healthy 4 Life pilot study. *J Paediatr Child Health*, 50(11), 890-894. doi:10.1111/jpc.12671
- Devries, S., Willett, W., & Bonow, R. O. (2019). Nutrition Education in Medical School, Residency Training, and Practice. *JAMA*. doi:10.1001/jama.2019.1581
- DiMaria-Ghalili, R. A., Mirtallo, J. M., Tobin, B. W., Hark, L., Van Horn, L., & Palmer, C. A. (2014). Challenges and opportunities for nutrition education and training in the health care professions: intraprofessional and interprofessional call to action. *Am J Clin Nutr*, 99(5 Suppl), 1184S-1193S. doi:10.3945/ajcn.113.073536
- Dussault, G., Kavar, R., Castro Lopes, S., & Campbell, J. (2018). *Building the primary health care workforce of the 21st century. Background paper to the Global Conference on Primary Health Care: From Alma-Ata Towards Universal Health Coverage and the Sustainable Development Goals*. Retrieved from Geneva:
- El-Sayed, H., Martinez, J., Rakha, M., Zekry, O., Abdel-Hak, M., & Abbas, H. (2014). The effectiveness of the WHO training course on complementary feeding counseling in a primary care setting, Ismailia, Egypt. *J Egypt Public Health Assoc*, 89(1), 1-8. doi:10.1097/01.EPX.0000443990.46047.a6
- Fanzo, J. C., Graziose, M. M., Kraemer, K., Gillespie, S., Johnston, J. L., de Pee, S., . . . West, K. P. (2015). Educating and training a workforce for nutrition in a post-2015 world. *Adv Nutr*, 6(6), 639-647. doi:10.3945/an.115.010041
- Fardet, A., & Rock, E. (2014). Toward a new philosophy of preventive nutrition: from a reductionist to a holistic paradigm to improve nutritional recommendations. *Adv Nutr*, 5(4), 430-446. doi:10.3945/an.114.006122
- Ferreira, V. R., Sangalli, C. N., Leffa, P. S., Rauber, F., & Vitolo, M. R. (2019). The impact of a primary health care intervention on infant feeding practices: a cluster randomised controlled trial in Brazil. *J Hum Nutr Diet*, 32(1), 21-30. doi:10.1111/jhn.12595
- Fischer, C. G., & Garnett, T. (2016). *Plates, pyramids and planets. Developments in national healthy and sustainable dietary guidelines: a state of play assessment*. Retrieved from
- Frank, E., Segura, C., Shen, H., & Oberg, E. (2010). Predictors of Canadian physicians' prevention.pdf>. *Can J Public Health*, 101(5), 390-395.
- Freire, P. (2005). *Pedagogia do oprimido* (P. e. Terra Ed. 42 ed.). Rio de Janeiro.
- Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z. A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., . . . Zurayk, H. (2010). Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*, 376(9756), 1923-1958. doi:10.1016/s0140-6736(10)61854-5
- Frois, S. F. B., Dourado, L. M., & Pinho, L. (2016). Promoção da alimentação saudável entre profissionais de saúde na atenção primária. *Rev Bras Promoç Saúde*, 29(4), 621-626.

- Furtado, J. P. (2007). Reference teams: an institutional arrangement for leveraging collaboration between disciplines and professions. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, 11(22), 239-245.
- Ghafoor, E., Riaz, M., Eichorst, B., Fawwad, A., & Basit, A. (2017). Feedback about Conversation Map TM tools from trained facilitators in Pakistan. *Clinical Epidemiology and Global Health*, 5(3), 131-136. doi:10.1016/j.cegh.2016.12.002
- Gibbs, H. D., Broom, J., Brown, J., Laws, R. A., Reckless, J. P. D., Noble, P. A., . . . Montazeri, A. (2004). A new evidence-based model for weight management in primary care the Counterweight Programme. *J Hum Nutr Dietet*, 17, 191-208.
- Gomes, C. B., Malta, M. B., Louzada, M., Benicio, M. H. D., Barros, A. J. D., & Carvalhaes, M. (2019). Ultra-processed Food Consumption by Pregnant Women: The Effect of an Educational Intervention with Health Professionals. *Matern Child Health J*, 23(5), 692-703. doi:10.1007/s10995-018-2690-z
- Hidalgo, K. D., Mielke, G. I., Parra, D. C., Lobelo, F., Simoes, E. J., Gomes, G. O., . . . Hallal, P. C. (2016). Health promoting practices and personal lifestyle behaviors of Brazilian health professionals. *BMC Public Health*, 16(1), 1114. doi:10.1186/s12889-016-3778-2
- Hodge, A. (2020). Opportunities for nutrition in primary care. *Public Health Nutr*, 23(1), 1-2. doi:10.1017/S1368980019005342
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2019). IBGE. Cidades. Jundiaí. Retrieved from <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/jundiai/panorama>
- Jacob, M., Stewart, P., Medina-Walpole, A., & Fong, C.-T. (2016). A culinary laboratory for nutrition education. *The Clinical Teacher*, 13, 197-201.
- Jacobs, D. R., & Tapsell, L. C. (2013). Food synergy: the key to a healthy diet. *Proc Nutr Soc*, 72(2), 200-206. doi:10.1017/S0029665112003011
- Jaime, P. C., Silva, A. C. F., Lima, A. M. C., & Bortolini, G. A. (2011). Ações de alimentação e nutrição na atenção básica: a experiência de organização no Governo Brasileiro. *Revista de Nutrição*, 24(6), 809-824.
- Jaime, P. C., Tramontt, C. R., Maia, T. d. M., Gabe, K. T., & Reis, L. C. d. (2018). Content validity of an educational workshop based on the Dietary Guidelines for the Brazilian Population. *Revista de Nutrição*, 31(6), 593-602. doi:10.1590/1678-98652018000600008
- Johnston, E., Mathews, T., Aspry, K., Aggarwal, M., & Gianos, E. (2019). Strategies to Fill the Gaps in Nutrition Education for Health Professionals through Continuing Medical Education. *Curr Atheroscler Rep*, 21(4), 13. doi:10.1007/s11883-019-0775-9
- Kahan, S., & Manson, J. E. (2017). Nutrition Counseling in Clinical Practice: How Clinicians Can Do Better. *JAMA*, 318(12), 1101-1102. doi:10.1001/jama.2017.10434
- Keller, I., & Legetic, B. (2004). Training Chilean primary health care professionals in nutrition for noncommunicable disease prevention. *Rev Panam Salud Publica*, 16(4), 242-249.
- Kenn, J. (2009). Estudo de caso. In *Pesquisa Qualitativa na atenção à saúde* (pp. 127-134). Porto Alegre: Artmed.
- Kraemer, F. B., Prado, S. D., Ferreira, F. R., & Carvalho, M. C. V. S. d. (2014). O discurso sobre a alimentação saudável como estratégia de biopoder. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 24(4), 1337-1360. doi:10.1590/s0103-73312014000400016

- Kris-Etherton, P. M., Akabas, S. R., Douglas, P., Kohlmeier, M., Laur, C., Lenders, C. M., . . . Saltzman, E. (2015). Nutrition competencies in health professionals' education and training: a new paradigm. *Adv Nutr*, 6(1), 83-87. doi:10.3945/an.114.006734
- Levy, J., Harris, J., Darby, P., Sacks, R., Dumanovsky, T., & Silver, L. (2011). The primary care nutrition training program: an approach to communication on behavior change. *Health Promot Pract*, 12(5), 761-768. doi:10.1177/1524839909349181
- Lutter, C. K., Iannotti, L., Creed-Kanashiro, H., Guyon, A., Daelmans, B., Robert, R., & Haider, R. (2003). Key principles to improve programmes and interventions in complementary feeding. *Maternal and Child Nutrition*, 9(Suppl. 2), 101-115.
- Malta, M. B., Carvalhaes, M. A., Takito, M. Y., Tonete, V. L., Barros, A. J., Parada, C. M., & Benicio, M. H. (2016). Educational intervention regarding diet and physical activity for pregnant women: changes in knowledge and practices among health professionals. *BMC Pregnancy Childbirth*, 16(1), 175. doi:10.1186/s12884-016-0957-1
- Matta, G. C., & Morosini, M. V. G. Dicionário da educação profissional em saúde. Verbetes. Atenção primária à Saúde. Retrieved from <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>
- Mendes, E. V. (2015). *A construção social da atenção primária à saúde*. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde.
- Merriam, S. B. (2009). *Qualitative Research: a guide to design and implementation* (2 ed.): Jossey-Bass.
- Mitchell, H., Lucas, C., Charlton, K., & McMahon, A. (2018). Models of nutrition-focused continuing education programs for nurses: a systematic review of the evidence. *Aust J Prim Health*, 24(2), 101-108. doi:10.1071/PY17088
- Mogre, V., Scherpbier, A. J., Stevens, F., Aryee, P., Cherry, M. G., & Dornan, T. (2016). Realist synthesis of educational interventions to improve nutrition care competencies and delivery by doctors and other healthcare professionals. *BMJ Open*, 6(10), e010084. doi:10.1136/bmjopen-2015-010084
- Monteiro, C. A., Cannon, G., Moubarac, J. C., Martins, A. P., Martins, C. A., Garzillo, J., . . . Jaime, P. C. (2015). Dietary guidelines to nourish humanity and the planet in the twenty-first century. A blueprint from Brazil. *Public Health Nutr*, 18(13), 2311-2322. doi:10.1017/S1368980015002165
- Oliveira e Silva, D., Ell, E., Frozi, D. S., & Capella, C. (2016). Os hábitos alimentares culturais e a pobreza como barreiras promoção da alimentação saudável em centros de saúde de atenção básica no Distrito Federal/Brasil. *Com. Ciências Saúde*, 27(2), 105-118.
- Oliveira, K. S., Silva, D. O. e., & Souza, W. V. d. (2014). Barreiras percebidas por médicos do Distrito Federal para a promoção da alimentação saudável. *Cadernos Saúde Coletiva*, 22(3), 260-265. doi:10.1590/1414-462x201400030007
- Oliveira, M. S. S., & Amparo-Santos, L. (2018). Food-based dietary guidelines: a comparative analysis between the Dietary Guidelines for the Brazilian Population 2006 and 2014. *Public Health Nutr*, 21(1), 210-217. doi:10.1017/S1368980017000428
- Organization, F. a. A. (2016). *Plates, pyramids, planet. Developments in national healthy and sustainable dietary guidelines: a state of play assessment*. Retrieved from

- Ouzzani, M., Hammady, H., Fedorowicz, Z., & Elmagarmid, A. (2016). Rayyan-a web and mobile app for systematic reviews. *Syst Rev*, 5(1), 210. doi:10.1186/s13643-016-0384-4
- Patton, M. Q. (2002). Qualitative Interviewing. In *Qualitative Research and Evaluation Methods* (pp. 335-427): Thousand Oaks.
- Popkin, B. M. (2006). Global nutrition dynamics The world is shifting rapidly toward a diet linked with noncommunicable diseases. *Am J Clin Nutr*, 84, 289-298.
- Ridgway, E., Baker, P., Woods, J., & Lawrence, M. (2019). Historical Developments and Paradigm Shifts in Public Health Nutrition Science, Guidance and Policy Actions: A Narrative Review. *Nutrients*, 11(3). doi:10.3390/nu11030531
- Rubio-Valera, M., Pons-Vigues, M., Martinez-Andres, M., Moreno-Peral, P., Berenguera, A., & Fernandez, A. (2014). Barriers and facilitators for the implementation of primary prevention and health promotion activities in primary care: a synthesis through meta-ethnography. *PLoS One*, 9(2), e89554. doi:10.1371/journal.pone.0089554
- Saccol, A. Z. (2009). Um retorno ao básico: compreendendo os paradigmas de pesquisa e sua aplicação na pesquisa em administração. *Rev. Adm. UFSM*, 2(2), 250-259.
- Samuel, F. O., Olaolorun, F. M., & Adeniyi, J. D. (2016). A training intervention on child feeding among primary healthcare workers in Ibadan Municipality. *Afr J Prim Health Care Fam Med*, 8(1), e1-e6. doi:10.4102/phcfm.v8i1.884
- Sangalli, C. N., Leffa, P. D. S., Morais, M. B., & Vitolo, M. R. (2018). Infant Feeding Practices and the Effect in Reducing Functional Constipation 6 Years Later: A Randomized Field Trial. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, 67(5), 660-665. doi:10.1097/MPG.0000000000002075
- Shai, I., Erlich, D., Cohen, A. D., Urbach, M., Yosef, N., Levy, O., & Shahar, D. R. (2012). The effect of personal lifestyle intervention among health care providers on their patients and clinics; the Promoting Health by Self Experience (PHASE) randomized controlled intervention trial. *Prev Med*, 55(4), 285-291. doi:10.1016/j.ypmed.2012.08.001
- Shrimpton, R., & Blaney, S. (2018). The issue of nutrition training in health professions. *Public Health Nutr*, 21(13), 2526-2527. doi:10.1017/S136898001800126X
- Silva, D. O., Recine, E. G. I. G., & Queiroz, E. F. O. (2002). Concepções de profissionais de saúde da atenção básica sobre alimentação saudável no Distrito Federal, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 18(5), 1367-1377.
- Sranachoenpong, K., & Hanning, R. M. (2012). Diabetes prevention education program for community health care workers in Thailand. *J Community Health*, 37(3), 610-618. doi:10.1007/s10900-011-9491-2
- Tapsell, L. C., Neale, E. P., Satija, A., & Hu, F. B. (2016). Foods, Nutrients, and Dietary Patterns: Interconnections and Implications for Dietary Guidelines. *Adv Nutr*, 7(3), 445-454. doi:10.3945/an.115.011718
- Temple, N. J. (2015). Strategic nutrition: a vision for the twenty-first century. *Public Health Nutrition*, 19(1), 164-175.
- The Joanna Briggs Institute. (2014). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2014 edition*. Retrieved from

- The Joanna Briggs Institute. (2015). *The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015 Methodology for JBI Scoping Reviews*. Retrieved from
- Viana, M. R., Neves, A. S., Camargo Junior, K. R., Prado, S. D., & Mendonça, A. L. O. (2017). A racionalidade nutricional e sua influência na medicalização da comida no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(2), 447-456. doi:10.1590/1413-81232017222.25432015
- Vilela, E. N., & Mafra, L. A. S. (2015). Estratégia Saúde da Família: Contratação Temporária e Precarização nas Relações de Trabalho. *Caderno de Estudos Interdisciplinares*(Gestão Pública e Sociedade), 38-52.
- Vitolo, M. R., Louzada, M. L., & Rauber, F. (2014). Positive impact of child feeding training program for primary care health professionals: a cluster randomized field trial. *Rev Bras Epidemiol*, 17(4), 873-886. doi:10.1590/1809-4503201400040007
- Weiss, D., Liliefjell, M., & Magnus, E. (2016). Facilitators for the development and implementation of health promoting policy and programs - a scoping review at the local community level. *BMC Public Health*, 16, 140. doi:10.1186/s12889-016-2811-9
- Wilcox, S., Parra-Medina, D., Felton, G. M., Poston, M. E., & McClain, A. (2010). Adoption and Implementation of Physical Activity and Dietary counseling by community health nurses. *J Phys Act Health*, 7(5), 602-612.
- World Health Organization. (1998). *Preparation and Use of food-based dietary guidelines*. Retrieved from Geneva: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42051/WHO_TRS_880.pdf;jsessionid=C4E6321381C6EBDE6EF89FD068083306?sequence=124_10_2019
- World Health Organization. (2004). *Global strategy on diet, physical activity and health*. Retrieved from France: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43035/9241592222_eng.pdf?ua=1
- World Health Organization. (2010). *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice*. Retrieved from Geneva:
- World Health Organization. (2015). *Strengthening the capacity of community health workers to deliver care for sexual, reproductive, maternal, newborn, child and adolescent health*. Retrieved from
- World Health Organization. (2017). United Nations decade of action on nutrition 2016_2025. Retrieved from <https://www.who.int/nutrition/decade-of-action/workprogramme-doa2016to2025-en.pdf?ua=1>
- World Health Organization. (2018). Healthy diet. Fact sheet n. 394. In World Health Organization (Ed.).
- Wynn, K., Trudeau, J. D., Tauton, K., Gowans, M., & Scott, I. (2010). Nutrition in primary care current practices attitudes and barriers.pdf>. *Can Fam Physician*, 56, e109-116.
- Yin, R. K. (2001). *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman.
- Yin, R. K. (2009). Collecting case study evidence. In *Case study research: design and methods* (4 ed., pp. 98-125). Thousand Oaks, California: SAGE.
- Zeunert, S., Cerro, N., Boesch, L., Duff, M., Shephard, M. D., Jureidini, K. F., & Braun, J. (2002). Nutrition Project in a Remote Australian Aboriginal Community. *Journal of Renal Nutrition*, 12(2), 102-106.

7 . ANEXOS/APÊNDICES

APÊNDICE 1 - ESTRATÉGIAS DE BUSCA UTILIZADAS NAS BASES DE DADOS ERIC, EMBASE, CINAHL e LILACS

ERIC

S1 TI ("healthy diet" or "healthy eating") OR AB ("healthy diet" or "healthy eating")

S2 TI (((food* or feeding* or diet* or nutri*) N5 (guid* or counsel* or literac* or knowledg* or competenc* or practic* or attitude* or promotion*))) OR AB (((food* or feeding* or diet* or nutri*) N5 (guid* or counsel* or literac* or knowledg* or competenc* or practic* or attitude* or promotion* or training)))

S3 DE nutrition OR DE dietetics S4 DE eating habits S5 TI ((nutri* or eat* or food* or feed or feeding or diet*)) OR AB ((nutri* or eat* or food* or feed or feeding or diet*)) S6 DE counseling

S7 DE health promotion

S8 DE health behavior

S9 S6 OR S7 OR S8

S10 S5 AND S9

S11 DE nutrition instruction

S12 TI "nutrition education" OR AB "nutrition education"

S13 S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S10 OR S11 OR S12

S14 DE staff development

S15 DE inservice education

S16 DE continuing education

S17 DE on the job training

S18 DE workplace learning

S19 DE capacity building

S20 TI ((program* or workshop* or seminar* or lectur* or course* or training)) OR AB ((program* or workshop* or seminar* or lectur* or course* or training))

S21 TI (((professional or staff) N2 (development))) OR AB (((professional or staff) N2 (development)))

S22 TI (((continuing or "post basic" or "post registration" or "post-basic" or "post-registration") N2 "education")) OR AB (((continuing or "post-basic" or "post-registration") N2 "education"))

S23 S14 OR S15 OR S16 OR S17 OR S18 OR S19 OR S20 OR S21 OR S22

S24 S13 AND S23

S25 DE primary health care

S26 TI "primary care" OR AB "primary care"

S27 DE allied health personnel OR DE family practice

S28 TI (("family practi*" or "family physician\$" or "family doctor*" or "general practi*" or "community practitioner*" or "community health worker*" or (primary N2 (care or health*) N2 (professional* or personnel or nurse*)))) OR AB (("family practi*" or "family physician\$" or "family doctor*" or "general practi*" or "community practitioner*" or "community health worker*" or (primary N2 (care or health*) N2 (professional* or personnel or nurse*))))

S29 S25 OR S26 OR S27 OR S28

S30 S24 AND S29

EMBASE:

1. (healthy diet or healthy eating).mp. or exp healthy diet/
2. ((food* or feeding* or diet* or nutri*) adj5 (guid* or counsel* or literac* or knowledg* or competenc* or practic* or attitude* or promotion*)).tw,kw.
3. diet/ or dietetics/
4. nutrition policy/
5. nutritional science/
6. exp nutritional requirement/
7. nutritional assessment/
8. nutrition/
9. nutritional disorder/
10. nutritional status/
11. exp feeding behavior/
12. nutritional counseling/
13. nutrition education/
14. (nutri* or eat* or food* or feeding or diet*).mp.
15. exp counseling/
16. directive counseling/
17. health literacy/
18. exp health promotion/
19. attitude to health/

20. 15 or 16 or 17 or 18 or 19
21. 14 and 20
22. 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 21
23. inservice training.mp. or exp in service training/
24. capacity building/
25. continuing education.mp. or continuing education/
26. (program* or workshop* or seminar* or lectur* or course* or training).mp.
27. ((professional* or staff*) adj2 development*).mp.
28. ((continuing or "post basic" or "post registration" or "post-basic" or "post-registration") adj2 "education").mp.
29. 23 or 24 or 25 or 26 or 27 or 28
30. 22 and 29
31. exp primary health care/ or primary care.mp.
32. ("family practi\$" or "family physician\$" or "family doctor\$" or "general practi\$" or "community practitioner*" or "community health worker*" or (primary adj2 (care or health*) adj2 (professional* or personnel or nurse*)))mp.
33. paramedical personnel/
34. exp health educator/
35. health auxiliary/
36. general practitioner/
37. 31 or 32 or 33 or 34 or 35 or 36
38. 37 and 30

CINAHL

S1 TI ("healthy diet" or "healthy eating") OR AB ("healthy diet" or "healthy eating")

S2 MH nutrition policy+ OR MH diet

S3 TI (((food* or feeding* or diet* or nutri*) N5 (guid* or counsel* or literac* or knowledg* or competenc* or practic* or attitude* or promotion*))) OR AB (((food* or feeding* or diet* or nutri*) N5 (guid* or counsel* or literac* or knowledg* or competenc* or practic* or attitude* or promotion* or training)))

S4 MH Nutritional Requirements+

S5 MH nutritional assessment

S6 MH Nutritional Physiology

S7 MH Nutritional status

S8 MH nutrition disorders

S9 MH Eating behavior+

S10 MH Nutritional counseling

S11 TI ((nutri* or eat* or food* or feed or feeding or diet*)) OR AB ((nutri* or eat* or food* or feed or feeding or diet*))

S12 MH counseling

S13 MH Health literacy

S14 MH Health Promotion+

S15 MH attitude to health+

S16 S12 OR S13 OR S14 OR S15

S17 S11 AND S16

S18 MH nutrition education+

S19 S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10 OR S17 OR S18

S20 MH Staff Development+

S21 MH Education, Continuing+

S22 TI ((program* or workshop* or seminar* or lectur* or course* or training)) OR AB ((program* or workshop* or seminar* or lectur* or course* or training))

S23 TI (((professional or staff) N2 (development))) OR AB (((professional or staff) N2 (development)))

S24 TI (((continuing or "post basic" or "post registration" or "post-basic" or "post-registration") N2 "education")) OR AB (((continuing or "post basic" or "post registration" or "post-basic" or "post-registration") N2 "education"))

S25 S20 OR S21 OR S22 OR S23 OR S24

S26 S19 AND S25

S27 (MH "Primary Health Care")

S28 TI "primary care" OR AB "primary care"

S29 (MH "Allied Health Personnel")

S30 (MH "Health Educators+")

S31 (MH "Community Health Workers")

S32 (MH "Physicians, Family")

S33 TI (("family practi*" or "family physician\$" or "family doctor*" or "general practi*" or "community practitioner*" or "community health worker*" or (primary N2 (care or health*) N2 (professional* or personnel or nurse*)))) OR AB (("family practi*" or "family physician\$" or "family doctor*" or "general practi*" or "community practitioner*" or "community health

worker*" or (primary N2 (care or health*) N2 (professional* or personnel or nurse*))))

S34 S27 OR S28 OR S29 OR S30 OR S31 OR S32 OR S33

S35 S26 AND S34

LILACS:

((tw:(((mh:("healthy diet")) OR (tw:("healthy diet" or "healthy eating")) OR (tw:(Food literacy or food guide* or dietary guide* or dietary counseling or nutri* training or nutri* practic* or nutri* knowledge or food knowledge)) OR (mh:("nutritional policy" or "nutritional sciences" or "nutritional requirements" or "nutritional physiological phenomena" or "nutrition disorders" or "nutritional status" or "feeding behavior")) OR ((mh:("Counseling" or "directive counseling" or "health literacy" or "health promotion" or "health knowledge, attitudes, practice")) AND (tw:(Nutri* or eat* or food* or feed or feeding or diet*))) OR (mh:("food and nutrition education")) OR (tw:("nutrition education")) OR (mh:("diet" or "dietetics")))))) AND ((tw:(((mh:("staff development" or "inservice education" or "capacity building" or "education, continuing")) OR (tw:(program* or workshop* or seminar* or lectur* or course* or "training")) OR (tw:("inservice education" or "inservice training" or job training* or employee orientation program*)) OR (tw:("continuing education" or "post-basic education" or "post-registration education")))))) AND ((tw:(((mh:("primary health care")) OR (tw:("primary care")) OR (tw:(family practi* or family physician* care or family doctor* or general practi* or community practitioner* or community health worker* or community health care)) OR (mh:("allied health personnel" or "community health aides" or "health educators" or "family, physicians" or "physicians, primary care"))))))) AND db:("LILACS"))

APÊNDICE 2 – MODELO DE FORMULÁRIO PARA EXTRAÇÃO DE DADOS

INFORMAÇÕES ADICIONAIS
1. Título
2. Autores
3. Base de dados
4. Periódico
5. Doi
6. Ano
7. País
8. Desenho do estudo
9. Objetivo(s)
ATENÇÃO PRIMÁRIA
10. Público-alvo (profissionais)
11. Público- alvo (outros)
12. Contexto da APS
13. Serviços de APS
ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL
14. Referência a “alimentação saudável”
15. Objetivo treinamento
16. Treinamento
17. Conteúdo do treinamento
18. Conteúdo extras (figuras, suplementos, apêndices)
19. Guia alimentar
20. Referencial teórico treinamento

(continuação apêndice 2)

21. Ciclo de vida
22. Condição de vida
TREINAMENTO
23. Local treinamento
24. Participantes treinamento
25. Desenvolvedores
26. Instrutores
27. Duração (CH)
28. Material educacional
29. Estratégias educacionais
30. Indicadores do treinamento
31. Outras informações
32. Data de extração (final)
33. Revisor

APÊNDICE 3 - VISÃO GERAL DO PROJETO MATRIZ

* Como o GI e GC receberam a oficina em momentos separados, a diferença de tempo entre a oferta da oficina em T1 e T2 foi de 5 meses.

APÊNDICE 4 – ROTEIRO DE ENTREVISTA

- 1) Você poderia me falar sobre o seu trabalho NASF?
- 2) Como você percebe a troca e o compartilhamento de saberes dos núcleos profissionais entre os membros da equipe NASF? E entre o NASF e a eSF?
- 3) Considerando esse processo de trabalho, como as questões voltadas à alimentação e nutrição são organizadas na sua equipe NASF?
- 4) Lembrando da oficina, ela foi uma proposta para trabalhar o conteúdo do Guia e ao mesmo tempo de formação em alimentação. Quais outras experiências de formação em alimentação você já vivenciou?
- 5) Naquela ocasião, como foi para você participar de uma atividade de formação sobre o Guia Alimentar para a população Brasileira? Foi seu primeiro contato com o Guia?
- 6) Na sua análise, em uma visão geral, qual(is) é(são) a(s) mensagem(s) sobre alimentação trazidas pelo Guia Alimentar?
- 7) O próprio guia se apresenta como um material (um conjunto de informações e recomendações sobre alimentação) que pode ser usado por todos os trabalhadores da saúde, e de outros setores. Qual a sua percepção sobre isso? E na prática no NASF, como percebe essa questão?
- 8) A que aspectos ou características trazidos pelo Guia, ao abordar uma alimentação saudável, você atribui que possa favorecer essa sua utilização por diferentes profissionais, de diferentes setores? E que aspectos dificultam?
- 9) E como você percebe essa relação entre a abordagem sobre alimentação trazida pelo Guia e o processo de trabalho da sua equipe NASF?
- 10) Descreva uma experiência no NASF que você participou ou observou em que foram abordadas questões voltadas a alimentação do usuário considerando a proposta do Guia Alimentar.
- 11) Quais os desafios (potencias e dificuldades) em desenvolver ações considerando a abordagem do Guia Alimentar?

APÊNDICE 5 - ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

Data: ____/____/____

Local: _____

Equipe: _____

Atividade observada: _____

Envolvidos na observação: _____

1. Hora de início e fim da observação
- 2.Registrar ambiente (geral), participantes
3. Caracterização da atividade desenvolvida
4. Registrar referência ao Guia Alimentar ou conteúdo durante as atividades
5. Registrar dinâmica geral da equipe durante atividade
6. Registrar como os usuários, família, comunidade são envolvidos no cuidado em alimentação e nutrição

APÊNDICE 6- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa “Repercussões do Guia Alimentar Para a População Brasileira no trabalho do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: uma abordagem qualitativa”. Esta pesquisa faz parte de um projeto maior que, em parceria com o município de _____, desenvolveu e executou uma “Oficina do Guia Alimentar para a População Brasileira na Atenção Básica” ofertada às equipes NASF.

Entendemos que o Guia Alimentar auxilia e facilita a abordagem da alimentação saudável na Atenção Básica. Também entendemos que existe uma riqueza no trabalho do NASF ao incorporar diferentes categorias profissionais que trabalham com a perspectiva de apoio matricial e que podem, juntos, serem multiplicadores da proposta do Guia Alimentar. Nosso interesse neste momento é conhecer qual foi a sua compreensão sobre a abordagem do Guia Alimentar e como você compreende a utilização do Guia em seu processo de trabalho no NASF.

Esta é uma pesquisa qualitativa, o que significa que nosso interesse é conhecer os significados e sentidos da sua experiência com o Guia Alimentar (antes, durante e após a oficina). Para o alcance do nosso objetivo será necessário que agendemos um horário para que eu realize uma entrevista com você e acompanhe o seu trabalho. A entrevista será agendada em local e horário de acordo com sua disponibilidade. As entrevistas (áudio) serão gravadas em gravador digital. Você será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar.

Este estudo oferece riscos mínimos considerando um possível constrangimento ou desconforto ao responder as perguntas da entrevista ou durante a realização das observações as quais só serão realizadas com o seu consentimento. Os benefícios a sua participação referem-se a possibilidade de contribuir para a produção de conhecimento em seu próprio trabalho.

Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios. Sua identidade será tratada com

padrões profissionais de sigilo. Os resultados serão confidenciais. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será divulgado. Você não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma via deste consentimento informado será arquivada pelo pesquisador e outra será fornecida a você.

A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional.

Eu, _____, fui informado(a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão se assim o desejar. Os pesquisadores **Patrícia Constante Jaime e Tarsis de Mattos Maia** certificaram-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais. Em caso de dúvidas poderei contatar a pesquisadora coordenadora do projeto **Patrícia Constante** nos telefones (XX) XXXXXXXX ou (XX) XXXXXXXX e no e-mail XXXXXXXX@usp.br ou XXXXXXXX@gmail.com ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, sito à Av. Dr. Arnaldo, 715, Cerqueira César – CEP 01246-904, São Paulo, SP – Telefone: (11) 3061-7779 – e-mail: coep@fsp.usp.br

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

São Paulo, _____ de _____ de 201__ .

Assinatura do sujeito de pesquisa

Assinatura do Pesquisador

8. CURRÍCULO LATTES

Tarsis de Mattos Maia

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/3188580830416168>

ID Lattes: **3188580830416168**

Última atualização do currículo em 14/01/2020

Professora Assistente II da Faculdade de Nutrição da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Nutrição em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública - Universidade de São Paulo - FSP/USP, Mestre em Ciências pelo programa de pós-graduação do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (2010). Nutricionista pela Universidade Federal de Viçosa (2006). **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome	Tarsis de Mattos Maia
Nome em citações bibliográficas	MAIA, T. M.; MAIA, TARSIS D M; MAIA, TARSIS DE MATTOS; DE MATTOS MAIA, TARSIS
Lattes iD	http://lattes.cnpq.br/3188580830416168

Endereço

Endereço Profissional	Universidade Federal de Mato Grosso, Faculdade de Nutrição, Departamento de Alimentos e Nutrição. Av. Fernando Corrêa da Costa s/n Coxipó 78070970 - Cuiabá, MT - Brasil Telefone: (065) 36158821 URL da Homepage: www.ufmt.br/ufmt
------------------------------	--

Formação acadêmica/titulação

2016	Doutorado em andamento em Nutrição em Saúde Pública. Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Promoção da Alimentação Adequada e Saudável e a qualificação da força de trabalho na Atenção Básica, Orientador: Patrícia Constante Jaime.
2007 - 2010	Mestrado em Ciências (Medicina Preventiva). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: A inserção do nutricionista na atenção primária: o caso da microrregião de saúde de Viçosa-MG, Ano de Obtenção: 2010. Orientador: Ana Luiza D'Ávila Viana.
2002 - 2006	Bolsista do(a): Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, CAPES, Brasil. Palavras-chave: nutricionista; Atenção Primária a Saúde. Graduação em Ciência da Nutrição. Universidade Federal de Viçosa, UFV, Brasil.

Formação Complementar

2017 - 2017	Extensão universitária em Atualização: Análise de dados qualitativos de Pesquisa. (Carga horária: 32h). Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
2017 - 2017	Comprehensive Systematic Review Training Programme. (Carga horária: 40h). Joanna Briggs Institute - São Paulo, JBI, Brasil.

Patricia Constante Jaime

Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq - Nível 1D

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/6023019204006612>

ID Lattes: **6023019204006612**

Última atualização do currículo em 18/12/2019

Nutricionista, Professora associada do Departamento de Nutrição da Faculdade de Saúde Pública (FSP) da Universidade de São Paulo (USP). Mestre e Doutora em Saúde Pública pela FSP/USP. Pós-Doutora em Epidemiologia Nutricional pelo Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde - NUPENS / USP e em Políticas de Alimentação e Nutrição pela London School of Hygiene and Tropical Medicine, Reino Unido. Foi Coordenadora da Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde no período de 2011 a 2014. Tem experiência no campo da alimentação e nutrição em saúde coletiva, atuando principalmente nos seguintes temas: programas e políticas de alimentação e nutrição, ambiente alimentar, promoção da alimentação saudável e nutrição na atenção primária em saúde. Mãe de dois filhos, esteve em licença maternidade em 1999 e 2002. Bolsista Produtividade em Pesquisa do CNPq - Pq1D. (Texto informado pelo autor)

Identificação

Nome	Patricia Constante Jaime
Nome em citações bibliográficas	JAIME, P. C.;Jaime, Patricia Constante;Jaime PC;JAIME, PATRICIA C.;JAIME, PATRÍCIA CONSTANCE;JAIME, P. C.;JAIME, P.C.;JAIME, PATRICIA;JAIME, PATRICIA C.;JAIME, PATRÍCIA;JAIME, PATRÍCIA CONSTANCE;JAIME, PATRÍCIA C.;JAIME, PATRÍCIA C.;CONSTANCE JAIME, PATRICIA
Lattes iD	http://lattes.cnpq.br/6023019204006612
Orcid iD	https://orcid.org/0000-0003-2291-8536

Endereço

Endereço Profissional	Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública. Avenida Dr. Arnaldo, 715 2º andar (Departamento de Nutrição) Cerqueira Cesar 01246904 - São Paulo, SP - Brasil Telefone: (11) 30617866
------------------------------	---

Formação acadêmica/titulação

1999 - 2001	Doutorado em Saúde Pública (Conceito CAPES 6). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Correções em medidas de consumo alimentar: aplicação na análise da correlação do consumo de cálcio, proteína e energia com a densidade mineral óssea em homens adultos e idosos, Ano de obtenção: 2001. Orientador: Maria do Rosário Dias de Oliveira Latorre. Bolsista do(a): Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, CAPES, Brasil. Palavras-chave: Consumo alimentar, inquérito alimentar, DMO. Grande área: Ciências da Saúde Setores de atividade: Nutrição e Alimentação.
1996 - 1999	Mestrado em Saúde Pública (Conceito CAPES 6). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Consumo de cálcio dietético e densidade mineral óssea em homens adultos e idosos, Ano de Obtenção: 1999.