



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA  
MICHELE GOLIN CASAGRANDE**

**ANÁLISE DE AÇÕES DE EDUCAÇÃO ALIMENTAR E  
NUTRICIONAL À LUZ DOS PRINCÍPIOS DA POLÍTICA  
NACIONAL DE EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE: REVISÃO  
DA LITERATURA.**

Florianópolis  
2015

**MICHELE GOLIN CASAGRANDE**

**ANÁLISE DE AÇÕES DE EDUCAÇÃO ALIMENTAR E  
NUTRICIONAL À LUZ DOS PRINCÍPIOS DA POLÍTICA  
NACIONAL DE EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE: REVISÃO  
DA LITERATURA.**

Trabalho de conclusão de curso  
apresentado como requisito  
para conclusão do curso de  
Residência Multiprofissional em  
Saúde da Família – UFSC.  
Orientadora: Ana Lúcia  
Schaefer. Ferreira de Mello.

Florianópolis  
2015

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Casagrande, Michele Golin  
ANÁLISE DE AÇÕES DE EDUCAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL À  
LUZ DOS PRINCÍPIOS DA POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO  
POPULAR EM SAÚDE : REVISÃO DE LITERATURA / Michele Golin  
Casagrande ; orientadora, Ana Lúcia Schaefer Ferreira de  
Mello - Florianópolis, SC, 2015.  
64 p.

Monografia (especialização) - Universidade Federal de  
Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Curso de  
Residência Multiprofissional em Saúde da Família.

Inclui referências

1. Nutrição. 3. Educação Alimentar e Nutricional. 4.  
Educação Popular em Saúde. I. Schaefer Ferreira de Mello,  
Ana Lúcia. II. Universidade Federal de Santa Catarina.  
Residência Multiprofissional em Saúde da Família. III.  
Título.

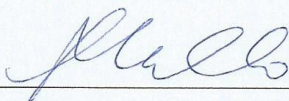
A Comissão examinadora, abaixo assinada, aprova o Trabalho de Conclusão de Curso

ANÁLISE DE AÇÕES DE EDUCAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL À LUZ  
DOS PRINCÍPIOS DA POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO POPULAR EM  
SAÚDE: REVISÃO DA LITERATURA.

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado como requisito parcial para a obtenção do título de residente em Saúde da Família. Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC.

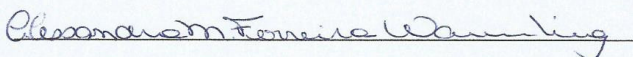
Florianópolis, 25 de fevereiro de 2015

BANCA EXAMINADORA



Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello - Presidente

Universidade Federal de Santa Catarina - Professora do Departamento de Odontologia,  
Coordenadora do Curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família



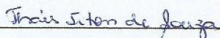
Alessandra Martins Ferreira Warmling- Membro

Universidade Federal de Santa Catarina – Doutorado de Odontologia



Tatiane Meirelles de Deus - Membro

Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis – Nutricionista



Thaís Titon de Souza - Membro

Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis – Nutricionista

## RESUMO

A alimentação e nutrição compõem requisitos básicos para a promoção e a proteção da saúde. A Educação Alimentar e Nutricional é uma importante estratégia para a promoção da alimentação saudável e está pautada nas políticas públicas de saúde. Recentemente o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS) que traça novos caminhos para a Educação em Saúde no SUS. Diante deste cenário, o objetivo deste trabalho é realizar uma revisão da literatura científica sobre as Ações de Educação Alimentar e Nutricional (EAN), no Brasil, analisando as experiências encontradas à luz dos princípios da Política Nacional de Educação Popular em Saúde. Este estudo consistiu em uma revisão integrativa da literatura, realizada na base de dados *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO). Para a busca dos artigos foram utilizados os descritores: educação alimentar e nutricional; educação alimentar; educação nutricional, e a combinação dos descritores: educação em saúde e nutrição. As buscas resultaram em 129 artigos. Após a leitura dos resumos, foram selecionados 25 artigos e após a leitura destes na íntegra foram excluídos dois artigos, resultando em 23 artigos para a análise. As ações de educação alimentar e nutricional contidas nos estudos foram classificadas segundo “Local de realização” e “Público alvo” e posteriormente foram analisadas segundo os princípios da PNEPS-SUS: Diálogo; Amorosidade; Problematização; Construção compartilhada do conhecimento; Emancipação; e Compromisso com a construção do projeto democrático e popular. A maioria das ações apresentadas pelos artigos foram realizadas em Universidades e para o público Adulto e Idoso. Também a maioria delas não contemplou totalmente os princípios da PNEPS-SUS. O estudo não identificou artigos que apresentassem ações de EAN realizadas no âmbito da Atenção Básica à Saúde. Apesar destes resultados, três ações contemplaram todos os princípios da PNEPS-SUS, indicando que é possível realizar ações de educação alimentar e nutricional baseadas na Educação Popular em Saúde. A PNEPS-SUS é recente e precisa de tempo para ser absorvida pelo serviço, mesmo assim, podem-se esperar bons resultados da incorporação dos seus princípios nas práticas de Educação Alimentar e Nutricional no SUS.

**Palavras-chave:** Educação alimentar e nutricional; Educação alimentar; Educação nutricional; Educação Popular em Saúde.

## **LISTAS DE TABELAS**

Tabela 1 - Descritores e numero de artigos encontrados.....	33
Tabela 2 – Classificação das Ações de EAN segundo Local de realização.....	51
Tabela 3 – Classificação das Ações de EAN segundo Público alvo.....	51

## LISTAS DE QUADROS

Quadro 1 – Princípios da PNEPS-SUS e comentários: referencial para a análise dos dados.....	34
Quadro 2 – Apresentação dos artigos selecionados.....	37
Quadro3 – Apresentação das Ações de EAN contidas nos artigos selecionados.....	41
Quadro 4 – Análise das ações sob a ótica dos princípios da PNEPS-SUS.....	53
Quadro 5 – Análise quantitativa do Quadro 4.....	54

## LISTAS DE SIGLAS

ABS – Atenção Básica à Saúde

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

CGPAN – Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição

DHAA – Direito Humano à Alimentação Adequada

EAN – Educação Alimentar e Nutricional

EPS – Educação Popular em Saúde

ESF – Estratégia Saúde da Família

FAO – *Food and Agricultural Organization*

FNDE – Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Panamericana de Saúde

PAAS – Promoção da Alimentação Adequada e Saudável

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNAN – Política Nacional de Alimentação e Nutrição

PNEPS-SUS – Política Nacional de Educação Popular em Saúde

SAN – Segurança Alimentar e Nutricional

SUS – Sistema Único de Saúde

UNICEF - *United Nations Children's Fund*



## SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO .....	10
2.	REFERENCIAL TEÓRICO .....	13
2.1	ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE .....	13
2.2	ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	16
2.3	NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA – NASF..	17
2.4	POLÍTICA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO.....	19
2.5	EDUCAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL.....	20
2.6	EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE.....	27
2.6.1	BASES CONCEITUAIS.....	27
2.6.2	POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE .....	28
3.	MÉTODO .....	32
3.1	Tipo de Estudo.....	32
3.2	Chave de Busca .....	32
3.3	Seleção dos artigos .....	33
3.4	Análise dos dados .....	34
4.	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	36
4.1	Artigos analisados e Classificação das Ações de Educação Alimentar e Nutricional .....	36
4.2	Análise das Ações apresentadas pelos artigos segundo os Princípios da Política Nacional de Educação Popular em Saúde .....	52
5.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	56
6.	REFERÊNCIAS.....	57

## 1. INTRODUÇÃO

A Atenção Básica à Saúde no Brasil está organizada segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral tanto no âmbito individual quanto no coletivo. A PNAB tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica (BRASIL, 2011).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) parte de um conceito ampliado do processo saúde/doença, onde a família é o principal núcleo de atenção, entendida a partir do ambiente onde vive. Trabalha com o princípio da vigilância à saúde, com atuação inter e multiprofissional. O estabelecimento de vínculo e de corresponsabilidade entre profissional da saúde e população são essenciais para essa estratégia (BRASIL, 1997).

Para ampliar o caráter multiprofissional, a ESF conta com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) que é constituído por uma equipe composta por profissionais de diferentes áreas de conhecimento e tem o objetivo de apoiar, ampliar e aperfeiçoar as ações e a atenção à saúde da população, com foco nas práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade da ESF (BRASIL, 2010).

A alimentação e nutrição compõem requisitos básicos para a promoção e a proteção da saúde. Nesta perspectiva, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) reforça a Atenção Básica como coordenadora da atenção nutricional no Sistema Único de Saúde – SUS, e das ações de vigilância, promoção, prevenção e cuidado integral de agravos relacionados à alimentação e nutrição. A PNAN traçou diretrizes para indicar as linhas de ação capazes de modificar os determinantes de saúde e promover a saúde da população. Entre elas está a diretriz de Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS) que é concebida como um conjunto de estratégias que proporcionem aos indivíduos e coletividades a realização de práticas alimentares apropriadas aos seus aspectos biológicos e socioculturais, bem como ao uso sustentável do meio ambiente. A PAAS objetiva a melhora da qualidade de vida da população, por meio de ações intersetoriais, de caráter amplo e que possam responder às necessidades de saúde da população (BRASIL, 2012a).

O setor saúde assume o compromisso na articulação e desenvolvimento de ações intersetoriais em diferentes esferas de governo e junto à sociedade. As estratégias neste setor envolvem a Educação Alimentar e Nutricional (EAN), a Regulação de alimentos e o Incentivo à criação de ambientes institucionais promotores de alimentação adequada e saudável. Assim, é importante desenvolver mecanismos que apoiem os sujeitos a adotar modos de vida saudáveis, identificar e analisar de forma crítica, além de enfrentar hábitos e práticas não promotoras de saúde, aos quais muitas vezes estão submetidos (BRASIL, 2012a).

O desenvolvimento de habilidades pessoais em alimentação e nutrição implica pensar a educação alimentar e nutricional como processo de diálogo entre profissionais de saúde e a população, de fundamental importância para o exercício da autonomia e do auto-cuidado. Isso pressupõe, sobretudo, trabalhar com práticas referenciadas na realidade local, problematizadoras e construtivistas, considerando-se os contrastes e as desigualdades sociais que interferem no direito universal à alimentação. [...A participação popular é fundamental e deve ocorrer desde o diagnóstico da realidade e definição de objetivos até a implantação das ações, estando refletida nas discussões das instâncias de participação e controle social. Assim, deve ser incentivada a incorporação da dimensão da alimentação adequada e saudável nos conteúdos e estratégias dos movimentos sociais da educação popular em saúde e das capacitações para gestão participativa das instâncias de controle do SUS...] (BRASIL, 2012a).

Com o objetivo de promover um campo comum de reflexão e orientação prática, no conjunto de iniciativas de Educação Alimentar e Nutricional que tenham origem, principalmente, na ação pública, e que contemple os diversos setores vinculados ao processo de produção, distribuição, abastecimento e consumo de alimentos, foi desenvolvido o documento “Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para as Políticas Públicas”, fruto de uma construção participativa de cidadãos, profissionais, gestores, representantes da sociedade civil,

professores e acadêmicos que se dedicam ao tema. Neste documento, e no contexto da realização do Direito Humano à Alimentação Adequada e da garantia da Segurança Alimentar e Nutricional, foi apresentado o conceito de Educação Alimentar e Nutricional como

um campo de conhecimento e de prática contínua e permanente, transdisciplinar, intersetorial e multiprofissional que visa promover a prática autônoma e voluntária de hábitos alimentares saudáveis. A prática da EAN deve fazer uso de abordagens e recursos educacionais problematizadores e ativos que favoreçam o diálogo junto a indivíduos e grupos populacionais, considerando todas as fases do curso da vida, etapas do sistema alimentar e as interações e significados que compõem o comportamento alimentar. (BRASIL, 2012b, p. 23)

Enquanto política pública, a EAN pode ocorrer em diversos setores e deverá observar os princípios organizativos e doutrinários do campo no qual está inserida. Portanto, no setor da saúde a EAN deve seguir os princípios, diretrizes e políticas do SUS (BRASIL, 2012b).

Recentemente o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS). A PNEPS-SUS tem como objetivo implementar a Educação Popular em Saúde no âmbito do SUS e reafirma o compromisso com a universalidade, a equidade, a integralidade e a efetiva participação popular no Sistema. Está política recomenda uma prática político-pedagógica baseada no diálogo entre a diversidade de saberes, valorizando os saberes populares, a ancestralidade e o incentivo à produção individual e coletiva de conhecimentos (BRASIL, 2013).

Diante deste cenário, sentiu-se a necessidade de caracterizar as ações de Educação Alimentar e Nutricional realizadas no Brasil e identificar em que medida estas contemplamos princípios da PNEPS-SUS. Assim, **o objetivo deste trabalho é realizar uma revisão da literatura científica sobre as Ações de Educação Alimentar e Nutricional, no Brasil, analisando as experiências encontradas à luz dos princípios da Política Nacional de Educação Popular em Saúde.**

## 2. REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

A I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada pela OMS e UNICEF no ano de 1978 em Alma-Ata, é considerada um marco histórico na discussão da Atenção Primária à Saúde (APS) abrangente. Porém, nos anos 80, surgiram diferentes propostas a nível internacional. Enquanto a OMS manteve seu posicionamento a favor da APS abrangente, o UNICEF adotou uma concepção mais seletiva. Nos anos 90, difundiram-se propostas de reformas dos sistemas de saúde baseadas na focalização e na adoção de “cestas básicas” de serviços. Com essas reformas, nos anos 80 e 90, a APS assumiu características distintas nos países europeus e latino-americanos. Nos primeiros, em geral, o termo atenção primária refere-se aos serviços ambulatoriais de primeiro contato. Já nos países periféricos, com frequência, o termo corresponde a programas seletivos, dirigidos a populações pobres. Já no Brasil optou-se pela utilização do termo Atenção Básica à Saúde (ABS) em referência ao conjunto de ações no primeiro nível de atenção. Este termo foi uma alternativa ao termo “atenção primária”, que era associado ao enfoque restrito então predominante nas reformas latino-americanas, e que era incompatível com as diretrizes abrangentes do SUS. A denominação ABS também estava associada à defesa de um modelo de atenção que se diferenciava da proposição preventivista e se aproximava da lógica da determinação social da doença (CASTRO E MACHADO 2012).

Atualmente a Política Nacional de Atenção Básica considera os termos Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde como termos equivalentes. Em 2011 a PNAB passou por uma revisão e recebeu atualização de diretriz e normas para a organização deste nível de atenção. Considera-se que a ABS é orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. É desenvolvida de maneira descentralizada, próxima da vida das pessoas e deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Tem como fundamentos e diretrizes:

I - Ter território adstrito sobre o mesmo, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de

ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território sempre em consonância com o princípio da equidade;

II - Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde.;

III - Adscriver os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. A adscrição dos usuários é um processo de vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado. O vínculo, por sua vez, consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico. A longitudinalidade do cuidado pressupõe a continuidade da relação clínica, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários, ajustando condutas quando necessário, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da coordenação do cuidado;

IV - Coordenar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção.;

V - Estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social (BRASIL, 2011).

A ABS é estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado, e atendendo as suas necessidades de saúde. São características do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica:

I - definição do território de atuação e de população sob responsabilidade das Unidades Básicas de Saúde e das equipes;

II - programação e implementação das atividades de atenção à saúde de acordo com as necessidades de saúde da população, com a priorização de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde segundo critérios de frequência, risco, vulnerabilidade e resiliência. Inclui-se aqui o planejamento e organização da agenda de trabalho compartilhado de todos os profissionais e recomenda-se evitar a divisão de agenda segundo critérios de problemas de saúde, ciclos de vida, sexo e patologias dificultando o acesso dos usuários;

III - desenvolver ações que priorizem os grupos de risco e os fatores de risco clinicocomportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a persistência de doenças e danos evitáveis;

IV - realizar o acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea e o primeiro atendimento às urgências;

V - prover atenção integral, contínua e organizada à população adscrita;

VI - realizar atenção à saúde na Unidade Básica de Saúde, no domicílio, em locais do território (salões comunitários, escolas, creches, praças, etc.) e outros espaços que comportem a ação planejada;

VII - desenvolver ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população, no desenvolvimento de autonomia, individual e coletiva, e na busca por qualidade de vida pelos usuários;

VIII - implementar diretrizes de qualificação dos modelos de atenção e gestão tais como a participação coletiva nos processos de gestão, a valorização, fomento a autonomia e protagonismo dos diferentes sujeitos implicados na produção de saúde, o compromisso com a ambiência e com as condições de trabalho e cuidado, a constituição de vínculos solidários, a identificação das necessidades sociais e organização do serviço em função delas, entre outras;

IX - participar do planejamento local de saúde assim como do monitoramento e a avaliação das ações na sua equipe, unidade e município; visando à readequação do processo de trabalho e do planejamento frente às necessidades, realidade, dificuldades e possibilidades analisadas;

X - desenvolver ações intersetoriais, integrando projetos e redes de apoio social, voltados para o desenvolvimento de uma atenção integral;

XI - apoiar as estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social; e

XII - realizar atenção domiciliar destinada a usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, que necessitam de cuidados com menor frequência e menor necessidade de recursos de saúde e realizar o cuidado compartilhado com as equipes de atenção domiciliar nos demais casos (BRASIL, 2011).

## 2.2 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A estratégia de Saúde da Família visa à reorganização da Atenção Básica no País, de acordo com os preceitos do SUS. É uma estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica, pois aprofunda os seus princípios, diretrizes e fundamentos, amplia a resolutividade e o impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de possuir uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2011).

A Equipe de Saúde da Família (ESF) possui algumas especificidades:

- Existência de equipe multiprofissional (equipe saúde da família) composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal;
- O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e



de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe;

- Cada equipe de saúde da família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas, respeitando critérios de equidade para esta definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que quanto maior o grau de vulnerabilidade menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe (BRASIL, 2011).

### 2.3 NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA - NASF

Em 2008 são criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento. O objetivo destas equipes é ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade. A atuação dos profissionais NASF acontece em parceria com os profissionais das ESF, compartilhando as práticas em saúde nos territórios e atuando diretamente no apoio às equipes e na unidade na qual o NASF está cadastrado. Os NASF não se constituem em porta de entrada do sistema, devem atuar a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes Saúde da Família (BRASIL, 2008).

Os NASF fazem parte da atenção básica, mas não se constituem como serviços com unidades físicas independentes ou especiais. O trabalho deve acontecer na lógica de compartilhamento de responsabilidade com a ESF, por isso, o processo de referência e contra-referência deve ser ampliado para um processo de compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal de responsabilidade das ESF. Os NASF devem contribuir para a integralidade do cuidado, principalmente pela ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários. As ações de apoio desenvolvidas pelos profissionais dos NASF podem ser: discussão de casos, atendimento conjunto ou não, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes e outras (BRASIL, 2011).

Existem três modalidades de NASF, com parâmetro de vinculação às ESF diferentes entre si. O NASF 1 deve estar vinculado a

no mínimo 5 e no máximo 9 Equipes Saúde da Família e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais); o NASF 2 deve estar vinculado a no mínimo 3 e no máximo 4 ESF e/ou equipes de Atenção Básica para populações; e o NASF 3 deve estar vinculado a no mínimo 1 e a no máximo 2 ESF e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, agregando-se de modo específico ao processo de trabalho das mesmas, configurando-se como uma equipe ampliada. Para receber financiamento federal, os municípios podem aderir a no máximo um NASF 2 ou NASF 3, a adesão concomitante de mais de uma modalidade também impede o recebimento de recursos financeiros (BRASIL, 2012c).

Poderão compor os NASF as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional/Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional; Médico Geriatra; Médico Internista (clínica médica), Médico do Trabalho, Médico Veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitária, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas (BRASIL, 2008).

A Portaria que cria o NASF detalha algumas das ações de alimentação e nutrição que devem ser desenvolvidas por seus profissionais na ABS:

- Ações de promoção de práticas alimentares saudáveis em todas as fases do ciclo da vida;
- Respostas às principais demandas assistenciais quanto aos distúrbios alimentares, deficiências nutricionais e desnutrição, bem como aos planos terapêuticos, especialmente nas doenças e agravos não transmissíveis;
- Diagnóstico populacional da situação alimentar e nutricional com a identificação de áreas geográficas, segmentos sociais e grupos populacionais de maior risco aos agravos nutricionais;
- Conhecer e estimular a produção e o consumo dos alimentos saudáveis produzidos regionalmente;
- Promover a articulação intersetorial para viabilizar o cultivo de hortas e pomares comunitários;

- Capacitar a ESF e participar de ações vinculadas aos programas de controle e prevenção dos distúrbios nutricionais como carências por micronutrientes, sobrepeso, obesidade, doenças crônicas não transmissíveis e desnutrição; e
- Elaborar em conjunto com as ESF, rotinas de atenção nutricional e atendimento para doenças relacionadas à Alimentação e Nutrição, de acordo com protocolos de atenção básica, organizando a referência e a contra-referência do atendimento (BRASIL, 2008).

## 2.4 POLÍTICA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) foi aprovada em 1999, pela portaria nº 710 de 10 de junho, e atualizada em 2011, pela portaria nº 2.715 de 17 de novembro. O propósito da política é melhorar as condições de alimentação, nutrição e saúde, em busca da garantia da Segurança Alimentar e Nutricional da população brasileira. Está organizada em diretrizes que abrangem o escopo da atenção nutricional no SUS com foco na vigilância, promoção, prevenção e cuidado integral de agravos relacionados à alimentação e nutrição (BRASIL, 2012a).

A alimentação contempla vários aspectos da vida dos indivíduos. Ela deve ser vista de maneira ampliada e não somente como a relação alimentação/condição biológica. O alimento carrega significados emocionais, sociais, culturais, políticos e estes precisam ser valorizados, preservados e promovidos.

Além de ser orientada pelos princípios do SUS, a PNAN possui os seguintes princípios: A alimentação como elemento de humanização das práticas de saúde; O respeito à diversidade e à cultura alimentar; O fortalecimento da autonomia dos indivíduos; A determinação social e a natureza interdisciplinar e intersetorial da alimentação e nutrição; e A segurança alimentar e nutricional com soberania (BRASIL, 2012a).

A Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) é entendida como

a realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis. A Soberania Alimentar se refere ao

direito dos povos de decidir seu próprio sistema alimentar e de produzir alimentos saudáveis e culturalmente adequados, acessíveis, de forma sustentável e ecológica, colocando aqueles que produzem, distribuem e consomem alimentos no coração dos sistemas e políticas alimentares, acima das exigências de mercado (BRASIL, 2012<sup>a</sup>, pag. 24).

Para alcançar o seu propósito, a PNAN possui as seguintes diretrizes: 1. Organização da Atenção Nutricional; 2. Promoção da Alimentação Adequada e Saudável; 3. Vigilância Alimentar e Nutricional; 4. Gestão das Ações de Alimentação e Nutrição; 5. Participação e Controle Social; 6. Qualificação da Força de Trabalho; 7. Controle e Regulação dos Alimentos; 8. Pesquisa, Inovação e Conhecimento em Alimentação e Nutrição; 9. Cooperação e articulação para a Segurança Alimentar e Nutricional.

Tendo em vista que a ABS realiza ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde e também que é a considerada a coordenadora da atenção nutricional no SUS, entende-se que ela deva trabalhar com todas as diretrizes da PNAN.

## **2.5 EDUCAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL**

No Brasil, a Educação Alimentar e Nutricional aparece como prática organizada na década de 1930. Nesta época, iniciava a formação do parque industrial e da classe trabalhadora, foram instituídas as leis trabalhistas e definida a cesta básica de referência. Neste período também, Josué de Castro realizava estudos que apontavam a situação de fome e desigualdade no país. As ações de EAN eram dirigidas para a população de menor renda, os trabalhadores e suas famílias. O intuito era ensiná-los a se alimentarem corretamente segundo parâmetros descontextualizados e estritamente biológicos, as ações eram realizadas de maneira preconceituosa e impositiva. Com o aumento do cultivo da soja, nas décadas de 1970 e 1980, a EAN se voltou para a promoção do consumo desse alimento e seus derivados. As ações eram baseadas na dimensão nutricional dos alimentos e desconsideravam os aspectos culturais e sensoriais, além disso, sofriam grande influência de interesses econômicos. Assim, até a década de 1990, a EAN foi pouco valorizada como disciplina e como estratégia de política pública. Mas,

com os avanços na concepção de Educação em Saúde, a EAN também avançou, e começou a ser baseada na ação crítica, contextualizada, com relações horizontais e com valorização dos saberes e práticas populares. (BRASIL, 2012b).

Um estudo de BOOG (1997) analisou a história da educação nutricional e algumas publicações da Organização Mundial da Saúde (OMS), da Organização Panamericana da Saúde (OPAS) e da Food and Agricultural Organization (FAO) sobre o assunto. Este estudo apontou que até aquele momento as publicações não consideravam a então emergente necessidade de prevenção de doenças crônicas degenerativas e se atentavam somente para a prevenção da desnutrição e desidratação. Assinalou também que, quando se tratava de educação nutricional, os assuntos abordados eram voltados para as técnicas e procedimentos que deveriam ser abordados, dando grande importância para longos diagnósticos e restringindo o planejamento a níveis centrais, longe dos locais, profissionais e realidades onde seriam executados. A partir desta reflexão, Boog apresenta alternativas para mudar e melhorar a educação nutricional, baseando-se em alguns filósofos da educação como Reoul, Freire, Moraes, Amatuzzi e Alves. Escreve sobre a importância do educador entender com profundidade o fenômeno da alimentação humana e se inserir na realidade da relação educador-educando. Propõem uma educação dialógica, problematizadora, libertadora e conscientizadora. Ela conclui o estudo levantando desafios para a educação nutricional: construção de teorias que reflitam a realidade, implementação de atividades de educação nutricional em serviços públicos de saúde e investimento na formação de nutricionistas nas áreas de educação e educação em saúde.

Em 1989, Valente escreveu um capítulo no livro *Fome e desnutrição: determinantes sociais*. O capítulo é intitulado “Em busca de uma educação nutricional crítica” e aborda o problema do fracasso da educação alimentar e nutricional em promover alterações em práticas alimentares. O autor comenta que a EAN só possuía eficiência em aumentar o grau de conhecimento de práticas nutricionalmente benéficas e não era efetiva em alterar hábitos e melhorar o estado nutricional dos educandos.

Inicialmente escreve sobre as três premissas da educação alimentar e nutricional tradicional: 1. A ignorância é a principal causa dos distúrbios nutricionais – nessa premissa a causa dos distúrbios é colocada a nível de indivíduo. A cura é baseada na alteração das práticas e hábitos alimentares individuais e outras possíveis causas, como

condições socioeconômicas, são deixadas de lado por não serem consideradas modificáveis; 2. A educação tem a função social de eliminar as diferenças – a sociedade é vista como um todo harmônico. A educação teria papel de força homogeneizadora e de ensino de práticas alimentares corretas para obtenção do equilíbrio; 3. Abordagem, unicamente, de situações que são modificáveis pelos métodos educacionais – essa premissa visava trabalhar somente dentro das limitações socioeconômicas impostas ao indivíduo ou população, não interferindo em questões políticas, mantendo assim uma neutralidade técnica. Então o autor explica as funções ideológicas de cada premissa: 1. Desviar a atenção de todos os envolvidos no processo das reais causas do problema nutricional que se está tentando resolver; 2. Dar a impressão de que algo está sendo feito para resolver o problema; 3. Atribuir o eventual fracasso do programa à resistência individual a mudança ou falha por parte dos educadores (VALENTE, 1989).

Depois, Valente discorre sobre os determinantes do estado nutricional, dos hábitos e práticas alimentares e da prática em educação alimentar e nutricional. Aborda a relação entre a educação nutricional e diferentes escolas em educação e realiza uma crítica sobre as bases teóricas e a prática da EAN tradicional. Por fim, lança as bases para uma educação nutricional crítica. Essa proposta é fruto do compromisso político em colocar a produção técnica e científica a serviço do fortalecimento das classes populares em sua luta contra a exploração. O autor afirma que a educação nutricional crítica não pode seguir uma metodologia prefixada. É necessário que os detalhes sejam elaborados no próprio processo e que esteja em sintonia com o problema a ser trabalhado e com os interesses reais do indivíduo ou coletivo que pretende superar o problema. Apresenta quatro princípios básicos orientadores:

1. A diferença entre os indivíduos é gerada por uma organização social da produção, que se baseia na exploração. Porém, essencialmente os seres humanos são iguais. Assim, o objetivo final da educação nutricional crítica é fortalecer as forças sociais que possam promover a superação desta forma de organização social.
2. O processo educacional é limitado pelo processo social mais amplo. Mas, existe uma relação dialética entre educação e processo social, a práxis educacional influencia como força mediadora o conjunto dos processos sociais, fortalecendo esse ou aquele pólo na luta de classes.

3. Cabe a educação nutricional propiciar a difusão dos conteúdos necessários para a transformação concreta da realidade. Esta atividade deve sempre buscar fortalecer a organização das classes populares.
4. A eliminação das diferenças entre as classes sociais não se dará através de processos educacionais. Estas transformações exigem ações políticas das quais o processo educacional pode ser um mediador importante (VALENTE, 1989).

Tendo essas premissas em vista e pressupondo a necessidade de partir dos problemas reais e voltar a eles com possíveis formas de transformação desta realidade, o autor propõem os seguintes passos metodológicos para o processo da educação nutricional crítica:

- O processo educacional deve ser desenvolvido a partir da problemática concreta, vivida e sentida pelo indivíduo ou coletivo em questão, diagnosticada em conjunto com o educador.
- Apresentação ao indivíduo ou coletivo dos conhecimentos disponíveis sobre o problema em questão e que porventura possam servir de subsídio para a resolução da problemática.
- Processo de discussão sobre os conhecimentos apresentados e sua possível relação com a situação vivenciada, com a esperada apropriação dos conhecimentos considerados necessários à resolução do problema.
- Fase de catarse, onde o indivíduo ou coletivo passa de uma fase desorganizada para uma fase sintética do conhecimento, onde parte do que foi apresentado é culturalmente reconhecido como válido e necessário e, em consequência, é incorporado ao universo de conhecimento do indivíduo ou coletivo
- Busca da resolução do problema original através de uma práxis qualitativamente alterada pela incorporação dos novos conhecimentos (VALENTE, 1989).

Após algum tempo, Santos (2005) publicou um artigo relacionando a EAN a promoção de práticas alimentares saudáveis. O estudo analisou publicações oficiais e documentos do governo brasileiro que norteavam as políticas neste campo. Mostrou que a partir de 1990 o termo promoção de práticas alimentares saudáveis começa a aparecer nos documentos oficiais brasileiros. A primeira versão da PNAN trouxe como diretriz a “promoção de práticas alimentares e estilo de vida saudáveis”, cuja ênfase se encontrava na socialização do conhecimento sobre alimentos e o processo de alimentação acerca da prevenção de

problemas nutricionais. O autor afirma que as propostas educativas da PNAN estavam na disseminação de informações e valorizavam excessivamente os meios de comunicação neste processo. Afirma ainda que publicizar informações não é necessariamente educar. Refere ser importante discutir as abordagens teórico metodológicas utilizadas nas práticas educativas em alimentação e nutrição. Coloca o diálogo como um dos elementos centrais para o processo de mudanças das práticas alimentares das populações.

Camossa (2005) afirma que desde a década de 1970 a disciplina de Educação Nutricional caiu em descrédito e é mantida nos cursos de nutrição como um apêndice da nutrição em saúde pública e que sofre as dificuldades causadas pela falta de referências e de docentes capacitados. Assim, os conhecimentos desse campo tornam-se inconsistentes e não chegam a ser sistematizados. Mesmo assim, relembra que em 1996 a EAN volta a ser tema de discussões no XIV Congresso Brasileiro de Nutrição e passa a apresentar novos focos: ênfase no sujeito, democratização do saber, cultura, ética e cidadania.

Em 2008, Oliveira e Oliveira realizam um estudo refletindo sobre a configuração da EAN enquanto ação governamental. O Ministério de Desenvolvimento Social e Combate a Fome (MDS), começou a trabalhar com a educação alimentar e nutricional como ação estruturante do Programa Fome Zero, relacionando-a com a Segurança Alimentar e Nutricional. Diante do novo perfil epidemiológico brasileiro, evidencia-se um quadro de insegurança alimentar com novas características em que, além de problemas relacionados com à carência nutricional, temos os relacionados ao excesso e às escolhas alimentares dos indivíduos, muitas vezes inadequadas. O estudo aponta que o objetivo que orienta as ações de EAN no âmbito do MDS é promover a educação alimentar e nutricional visando a alimentação adequada e saudável no sentido de prazer cotidiano, de modo a estimular a autonomia do indivíduo e a mobilização social, valorizar e respeitar as especificidades culturais e regionais dos diferentes grupos sociais e etnias, na perspectiva da Segurança Alimentar e Nutricional e da garantia do Direito Humano à Alimentação Adequada.

Percebe-se um aumento da importância dada à EAN nos documentos que elaboram as políticas públicas no campo da alimentação e nutrição no Brasil. Em 2006 e 2008, a Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição (CGPAN) do Ministério da Saúde (MS) realizou o I e II Fórum de Educação Alimentar e Nutricional para a Promoção da Saúde e do DHAA. Os fóruns tiveram o propósito de



ampliar e de aprofundar o papel da EAN na promoção de práticas alimentares saudáveis e da promoção da saúde. Em 2009 o Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE) realizou o I Fórum sobre DHAA no contexto da Educação Alimentar e Nutricional. O intuito foi formar uma rede de discussão sobre o tema para debater os atuais métodos, técnicas e práticas de EAN. Percebe-se também uma busca pela intersectorialidade e da integralidade entre as instâncias governamentais. Do ponto de vista teórico metodológico, a EAN está direcionada nos documentos para assumir uma perspectiva da Educação Popular, baseada no pensamento de Paulo Freire, com ênfase na dialogicidade e na autonomia do sujeito. Porém, os avanços nos discursos sobre EAN não têm refletido na mesma medida em avanços nas práticas cotidianas (SANTOS, 2012).

Enfim, em 2012 foi publicado o “Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para Políticas Públicas”, tendo como objetivo promover um campo comum de reflexão e orientação da prática e assim apoiar os diferentes setores de governo em suas ações de EAN para que, dentro de seus contextos, mandatos e abrangência, possam alcançar o máximo de resultados possíveis. Este documento definiu um conceito de Educação Alimentar e Nutricional, como apresentado na introdução deste estudo, e elucidou os princípios para as ações de EAN. Tendo em vista que as ações podem ocorrer em diversos setores, é necessário observar os princípios organizativos e doutrinários do campo no qual estão inseridas, por exemplo, na saúde ela deve observar os princípios do SUS. Os princípios comuns a todos os campos, apresentados pelo Marco de Referência serão apresentados a seguir:

**I. Sustentabilidade social, ambiental e econômica.** A promoção da alimentação saudável refere-se à satisfação das necessidades alimentares dos indivíduos e populações, no curto e no longo prazo, não devem implicar o sacrifício dos recursos naturais renováveis e não renováveis e precisam envolver relações econômicas e sociais estabelecidas a partir dos parâmetros da ética, da justiça, da equidade e da soberania.

**II. Abordagem do sistema alimentar, na sua integralidade.** As ações de EAN devem abranger temas e estratégias ligados a todas as dimensões do sistema alimentar, visto que ele compreende desde o acesso à terra, à água e aos meios de produção, as formas de processamento, de abastecimento, de comercialização e de distribuição; a escolha e consumo

dos alimentos, incluindo as práticas alimentares individuais e coletivas, até a geração e a destinação de resíduos.

**III. Valorização da cultura alimentar local e respeito à diversidade de opiniões e perspectivas, considerando a legitimidade dos saberes de diferentes naturezas.** Esse princípio trata da diversidade na alimentação e deve contemplar as práticas e os saberes mantidos por povos e comunidades tradicionais, bem como diferentes escolhas alimentares, sejam elas voluntárias ou não.

**IV. A comida e o alimento como referências: valorização da culinária enquanto prática emancipatória.** As pessoas, diferentemente dos demais seres vivos, não se alimentam de nutrientes, mas de alimentos e preparações escolhidas e combinadas de uma maneira particular, com cheiro, cor, temperatura, textura e sabor, se alimentam também de seus significados e dos aspectos simbólicos.

**V. A Promoção do autocuidado e da autonomia.** A promoção do autocuidado tem como foco principal apoiar as pessoas para que se tornem agentes produtores sociais de sua saúde, ou seja, para que as pessoas se empoderem em relação à sua saúde.

**VI. A Educação enquanto processo permanente e gerador de autonomia e participação ativa e informada dos sujeitos.** A decisão ativa e informada significa reconhecer as possibilidades, poder experimentar, decidir, reorientar, isto é, ampliar os graus de liberdade em relação aos aspectos envolvidos no comportamento alimentar. Para isso, é necessário ampliar a abordagem para além da transmissão de conhecimento e gerar situações de reflexão sobre as situações cotidianas, busca de soluções e prática de alternativas.

**VII. A diversidade nos cenários de prática.** As estratégias e os conteúdos devem ser desenvolvidos de maneira coordenada e utilizar abordagens que se complementem de forma harmônica e sistêmica.

**VIII. Intersetorialidade.** Compreende-se intersetorialidade como uma articulação dos distintos setores governamentais, de forma que se corresponsabilizem pela garantia da alimentação adequada e saudável. Cada setor poderá ampliar sua capacidade de analisar e de transformar seu

modo de operar, a partir do convívio com a perspectiva dos outros setores, abrindo caminho para que os esforços de todos sejam mais efetivos e eficazes.

**IX. Planejamento, avaliação e monitoramento das ações.** A qualidade do processo de planejamento e implementação destas iniciativas depende tanto do grau de envolvimento e compromisso dos profissionais como dos indivíduos e grupos. O processo de planejamento precisa ser participativo, de maneira que as pessoas possam estar legitimamente inseridas nos processos decisórios (BRASIL, 2012b).

## 2.6 EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE

### 2.6.1 BASES CONCEITUAIS

A Educação Popular em Saúde (EPS) surge como opção à concepção tradicional de educação em saúde, cujas práticas são consideradas impositivas e prescritivas de comportamentos “ideais” desvinculados da realidade e distantes dos sujeitos sociais, tornados objetos passivos das intervenções, na maioria das vezes, preconceituosas, coercitivas e punitivas. Esta nova concepção se baseia na Educação Popular que sempre esteve vinculada ao movimento de forças políticas e culturais empenhadas na construção das condições humanas imediatas para a elevação da qualidade de vida das classes subalternas e na construção de uma sociedade onde realidade e liberdade fossem cada vez mais concretas (BRASIL, 2007).

Historicamente a Educação Popular tem como face política a defesa de uma classe social que se identifica com os mais empobrecidos. Está pautada na construção democrática de um projeto de nação e de mundo que supere essas desigualdades sociais. Ela se faz presente na defesa incondicional da escola pública, da saúde pública, da valorização da diversidade étnico-racial brasileira, da moradia para todas e todos, da reforma agrária, do direito ao trabalho digno, da liberdade de expressão religiosa, do acesso ao transporte público de qualidade, da tributação justa, do direito à participação social e à comunicação, da sustentabilidade ambiental, do respeito à orientação e à diversidade sexual, dentre outras pautas (BRASIL, 2014a).

Ela começa a ser construída e a se estruturar no final da década de 50, quando intelectuais e educadores ligados à Igreja Católica e

movimentos de intelectuais latino-americanos se voltam para as questões populares. Paulo Freire foi o pioneiro no trabalho de sistematização teórica da Educação Popular, apurando o que era fundamental e organizando seus princípios de forma coerente. Hoje ela é compreendida como uma pedagogia que enfatiza formas coletivas de aprendizado e investigação, de modo a promover o crescimento da capacidade de análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento da opressão. Toma como ponto de partida o saber anterior do educando e destaca a importância da escuta e da amorosidade (BRASIL, 2007).

Toda ação tem uma dimensão educativa e pedagógica, portanto a perspectiva da educação popular também deve estar presente na prática de trabalho cotidiana. Ela oferece um instrumental para o desenvolvimento de novas relações, através da ênfase ao diálogo, a valorização do saber popular e a busca de inserção na dinâmica local, compreendendo que o respeito ao saber popular implica necessariamente o respeito ao contexto cultural. É um exercício diário da escuta sensível, do toque carinhoso, do olhar que acolhe, da palavra que apóia, mas que também explicita e ilumina os conflitos (BRASIL, 2014b).

## **2.6.2 POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE**

A Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS) foi instituída pela Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013. Esta política busca reafirmar o compromisso com a universalidade, a equidade, a integralidade e a efetiva participação popular no SUS, e propõe uma prática político-pedagógica que perpassa as ações voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a partir do diálogo entre a diversidade de saberes, valorizando os saberes populares, a ancestralidade, o incentivo à produção individual e coletiva de conhecimentos e a inserção destes no SUS. O objetivo geral da PNEPS-SUS é implementar a Educação Popular em Saúde no âmbito do SUS, contribuindo com a participação popular, com a gestão participativa, com o controle social, o cuidado, a formação e as práticas educativas em saúde. Para tanto, está estruturada em quatro eixos estratégicos:

I - participação, controle social e gestão participativa – tem por objeto fomentar, fortalecer e ampliar o protagonismo popular, por meio do desenvolvimento de ações que envolvam a mobilização pelo direito à

saúde e a qualificação da participação nos processos de formulação, implementação, gestão e controle social das políticas públicas;

II - formação, comunicação e produção de conhecimento – compreende a ressignificação e a criação de práticas que oportunizem a formação de trabalhadores e atores sociais em saúde na perspectiva da educação popular, a produção de novos conhecimentos e a sistematização de saberes com diferentes perspectivas teóricas e metodológicas, produzindo ações comunicativas, conhecimentos e estratégias para o enfrentamento dos desafios ainda presentes no SUS;

III - cuidado em saúde – tem por objeto fortalecer as práticas populares de cuidado, o que implica apoiar sua sustentabilidade, sistematização, visibilidade e comunicação, no intuito de socializar tecnologias e perspectivas integrativas, bem como de aprimorar sua articulação com o SUS; e

IV - intersetorialidade e diálogos multiculturais – tem por objeto promover o encontro e a visibilidade dos diferentes setores e atores em sua diversidade, visando o fortalecimento de políticas e ações integrais e integralizadoras.

A Política Nacional de Educação Popular em Saúde é orientada pelos seguintes princípios: **Diálogo; Amorosidade; Problematização; Construção compartilhada do conhecimento; Emancipação; e Compromisso com a construção do projeto democrático e popular.** Esses princípios são considerados os pressupostos teórico-metodológicos e contemplam dimensões filosóficas, políticas, éticas e metodológicas que dão sentido e coerência à práxis de educação popular em saúde, são componentes de um todo, são partes articuladas de um processo integral e único.

**Diálogo** é o encontro de conhecimentos construídos historicamente e culturalmente por sujeitos que acontece quando cada um, de forma respeitosa, coloca o que sabe à disposição para ampliar o conhecimento crítico de ambos acerca da realidade, contribuindo com os processos de transformação e de humanização.

Trata-se de uma perspectiva crítica de construção do conhecimento, de novos saberes, que parte da escuta do outro e da valorização dos seus saberes e iniciativas, contrapondo-se à prática prescritiva. Para que o diálogo aconteça é necessário entender que não existe alguém que não sabe de nada e também ninguém que sabe de tudo. É preciso que exista respeito mútuo e relações horizontais, não há espaço para o autoritarismo. Diálogo não é bate-papo ou conversa desinteressada. Requer escuta interessada, humildade para aprender,

amorosidade para o encontro, esperança na mudança de si e do outro. Não torna as pessoas iguais, mas possibilita nos reconhecermos diversos e crescermos um com o outro, amplia nossa capacidade em perceber, potencializar e conviver na diversidade.

**Amorosidade** é a ampliação do diálogo nas relações de cuidado e na ação educativa pela incorporação das trocas emocionais e da sensibilidade, propiciando ir além do diálogo baseado apenas em conhecimentos e argumentações logicamente organizadas.

O afeto e a humildade, que constituem a amorosidade, não podem ser confundidos com sentimentalismo ou infantilização das relações de cuidado. Ao contrário, fortalece o compromisso com a superação de situações de sofrimento e injustiça. Por meio do vínculo afetivo, se fortalece o reconhecimento e o acolhimento do outro enquanto sujeito portador de direitos e construtor de saberes, cultura e história. No vínculo afetivo criado na relação educativa em saúde surge uma emoção que influencia simultaneamente a consciência e o agir das pessoas envolvidas, ampliando o compromisso, a compreensão mútua e a solidariedade, não apenas pela elaboração racional. A amorosidade traz um novo significado ao cuidado em saúde, fortalecendo processos em construção no SUS como a humanização, o acolhimento, a participação social e o enfrentamento das iniquidades em saúde.

**Problematização** implica a existência de relações dialógicas e propõe a construção de práticas em saúde alicerçadas na leitura e na análise crítica da realidade. É um momento pedagógico, de reflexão sobre as ações e experiências prévias. Busca identificar problemas e situações limites do cotidiano e também identificar potencialidades e capacidades para superação e transformação.

**Construção compartilhada do conhecimento** consiste em processos comunicativos e pedagógicos entre pessoas e grupos de saberes, culturas e inserções sociais diferentes, na perspectiva de compreender e transformar de modo coletivo as ações de saúde desde suas dimensões teóricas, políticas e práticas. Inclui a construção de práticas e conhecimentos de forma participativa, protagônica e criativa para a conquista da saúde, considerando a integração e articulação entre saberes, práticas, vivências e espaços. Tem como ponto de partida os conhecimentos que são produzidos e acumulados pela vivência subjetiva de cada um, tornando-se evidentes no encontro entre os sujeitos diversos.

**Emancipação** é um processo coletivo e compartilhado no qual pessoas e grupos conquistam a superação e a libertação de todas as

formas de opressão, exploração, discriminação e violência ainda vigentes na sociedade e que produzem a desumanização e a determinação social do adoecimento. Visa fortalecer o sentido da coletividade na perspectiva de uma sociedade justa e democrática. Torna as pessoas e grupos protagonistas por meio da reflexão, do diálogo, da expressão da amorosidade, da criatividade e da autonomia, afirmando que a libertação somente acontece na relação com outro. Pressupõe a construção de processos de trabalho onde os diversos atores podem se constituir sujeitos do processo de saúde e doença, contrapondo-se às atitudes autoritárias e prescritivas.

**Compromisso com a Construção do Projeto Democrático e Popular** é a reafirmação do compromisso com a construção de uma sociedade justa, solidária, democrática, igualitária, soberana e culturalmente diversa que somente será construída por meio da contribuição das lutas sociais e da garantia do direito universal à saúde no Brasil, tendo como protagonistas os sujeitos populares, seus grupos e movimentos, que historicamente foram silenciados e marginalizados.

Pressupõe a superação da distância entre o país que temos e o que queremos construir. Busca superar as diversas formas de exploração, alienação, opressão, discriminação e violência ainda presentes na sociedade que desumanizam as relações, produzem adoecimento e injustiças. Caracteriza-se pela valorização do ser humano em sua integralidade, a soberania e autodeterminação dos povos, o respeito à diversidade étnico-cultural, de gênero, sexual, religiosa e geracional; a preservação da biodiversidade no contexto do desenvolvimento sustentável; o protagonismo, a organização e o poder popular; a democracia participativa; organização solidária da economia e da sociedade; acesso e garantia universal aos direitos, reafirmando o SUS como parte constitutiva deste Projeto (BRASIL, 2013).

### 3. MÉTODO

#### 3.1 Tipo de Estudo

Este estudo consistiu em uma revisão integrativa da literatura, realizada na base de dados *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO), no segundo semestre de 2014.

A revisão integrativa é um método de pesquisa que permite a busca, a avaliação crítica e a síntese das evidências disponíveis do tema investigado. Inclui a análise de pesquisas relevantes que dão suporte para a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica. Consiste na construção de uma análise ampla da literatura e possibilita a síntese do estado do conhecimento de um determinado assunto, além de apontar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos. O propósito inicial deste método de pesquisa é obter um profundo entendimento de um determinado fenômeno baseando-se em estudos anteriores. A síntese do conhecimento, dos estudos incluídos na revisão, reduz incertezas sobre recomendações práticas, permite generalizações precisas sobre o fenômeno a partir das informações disponíveis e facilita a tomada de decisões com relação às intervenções que poderiam resultar no cuidado mais efetivo e de melhor custo/benefício. Permite a combinação de dados de literatura teórica e empírica. Assim, podem existir diferentes finalidades: ela pode ser direcionada para a definição de conceitos, a revisão de teorias ou a análise metodológica dos estudos incluídos de um tópico particular. Dentre os métodos de revisão, a revisão integrativa é o mais amplo (MENDES, SILVEIRA e GALVÃO, 2008).

#### 3.2 Chave de Busca

Para a busca dos artigos foram utilizados os seguintes descritores: educação alimentar e nutricional; educação alimentar; educação nutricional, e a combinação dos descritores: educação em saúde e nutrição (Tabela 1). As buscas resultaram em 129 artigos, publicados entre os anos de 1974 e 2014.



**Tabela 1–Descritores e numero de artigos encontrados. Florianópolis, 2015.**

Descritores	Número de artigos encontrados
EDUCAÇÃO EM SAÚDE + NUTRIÇÃO	35
EDUCAÇÃO ALIMENTAR	06
EDUCAÇÃO NUTRICIONAL	34
EDUCAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL	54
Total	129

Fonte: dos autores.

### 3.3 Seleção dos artigos

Para a seleção dos artigos definiu-se os seguintes critérios: Critério de inclusão – apresentar/descrever Ações de Educação Alimentar e Nutricional; Critério de exclusão – não apresentar/descrever ou apresentar dados insuficientes sobre Ações de Educação Alimentar e Nutricional.

Foram consideradas, pelas autoras, que as Ações de Educação Alimentar e Nutricional eram todas as ações ou práticas relacionadas à educação alimentar e nutricional, tanto em âmbito individual quanto em grupo e sem local ou situação específica, ou seja, poderiam ocorrer em consultórios, durante atendimentos individuais, em escolas, envolvendo toda a sua comunidade, entre outras.

Inicialmente elencaram-se algumas informações com a leitura do título e resumo de cada artigo: Autores; Ano; Local do Pesquisador; Local da Ação; Objetivo do artigo; e Principais resultados. A partir destes dados foram selecionados 25 artigos que apresentavam alguma ação de educação alimentar e nutricional.

Esses artigos tiveram seus textos lidos por completo para a análise dos dados. Após a leitura na íntegra, dois artigos precisaram ser excluídos da revisão, um por não apresentar nenhuma ação de educação alimentar e nutricional e outro por não apresentar informações suficientes sobre as ações de EAN. Assim, o total de artigos analisados foi 23.

### 3.4 Análise dos dados

As ações de educação alimentar e nutricional contidas nos estudos foram classificadas segundo “Local de realização da ação” (Universidade; Escola ou Creche/Educação Infantil; Serviço de Saúde; e Outro) e “Público alvo da ação” (Estudantes – crianças e adolescentes; Estudantes e Professores; Pessoas com excesso de peso/obesidade, associado ou não à outra doença; Profissionais da saúde e da educação; Adultos e Idosos, com ou sem problema associado; Famílias de baixa renda; e Adolescentes).

As ações apresentadas nos artigos foram analisadas segundo os princípios da Política Nacional de Educação Popular em Saúde (Quadro 1) – Diálogo; Amorosidade; Problematização; Construção compartilhada do conhecimento; Emancipação; e Compromisso com a construção do projeto democrático e popular, detalhados no referencial teórico deste estudo. Cada ação recebeu o indicativo contempla, contempla em parte, não contempla ou não foi possível identificar o princípio em questão.

**Quadro 1 – Princípios da PNEPS-SUS e comentários: referencial para a análise dos dados. Florianópolis, 2015.**

<b>Princípios da PNEPS-SUS</b>	<b>Comentários</b>
<b>P1</b> – Diálogo	Parte da escuta do outro e da valorização dos seus saberes. Compreende relações horizontais.
<b>P2</b> – Amorosidade	Incorpora as trocas emocionais e a sensibilidade. Envolve vínculo afetivo e humildade.
<b>P3</b> – Problematização	Leitura e análise crítica da realidade. Reflexão sobre as ações e experiências prévias.
<b>P4</b> – Construção compartilhada do conhecimento	Construção de práticas e conhecimentos de forma participativa, protagônica e criativa. Ponto de partida: conhecimentos produzidos e acumulados pela vivência subjetiva de cada um.
<b>P5</b> – Emancipação	Processo que busca a superação e a libertação de todas as formas de opressão, exploração, discriminação e violência.

	Construção de processos de trabalho onde os diversos atores podem se constituir sujeitos do processo de saúde e doença, contrapondo-se às atitudes autoritárias e prescritivas.
<b>P6</b> – Compromisso com a construção do projeto democrático e popular	Compromisso com a construção de uma sociedade justa, solidária, democrática, igualitária, soberana e culturalmente diversa.

Fonte: BRASIL (2013), adaptado pelos autores.

## **4. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **4.1 Artigos analisados e Classificação das Ações de Educação Alimentar e Nutricional**

Os 23 artigos analisados estão apresentados no Quadro 2. Os estudos foram publicados entre os anos de 1997 e 2014, sendo na maioria do tipo Pesquisa de intervenção. No geral, o foco dos artigos foi a apresentação dos resultados das ações, geralmente resultados clínicos e dados quantitativos. Os métodos das ações realizadas, na maioria dos artigos, foram apresentados de maneira sucinta e pouco explicativa.

O presente estudo analisou as ações de educação alimentar e nutricional explicitadas por cada artigo. O Quadro 3 apresenta estas ações, bem como o local onde foram realizada e o público alvo.

**Quadro 2 – Apresentação dos artigos selecionados. Florianópolis, 2015.**

<b>Código</b>	<b>Ano</b>	<b>Autor(es)</b>	<b>Título</b>	<b>Tipo de estudo</b>	<b>Objetivo do artigo</b>
A01	1997	BISSOLI e LANZILLOTTI	Educação Nutricional como forma de intervenção: avaliação de uma proposta para pré-escolares.	Pesquisa participante e inquérito dietético.	Avaliar uma proposta de educação nutricional para pré-escolares em uma creche comunitária.
A02	2003	BOOG, et al.	Utilização de vídeo como estratégia de educação nutricional para adolescentes: comer... o fruto ou o produto?.	Pesquisa de intervenção, estudo quali-quantitativo.	Avaliar o vídeo "Comer... o fruto ou o produto?". Identificar elementos do vídeo que despertaram reflexão dos participantes sobre os tópicos da argumentação e identificar elementos do roteiro facilitadores e dificultadores da aproximação ao tema.
A03	2004	MELLO, LUFT e MEYER	Atendimento ambulatorial individualizado versus programa de educação em grupo: qual oferece mais mudança de hábitos alimentares e de atividade física em crianças obesas?	Ensaio clínico randomizado.	Comparar duas estratégias de manejo da obesidade infantil: atendimento ambulatorial (individual) e programa de educação (em grupo).
A04	2004	MONTEIRO, RIETHER e BURINI	Efeito de um programa misto de intervenção nutricional e exercício físico sobre a composição corporal e os hábitos alimentares de mulheres obesas em climatério.	Pesquisa de intervenção do tipo pré-teste/pós-teste.	Avaliar o efeito de programa misto de intervenção nutricional e exercício físico sobre a composição corporal e hábitos alimentares de mulheres obesas em climatério.
A05	2005	CERVATO, et al.	Educação nutricional para adultos e idosos: uma experiência positiva	Pesquisa experimental do tipo pré-teste/pós-	Avaliar uma intervenção nutricional educativa desenvolvida para alunos

			em Universidade Aberta para a Terceira Idade.	teste.	de Universidades Abertas para a Terceira Idade.
A06	2006	GAGLIANONE, et al.	Nutrition education in public elementary schools of São Paulo, Brazil: the Reducing Risks of Illness and Death in Adulthood project.	Estudo randomizado controlado.	Analisar o desenvolvimento, implementação e impacto de um programa de educação nutricional sobre conhecimentos e atitudes relativos a hábitos alimentares saudáveis.
A07	2006	RODRIGUES e BOOG	Problematização como estratégia de educação nutricional com adolescentes obesos.	Pesquisa de intervenção, qualitativa, técnica de análise de conteúdo	Avaliar intervenção de educação nutricional, empregando o método da problematização.
A08	2007	FROTA, ALBUQUERQUE e LINARD	Educação popular em saúde no cuidado à criança desnutrida.	Pesquisa ação.	Identificar a percepção dos pais acerca das oficinas de educação e saúde e propor ações de educação popular em saúde na assistência à criança desnutrida.
A09	2007	JAIME, et al.	Educação nutricional e consumo de frutas e hortaliças: ensaio comunitário controlado.	Pesquisa de intervenção, do tipo ensaio comunitário randomizado.	Avaliar o efeito de ações restritas à educação nutricional sobre o consumo de frutas e hortaliças entre famílias de baixa renda.
A10	2008	ALENCAR, BARROS JÚNIOR e CARVALHO	Os aportes sócio-políticos da educação nutricional na perspectiva de um envelhecimento saudável.	Pesquisa exploratória e descritiva, modalidade dialética.	Analisar a contribuição da educação nutricional a partir das suas dimensões sócio-políticas que permeiam a promoção da saúde.
A11	2008	OLIVEIRA	Avaliação do material didático do projeto "Criança saudável:	Pesquisa descritiva e exploratória.	Analisar as cartilhas em quadrinhos como material didático para instruir

			educação dez", ano 2005.		sobre alimentação saudável.
A12	2009	ALVAREZ e ZANELLA	Impacto de dois programas de educação nutricional sobre o risco cardiovascular em pacientes hipertensos e com excesso de peso.	Pesquisa de intervenção do tipo pré-teste/pós-teste.	Comparar os efeitos de dois protocolos de um programa de intervenção nutricional sob o risco cardiovascular em pacientes hipertensos e com excesso de peso em uso de medicamentos usual.
A13	2009	FERNANDES, et al.	Avaliação do efeito da educação nutricional na prevalência de sobrepeso/obesidade e no consumo alimentar de escolares do ensino fundamental.	Pesquisa de intervenção controlada.	Avaliar o efeito de um programa de educação nutricional na prevalência de sobrepeso/obesidade e no consumo alimentar de alunos da 2ª série do ensino fundamental.
A14	2010	ARAUJO, FIGUEIREDO e D'AVILA	Avaliação de programa de ensino-aprendizagem sobre metabolismo de cálcio e fósforo para pacientes em hemodiálise.	Estudo de corte.	Avaliar os efeitos do programa de ensino-aprendizagem sobre o metabolismo e controle de níveis séricos de cálcio (Ca), fósforo (PO4), paratormônio (PTH), produto Ca x PO4.
A15	2010	BOOG	Programa de educação nutricional em escola de ensino fundamental de zona rural.	Relato de experiência.	Apresentar métodos e tecnologias de intervenção em educação alimentar e nutricional, criados com base em diagnóstico realizado no âmbito de escola e comunidade, tendo como pressuposto teórico a relação homem/ambiente, mediada pelo trabalho

A16	2010	YOKOTA, et al.	Projeto "a escola promovendo hábitos alimentares saudáveis": comparação de duas estratégias de educação nutricional no Distrito Federal, Brasil.	Pesquisa de intervenção.	Analisar e comparar o conhecimento sobre nutrição de professores e alunos do Projeto "a escola promovendo hábitos alimentares saudáveis", submetidos a duas estratégias de educação nutricional em escolas do Distrito Federal.
A17	2011	BUENO, et al.	Educação alimentar na obesidade: adesão e resultados antropométricos.	Estudo retrospectivo, longitudinal, descritivo e quantitativo.	Avaliar a adesão de indivíduos com excesso de peso a um programa de educação alimentar e a evolução antropométrica.
A18	2011	FELIPPE, et al.	Qualidade da dieta de indivíduos expostos e não expostos a um programa de reeducação alimentar.	Estudo transversal.	Comparar a qualidade da dieta de indivíduos expostos e não expostos a um programa de reeducação alimentar.
A19	2011	DIEZ-GARCIA e CASTRO.	A culinária como objeto de estudo e de intervenção no campo da Alimentação e Nutrição.	Pesquisa de intervenção, estudo qualitativo,	Analisar o consumo alimentar de sujeitos submetidos à restrição de sal e avaliar a utilização da culinária como eixo estruturante de um método educativo para a promoção da alimentação saudável.
A20	2011	VARGAS, et al.	Avaliação de programa de prevenção de obesidade em adolescentes de escolas públicas.	Pesquisa de intervenção controlada.	Avaliar os efeitos de um programa de prevenção de obesidade sobre práticas alimentares de adolescentes de escolas públicas.
A21	2013	JUZWIAK,	A experiência da Oficina	Relato de experiência.	Apresentar a experiência da Oficina



		CASTRO e BATISTA	Permanente de Educação Alimentar e em Saúde (OPEAS): formação de profissionais para a promoção da alimentação saudável nas escolas.		Permanente de Educação Alimentar e em Saúde, um espaço de articulação dos profissionais envolvidos na promoção da alimentação saudável na escola.
A22	2013	SILVA, et al.	Intervenção nutricional pautada na estratégia de oficinas em um serviço de promoção da saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais.	Pesquisa de intervenção aberta e não controlada.	Avaliar as oficinas como uma estratégia de intervenção nutricional, com foco na aquisição de informações em nutrição e na percepção de mudanças de hábitos alimentares.
A23	2013	TEIXEIRA, et al.	Intervenção nutricional educativa como ferramenta eficaz para mudança de hábitos alimentares e peso corporal entre praticantes de atividade física.	Pesquisa de intervenção do tipo pré-teste/pós-teste.	Avaliar a eficácia de dois métodos de intervenção nutricional educativa entre mulheres praticantes de atividade física regular visando à adoção de práticas alimentares saudáveis.

Fonte: dos autores.

### Quadro 3 – Apresentação das Ações de EAN contidas nos artigos selecionados. Florianópolis, 2015

Artigo	Ação de EAN	Local de realização	Público alvo
A01	Proposta de educação nutricional para pré-escolares. <b>Foco:</b> Desenvolver nas crianças atitudes adequadas em relação ao alimento. <b>Estratégias:</b> A proposta de trabalho fundamentou-se na integração entre as atividades de orientação nutricional e pedagógicas. Foram realizadas discussões em grupo e leituras dirigidas com os funcionários. Estas	Creche comunitária	Crianças, pré-escolares.

	atividades resumiam-se em incentivar as crianças a ingerirem aqueles alimentos mais ricos em nutrientes que se apresentavam deficitários. Para trabalhar com as crianças foi criada uma história de “super-heróis”, foram definidos termos como “amigos da saúde” e “inimigos da saúde” e os heróis eram utilizados em desenhos para serem coloridos e decoração das salas de aula e refeitório.		
A02	Utilização de vídeo como estratégia de educação nutricional para adolescentes. <u>Foco</u> : O vídeo é provocativo e, por isso, adequado para se trabalhar com um assunto polêmico que envolve desejo, sedução e consumo (dos alimentos). <u>Estratégia</u> : Oficina educativa, na qual o vídeo foi apresentado e discutido. A oficina objetivou captar idéias, percepções, sentimentos e opiniões dos participantes sobre o vídeo, mas a estratégia propiciou também o acolhimento de outras demandas implícitas ou inconscientes. Para melhor direcionar a avaliação do vídeo, utilizou-se a técnica de grupo focal.	Instituição pública, onde os adolescentes trabalhavam	Adolescentes, mensageiros de uma instituição pública.
A03	Programa de educação em obesidade infantil. <u>Foco</u> : Avaliação da composição corporal, hábitos alimentares e atividade física, antes e depois das intervenções. <u>Estratégia</u> : Os participantes foram divididos em dois grupos: Acompanhamento em grupo: Aulas expositivas e com abordagem prática rendo a participação dos pais. Após as aulas eram realizados trabalhos em grupos – revisão da aula e do compromisso do encontro anterior, realização de uma tarefa relacionada com o assunto da aula, planejamento dos objetivos para serem cumpridos no mês seguinte e atividade livre. Os pais e/ou responsáveis eram agrupados para discutir suas dificuldades e maneiras de alterar hábitos alimentares. Acompanhamento individual: Cada participante era acompanhado individualmente em ambulatório, eram pesados e medidos e orientados quanto ao manejo da alimentação e aumento da atividade física. Cada sujeito recebeu um manual onde eram abordados os aspectos principais do atendimento e anotadas as orientações.	Hospital das Clínicas de Porto Alegre, RS	Crianças e Adolescentes com obesidade e seus responsáveis.
A04	Programa misto de intervenção nutricional e exercício físico. <u>Foco</u> : Alimentação, nutrição e saúde, ênfase na relação entre a adoção de hábitos alimentares saudáveis e a melhoria da	Universidade: Universidade na	Mulheres com obesidade no

	<p>qualidade de vida. <u>Estratégias</u>: As participantes foram divididas em dois grupos: Grupo Dieta (GD) – somente intervenção Nutricional. Grupo Exercício – intervenção nutricional acoplada a protocolo de exercício físico (três vezes por semana, com 1h de duração cada). A intervenção nutricional foi constituída de 5 consultas, além de um programa de educação alimentar. No atendimento individual foi entregue um plano dietético. Os encontros em grupo propiciavam um espaço para socialização, trocas de experiência e esclarecimentos de dúvidas referentes ao plano dietético.</p>	Terceira Idade.	período do climatério.
A05	<p>Educação nutricional para adultos e idosos. <u>Foco</u>: Conscientização quanto ao hábito alimentar e mobilização para o auto-cuidado. <u>Estratégias</u>: Foram realizadas quatro aulas e distribuída uma apostila com o conteúdo das aulas e de um guia alimentar com orientações gerais. A didática utilizada consistiu em aulas interativas, com recursos visuais, um conjunto de transparências e, como apoio didático, uma apostila especialmente elaborada. Temas abordados: importância da alimentação para a saúde dos indivíduos; grupo de alimentos e suas funções no organismo; necessidades e recomendações nutricionais específicas para a população idosa; auto-cuidado em nutrição. O educador/nutricionista realizava adaptações constantes a fim de manter o conteúdo proposto e os interesses dos alunos.</p>	Universidade: Universidade Aberta para Terceira Idade	Idosos, alunos na Universidade Aberta para Terceira Idade.
A06	<p>Projeto de redução de risco de adoecer e morrer na maturidade. <u>Foco</u>: Conhecimentos e atitudes relativos a hábitos alimentares saudáveis. <u>Estratégias</u>: Os professores foram considerados elementos-chave na promoção de hábitos alimentares saudáveis. Por isso foram treinados para trabalhar esse assunto com seus alunos. No treinamento os professores experimentaram as atividades propostas para trabalharem com os alunos, jogos e atividades de resolver problemas. Além dos jogos, foi desenvolvida uma história com foco na relação entre comer e bem estar. Os objetivos das atividades propostas eram aprimorar conhecimentos, habilidades e atitudes positivas entre as crianças e os professores. Depois do treinamento os professores realizaram a atividade de educação nutricional proposta pelos pesquisadores com os seus alunos.</p>	Escola Pública	Estudantes e professores.

A07	<p>Aconselhamento dietético e Problematização em atendimentos individuais e em atendimento coletivo. <u>Foco:</u> Intervenção de educação voltada para a formação de valores, do prazer, da responsabilidade, da criticidade, do lúdico e da liberdade. <u>Estratégias:</u> Aconselhamento dietético: descoberta inicial, caracterizada pela formação do vínculo; exploração em profundidade, fase na qual deve haver a problematização e discussão dos problemas; e preparação para a ação, momento de formulação de estratégias para o enfrentamento dos problemas alimentares. O aconselhamento visou a ajudar os adolescentes a se posicionarem, entenderem seu comportamento alimentar e levantar estratégias para que problematizassem e realizassem mudança gradativa das práticas; Empregadas técnicas de dinâmica de grupo. Compartilhamento das descobertas com os demais membros do grupo, para que, coletivamente, pudessem analisar seus comportamentos e buscar estratégias para a mudança gradativa de práticas. O planejamento foi formulado com base nas demandas do próprio grupo.</p>	Universidade	Adolescentes, com diagnóstico de obesidade exógena.
A08	<p>Oficina de educação e saúde na assistência à criança desnutrida. <u>Foco:</u> Cuidado à criança desnutrida. <u>Estratégias:</u> Ação educativa composta de avaliação diagnóstica, orientação e devolução da assistência. Foram realizadas visitas domiciliares e oficinas educativas. As oficinas tiveram o enfoque da educação popular em saúde. Relevou-se a coletividade e a cidadania, foi possível proporcionar aos participantes o desvelar de um aprendizado em conjunto e simultâneo, como também o conhecimento de seus direitos perante a sociedade. Deste modo, as diferenças e as singularidades que cada participante trouxe, foram subsídios fundamentais para a assimilação da problemática, criando possibilidades de transformação em suas ações diárias. Priorizou-se trabalhar em círculo, em todas as oficinas, com a valorização das falas e escuta atenta. Presenciaram-se cenas de carinho e corporativismo entre os participantes. A maneira como o grupo se relacionou e as visitas domiciliares ao longo da atividade colaboraram na formação de um vínculo de amizade durante os encontros mensais.</p>	Universidade: núcleo de atenção médica integrada (atenção primária à saúde)	Adultos, pais de crianças com desnutrição.
A09	<p>Educação nutricional sobre o consumo de frutas e hortaliças. <u>Foco:</u> Propiciar conhecimentos sobre vantagens do consumo de frutas e hortaliças para a saúde e incrementar habilidades</p>	Universidade e Comunidade do	Famílias de baixa renda.

	para sua introdução na alimentação cotidiana. <u>Estratégias</u> : Três encontros realizados na própria comunidade. O primeiro encontro empregou técnica de grupo focal, teve caráter diagnóstico. O segundo encontro teve caráter motivacional e envolveu a realização de uma oficina culinária. O terceiro encontro teve caráter essencialmente informativo, abordando recomendações nutricionais, benefícios à saúde decorrentes do consumo de frutas e hortaliças, formas de aumentar o consumo desses alimentos, substituição de alimentos menos saudáveis por frutas e hortaliças, e a relação entre período do ano, preço e qualidade das frutas e hortaliças.	público-alvo	
A10	Oficina lúdico pedagógica sobre nutrição, saúde e envelhecimento. <u>Foco</u> : As inter-relações entre nutrição, saúde e envelhecimento na esfera da promoção da saúde e da prevenção de agravos. <u>Estratégias</u> : Foram adotados os princípios da Educação Crítica, com ênfase na concepção pedagógica problematizadora de Paulo Freire. Realizou-se 31 encontros onde foram utilizadas as seguintes técnicas de ensino: pontos de reflexão e debate; comunicação oral; relato de experiências; trabalhos em grupo; dinâmicas de grupo; atividades práticas; leituras de pequenos textos, reportagens de revistas e jornais, além de técnicas de relaxamento utilizando a música.	Universidade	Idosos de um programa universitário da terceira idade.
A11	Distribuição de cartilhas com histórias em quadrinhos sobre alimentação saudável. <u>Foco</u> : Proteínas e carboidratos, Vitaminas e minerais, e Alimentação Saudável. <u>Estratégias</u> : Distribuição de cartilhas com histórias em quadrinhos. Segundo o autor do artigo, as cartilhas possuem falhas importantes na elaboração dos seus elementos visuais, da narrativa, da linguagem empregada e na conotação das histórias. Manifestam componentes de discriminação racial, apresentam erros conceituais e históricos relacionados à alimentação e nutrição, possuem, em sua linguagem imagética, divergências que levam o leitor não-alfabetizado à confusão, quanto ao seu significado. Suas apresentações revelam uma delicada relação ética com o uso de personagens, que foram criados dentro de um contexto eugenista e que, também, são utilizados em propagandas de alimentos pouco saudáveis.	Escolas Públicas	Crianças, alunos das séries iniciais do ensino fundamental e Professores.
A12	Programa de intervenção nutricional sob o risco cardiovascular: dois protocolos. <u>Foco</u> :	Universidade:	Adultos,

	Aumentar o conhecimento dos pacientes quanto ao valor energético e nutricional dos alimentos e eliminar hábitos inadequados para que eles mesmos pudessem estabelecer uma dieta mais apropriada às próprias condições de saúde. <u>Estratégias</u> : vida. Procurou-se transmitir informações e ensinamentos que pudessem melhorar a qualidade da dieta. energia. Durante as visitas foram oferecidas orientações nutricionais de forma interativa permitindo a participação dos pacientes, foram aplicados os seguintes recursos pedagógicos-nutricionais: roda dos alimentos, interpretação de rótulos, refeição fora de casa e abordagem sobre influência da mídia na alimentação.	ambulatório de HAS e metabologia	pacientes com hipertensão e excesso de peso em uso de medicamento usual.
A13	Programa de educação nutricional. <u>Foco</u> : Transmitir informações sobre alimentação e nutrição, buscando a formação de hábitos alimentares saudáveis, como forma de prevenção da obesidade. <u>Estratégias</u> : O programa consistiu de oito encontros quinzenais e abordou os seguintes temas: digestão dos alimentos e absorção dos nutrientes, grupos alimentares, alimentos e nutrientes, guia da pirâmide alimentar, utilização do guia da pirâmide alimentar na construção de cardápios de lanches, guia da pirâmide de atividades físicas, e teatro de fantoches sobre alimentação. O conteúdo foi ministrado a partir de métodos lúdicoeducativos, utilizando jogos, teatros de fantoches, cartazes, brincadeiras, músicas e histórias infantis.	Escola Pública e Escola Privada	Crianças, escolares da segunda série do ensino fundamental.
A14	Programa de ensino aprendizagem sobre o metabolismo e controle de níveis séricos de cálcio, fósforo e paratormônio. <u>Foco</u> : Sensibilização dos pacientes sobre a importância do autocuidado, da adoção de comportamentos positivos com relação a seu corpo e sensibilização sobre a importância da vida. <u>Estratégia</u> : Curso contendo abordagem dos cuidados para evitar alimentos ricos em PO <sub>4</sub> , o uso correto de quelantes, a importância dos níveis séricos de Ca, PO <sub>4</sub> , produto Ca x PO <sub>4</sub> , PTH, e manifestações de doença óssea. Pensando na compreensão das idéias que seriam apresentadas, avaliou-se o Índice de Legibilidade de Flesch (Microsoft Word for Windows XP). Usaram-se ferramentas educacionais visuais, com imagens e desenhos projetados, além de modelos anatômicos e manequins.	Universidade: hospital universitário e centro de diálise	Adultos, pacientes estáveis em hemodiálise.
A15	Programa de educação nutricional: Ensinando a amar a terra e o que a terra produz. <u>Foco</u> :	Escola pública, de	Crianças e

	<p>Incentivar o consumo de alimentos produzidos na região e promover reflexão sobre os limites e as possibilidades das escolas frente à problemática fome/pobreza/desnutrição. <u>Estratégias:</u> Nutrição comunitária e educação problematizadora. O programa constou de apresentação do diagnóstico para professores e famílias de alunos; produção de história contendo elementos do diagnóstico; confecção de maquete; degustação de fruta da produção regional; exposição da maquete para as famílias. As atividades refletiam o cotidiano e valorizavam o trabalho, a história, a identidade cultural, fortalecendo a autoestima das famílias. As atividades desenvolvidas com os alunos foram planejadas em conjunto com a coordenadora pedagógica e as professoras.</p>	zona rural	adolescentes, alunos de pré-escola à sétima série.
A16	<p>Dois estratégias de intervenção em educação nutricional em escolas. <u>Foco:</u> Pirâmide dos alimentos e Higiene das mãos antes da realização de refeições. <u>Estratégias:</u> Foram realizadas dois tipos de atividades. Em uma delas as ações educativas com a comunidade escolar foram desenvolvidas pela equipe do projeto, por meio de palestras educativas realizadas nas escolas. Na outra as ações educativas foram desenvolvidas por professores que frequentaram oficinas temáticas de capacitação (realizadas pelos mesmos pesquisadores em outro momento). “O resultado da avaliação dos professores reforça a importância da transmissão de conhecimentos sobre nutrição para os mesmos”.</p>	Escolas de ensino infantil e fundamental, pública e privada	Alunos e Professores de ensino infantil e fundamental.
A17	<p>Programa de educação alimentar. <u>Foco:</u> Mudanças comportamentais que levem o emagrecimento adequado e saudável. <u>Estratégias:</u> O programa foi desenvolvido ao longo de 10 semanas, com um encontro semanal para orientação alimentar e apoio psicológico e três encontros semanais para realização de atividade física. A orientação alimentar baseou-se na discussão de um tema a cada encontro: pirâmide alimentar, grupos alimentares e porções, sugestão de cardápio, trocas alimentares saudáveis, mudanças comportamentais como mastigação, fracionamento da alimentação e ingestão de água, uso de alimentos dietéticos e <i>light</i>, fibras, gorduras e colesterol, leitura de rótulos, entre outros assuntos solicitados pelos participantes. A utilização do registro alimentar foi uma estratégia adotada para acompanhar</p>	Universidade	Adultos com excesso de peso, de uma comunidade universitária.

	as mudanças e as dificuldades encontradas, visando à discussão e às formas de enfrentamento.		
A18	Programa de reeducação alimentar. <u>Foco</u> : Comparação da qualidade da dieta dos indivíduos expostos ao programa. <u>Estratégias</u> : Acompanhamento semanal em grupos de apoio voltados para mudanças de hábitos alimentares e melhoria do estilo de vida. As reuniões eram coordenadas por uma equipe multiprofissional (nutricionista, psicólogo e assistente social), que trabalhava a modificação de pensamento, ação e sentimento relacionados ao comportamento alimentar.	Clínica Particular de reeducação alimentar	Adultos e Idosos, clientes da clínica.
A19	Oficina educativa: Culinária, Saúde e Prazer. <u>Foco</u> : Adoção da culinária como espaço criativo para intervenções na alimentação com vistas à promoção da alimentação saudável. <u>Estratégias</u> : Oficina educativa estruturada em quatro etapas. A primeira, denominada “Vivência Culinária”, os participantes criam, juntos, pratos saudáveis sem receitas preestabelecidas, e trocam ideias sobre a experiência vivida. A segunda etapa consiste no debate entre os participantes sobre a relação entre culinária, saúde e prazer, utilizando-se a técnica de grupo focal. Na terceira etapa, denominada “Temperando Conceitos”, são aprofundados teoricamente os temas surgidos no debate. Os temas que surgem recorrentemente são: direito humano à alimentação, alimentação no contexto contemporâneo, alimentação e cultura, alimentação e saúde, culinária e prazer. A quarta etapa visa avaliar a experiência educativa proposta e suas repercussões na vida pessoal e profissional dos participantes.	Universidade	Profissionais da atenção básica à saúde e profissionais do ensino fundamental.
A20	Programa de prevenção de obesidade em adolescentes. <u>Foco</u> : Atividades sobre os temas: alimentação saudável, atividade física, obesidade e <i>fast food</i> . <u>Estratégias</u> : Grupos focais com adolescentes antes do planejamento para identificar temáticas de interesse sobre saúde e alimentação. Os docentes apresentaram opiniões e sugestões sobre as atividades propostas, e alguns desenvolveram atividades ligadas aos temas em suas disciplinas. Atividades realizadas: concurso da música, apresentação de filmes (abordando direito à alimentação; Alimentação saudável - “comer certo e comer errado”; Alimentação escolar - cantina <i>versus</i> merenda escolar), exibição e discussão sobre propagandas (abordando recursos de persuasão	Escolas Públicas	Adolescentes, estudantes do quinto e sexto ano.



	utilizados pela mídia para estimular o consumo de produtos alimentícios), oficina dietética e distribuição de livreto de receitas saudáveis, elaboração de jornal sobre alimentação e saúde.		
A21	Oficina Permanente de Educação Alimentar e em Saúde. <u>Foco</u> : Formação de profissionais para a promoção da alimentação saudável na escola. <u>Estratégias</u> : A proposta baseou-se nas teorias de Pichon Rievière e Paulo Freire, ênfase na prática e no ser humano como protagonista do processo de conhecimento. Com o objetivo de desenvolver o pensamento crítico e a reflexão sobre o papel de cada participante, foram realizadas: dinâmicas de integração e comunicação; exposições dialogadas; estudo dirigido por meio de leitura de textos/artigos seguindo questões norteadoras, em pequenos grupos, para posterior compartilhamento; relatos de experiências dos participantes ou de convidados; <i>brainstorming</i> e mapa conceitual: reflexão sobre determinada problemática; Fórum <i>on line</i> para a integração e troca entre os participantes durante os intervalos das oficinas.	Universidade: CECANE – Centro Colaborador em Alimentação e Nutrição Escolar	Educadores, Nutricionistas da alimentação escolar e Graduandos de nutrição.
A22	Intervenção nutricional pautada na estratégia de oficinas. <u>Foco</u> : Aquisição de informações em nutrição e na percepção de mudanças de hábitos alimentares. <u>Estratégias</u> : O tema trabalhado foi “alimentação saudável”, com base no “Guia Alimentar para a População Brasileira” e em “Os Dez Passos para uma Alimentação Saudável”. Cada oficina abrangeu de três a quatro passos. Reflexão em grupo sobre “O que é uma alimentação saudável”, seguida de explanação do tema, adotando recursos visuais. As oficinas ocorreram ao ar livre, foram previamente elaboradas por acadêmicos de nutrição e seguiram a seguinte dinâmica: aplicação de questionário para avaliar as informações prévias acerca da temática a ser trabalhada; exposição interativa sobre o tema, seguida por atividades lúdicas. Ao final era reaplicado o questionário de avaliação acrescido de espaços para sugestões e comentários.	Academia da Cidade – Belo Horizonte, MG	Adultos, usuários da Academia da Cidade.
A23	Intervenções nutricionais educativas, mais e menos intensivas. <u>Foco</u> : Mudança de hábitos alimentares e peso corporal. <u>Estratégias</u> : Protocolo 1 – ministrada uma aula dinâmica sobre princípios de uma alimentação saudável, grupos alimentares, escolhas alimentares e esclarecimentos das dúvidas mais frequentes sobre o tema, ao final entregue material educativo desenvolvido para esta população; Protocolo 2 – realização de sete encontros sendo oficinas culinárias e oficinas de conhecimento. O conteúdo das aulas foi definido	Academia da Cidade	Mulheres, praticantes de atividade física regular.

	pelas nutricionistas: alimentação saudável e pirâmide dos alimentos; grupo de alimentos e suas funções no organismo; doenças associadas à alimentação (obesidade, Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus). Os temas foram abordados em forma de palestras ou teatro e após era realizada uma dinâmica no intuito de que o assunto fosse melhor assimilado e fixado pelas participantes do grupo.		
--	--	--	--

Fonte: dos autores.

As Tabelas 2 e 3 têm o objetivo de classificar as ações de EAN segundo local de realização e público alvo. Percebe-se que o local mais explorado é a Universidade e o público alvo mais comum são adultos e idosos.

**Tabela 2 – Classificação das Ações de EAN segundo Local de realização. Florianópolis, 2015.**

Local de realização da ação	Número de ações	Percentual
Universidade	11	47,8%
Escola ou Creche/Ed. Infantil	7	30,4%
Serviço de saúde	2	8,7%
Outro	3	13,1%
Total	23	100%

Fonte: dos autores.

**Tabela 3 – Classificação das Ações de EAN segundo Público alvo. Florianópolis, 2015.**

Público alvo da ação	Número de ações	Percentual
Adultos e Idosos, com ou sem problema de saúde associado	7	30,4%
Pessoas com excesso de peso/obesidade associado ou não à outra doença	5	21,8%
Estudantes – crianças e adolescentes	4	17,4%
Estudantes e Professores	3	13,1%
Profissionais da saúde e educação	2	8,7%
Famílias de baixa renda	1	4,3%
Adolescentes estagiários	1	4,3%
Total	23	100%

Fonte: dos autores.

A revisão não encontrou nenhum artigo publicado, na base de dados utilizada, contendo ações de educação alimentar e nutricional realizadas na Atenção Básica à Saúde. Não foi investigado o motivo

desta falta de publicação. Alguns sites apresentam relatos de experiências de EAN na ABS, como o Comunidade de Práticas (<https://novo.atencaobasica.org.br>) e o site Ideias na Mesa (<http://ideiasnamesa.unb.br>). Porém estes não foram utilizados para a pesquisa, pois só foram identificados ao final do estudo, após a leitura dos artigos.

#### **4.2 Análise das Ações apresentadas pelos artigos segundo os Princípios da Política Nacional de Educação Popular em Saúde**

O Quadro 4 analisa as ações, contidas em cada artigo, sob a ótica dos princípios da PNEPS-SUS. Ressalta-se que o Quadro 1 foi utilizado como referência para esta análise.

Em seguida é apresentado o Quadro 5 que compila a análise quantitativa do Quadro 4.

**Quadro 4 – Análise das ações sob a ótica dos princípios da PNEPS-SUS. Florianópolis, 2015.**

Ação/artig	P1	P2	P3	P4	P5	P6
A01	Contempla	Contempla	Contempla em parte	Contempla em parte	Não contempla	Não contempla
A02	Contempla	Não foi possível identificar	Contempla	Contempla	Contempla	Contempla em parte
A03	Não contempla	Não contempla	Não contempla	Não contempla	Não contempla	Não contempla
A04	Contempla	Não foi possível identificar	Contempla em parte	Contempla em parte	Contempla em parte	Não contempla
A05	Contempla	Não foi possível identificar	Não contempla	Contempla em parte	Contempla em parte	Não contempla
A06	Não possível identificar	Não foi possível identificar	Não contempla	Não foi possível identificar	Não contempla	Não contempla
A07	Contempla	Contempla	Contempla	Contempla	Contempla	Contempla em parte
A08	Contempla	Contempla	Contempla	Contempla	Contempla	Contempla em parte
A09	Não contempla	Não contempla	Não contempla	Não contempla	Não contempla	Não contempla
A10	Contempla	Não foi possível identificar	Contempla	Contempla	Contempla	Não contempla
A11	Não contempla	Não contempla	Não contempla	Não contempla	Não contempla	Não contempla
A12	Não contempla	Não foi possível identificar	Não contempla	Não contempla	Não contempla	Não contempla
A13	Não contempla	Não foi possível identificar	Não contempla	Não contempla	Não contempla	Não contempla
A14	Não contempla	Não foi possível identificar	Não contempla	Não contempla	Não contempla	Não contempla
A15	Contempla	Contempla	Contempla	Contempla	Contempla	Contempla em parte
A16	Não foi possível identificar	Não foi possível identificar	Não contempla	Não contempla	Não contempla	Não contempla
A17	Contempla	Não foi possível identificar	Contempla em parte	Contempla em parte	Contempla em parte	Não contempla
A18	Não foi possível identificar	Não foi possível identificar	Não foi possível identificar	Não foi possível identificar	Não foi possível identificar	Não contempla
A19	Contempla	Não foi possível identificar	Contempla	Contempla	Contempla	Contempla em parte
A20	Contempla	Não foi possível identificar	Contempla	Contempla	Contempla	Contempla em parte
A21	Contempla	Não foi possível identificar	Contempla	Contempla	Contempla	Contempla em parte
A22	Contempla em parte	Não foi possível identificar	Não contempla	Não contempla	Não contempla	Não contempla
A23	Não contempla	Não foi possível identificar	Não contempla	Não contempla	Não contempla	Não contempla

Fonte: dos autores.

**Quadro 5 – Análise quantitativa do Quadro 4. Florianópolis, 2015.**

Princípio*	Contempla	Contempla em Parte	Não Contempla	Não foi possível Identificar	Total
P1	12	1	7	3	23
P2	4	0	3	16	23
P3	8	3	11	1	23
P4	8	4	9	2	23
P5	8	3	11	1	23
P6	0	7	16	0	23
Total	40 (28,99%)	18 (13,04%)	57 (41,30%)	23 (16,67%)	138

Fonte: dos autores.

\* P1 – Diálogo; P2 – Amorosidade; P3 – Problemática; P4 – Construção compartilhada do conhecimento; P5 – Emancipação; P6 – Compromisso com a construção do projeto democrático e popular.

O princípio da Amorosidade foi o mais difícil de identificar. No geral, os artigos relatam dados mais objetivos e esse princípio, como os demais, é bastante subjetivo e depende muito da formação e da visão de mundo de quem os utiliza. Apresentar a amorosidade nas práticas diárias e de educação requer muito do profissional. É importante que ele entenda que ela aciona um processo subjetivo de elaboração, não totalmente consciente, que traz importantes percepções, motivações e intuições sobre a realidade para o processo de produção da saúde. A formação de vínculo e a consideração das emoções criam um clima de confiança e acolhimento e possibilita a explicitação de dimensões ainda pouco elaboradas, além de influenciar simultaneamente a consciência e o agir das pessoas envolvidas, ampliando o compromisso, a compreensão mútua e a solidariedade (BRASIL, 2013).

O princípio do Compromisso com a Construção do Projeto Democrático e Popular foi o menos contemplado nas ações, ou quando aparecia era contemplado parcialmente. Esse princípio carrega consigo um caráter político-ideológico. Caracteriza-se pela valorização e reafirmação do ser humano em sua integralidade, a soberania e autodeterminação dos povos, o respeito à diversidade étnico-cultural, de gênero, sexual, religiosa e geracional; a preservação da biodiversidade no contexto do desenvolvimento sustentável; o protagonismo, a

organização e o poder popular; a democracia participativa; organização solidária da economia e da sociedade; acesso e garantia universal aos direitos, reafirmando o SUS como parte constitutiva deste Projeto (BRASIL, 2013).

Muitos dos estudos analisados referiam a intenção de transmitir conhecimento com as ações de educação alimentar e nutricional. Porém, ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou sua construção (FREIRE, 2014). Além disto, este discurso está costumeiramente ligado à práticas autoritárias e prescritivas e muito presente nas formas tradicionais de educação em saúde. Assim, vão na direção contrária dos princípios do Diálogo, da Problemáticação, da Construção Compartilhada do Conhecimento e da Emancipação.

A maioria dos artigos não contempla totalmente os princípios da PNEPS-SUS. As ações estudadas, no geral, eram verticalizadas, baseadas na transmissão de conhecimento, distantes da realidade do público alvo, os conteúdos eram diretivos e instrutivos com caráter prescritivo, tendo contradições em muitos momentos, como alegar que o trabalho era realizado de maneira participativa, porém com conteúdo pré-estabelecido e rígido. Mesmo com alguns princípios contemplados, as ações se distanciam da PNEPS-SUS, pois, seus princípios são considerados pressupostos teórico-metodológicos componentes de um todo, partes articuladas de um processo integral e único (BRASIL, 2013).

Vale ressaltar que três ações contemplaram todos os princípios da PNEPS-SUS, mesmo que tenham contemplado em parte o princípio do Compromisso com a Construção do Projeto Democrático e Popular. Destaca-se que dois desses artigos tiveram como autor a nutricionista doutora em saúde pública Maria Cristina Boog, considerada pioneira em reflexões e posições para educação alimentar e nutricional crítica no Brasil (MAGALHÃES, MARTINS e CASTRO, 2012).

Na formação dos nutricionistas há um predomínio das ciências biológicas o que acaba por comprometer o preparo do aluno para assumir atividades educativas (BOOG, 1997). Percebemos que ainda hoje a formação dos profissionais de saúde está distante da Educação Popular em Saúde. Os resultados aparecem, por exemplo, neste estudo. Continua prevalecendo à prática da educação em saúde tradicional. Não por acaso isso acontece. A educação tradicional é dominante, enquanto a EPS é libertadora, assim não é de interesse da classe dominante, que essa metodologia seja ensinada e utilizada na formação profissional.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a conclusão do estudo, percebe-se que o objetivo de realizar uma revisão da literatura científica sobre as Ações de Educação Alimentar e Nutricional, no Brasil, analisando as experiências encontradas à luz dos princípios da Política Nacional de Educação Popular em Saúde foi alcançado. O método utilizado contemplou as expectativas e facilitou para o alcance do objetivo.

Os resultados demonstraram que a maioria das ações de educação alimentar e nutricional foi caracterizada tendo a Universidade como local de realização da ação e os Adultos e Idosos como público alvo. O estudo não identificou artigos que apresentassem ações de EAN realizadas na Atenção Básica à Saúde.

A maioria das ações não contempla totalmente os princípios da PNEPS-SUS. O princípio da Amorosidade foi o mais difícil de identificar nos estudos e o do Compromisso com a Construção do Projeto Democrático e Popular o menos contemplado. Mesmo assim, algumas ações se destacaram por apresentarem todos os princípios, demonstrando que é possível realizar ações de educação alimentar e nutricional baseadas na Educação Popular em Saúde.

Percebe-se a necessidade de atualização da formação dos profissionais da saúde para que estes estejam melhores preparados para trabalhar com a educação em saúde. É necessário incorporar aos cursos a noção de Educação Popular em Saúde e seus benefícios.

A Política Nacional de Educação Popular em Saúde é recente e precisa de tempo para ser absorvida pelo serviço, mesmo assim, podem-se esperar bons resultados da incorporação dos seus princípios nas práticas de Educação Alimentar e Nutricional no SUS. Nesse sentido, recomenda-se a realização de mais estudos relacionando esses métodos.



## 6. REFERÊNCIAS

ALENCAR, Maria do Socorro Silva; BARROS JUNIOR, Francisco de Oliveira; CARVALHO, Cecília Maria Resende Gonçalves de. Os aportes sócio-políticos da educação nutricional na perspectiva de um envelhecimento saudável. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 21, n. 4, Ago. 2008. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-52732008000400001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732008000400001&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 07 de Fev. de 2015.

ALVAREZ, Tatiana Souza; ZANELLA, Maria Teresa. Impacto de dois programas de educação nutricional sobre o risco cardiovascular em pacientes hipertensos e com excesso de peso. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 22, n. 1, Fev. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-52732009000100007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732009000100007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 07 de Fev. de 2015.

ARAÚJO, Lílian Peres Righetto de; FIGUEIREDO, Ana Elizabeth Prado Lima; D'AVILA, Domingos Otavio Lorenzoni. Avaliação de programa de ensino-aprendizagem sobre metabolismo de cálcio e fósforo para pacientes em hemodiálise. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, Dez. 2010. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342010000400010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000400010&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 07 de Fev. de 2015.

BERNARDON, Renata et al . School Gardens in the Distrito Federal, Brazil. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 27, n. 2, Abr. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-52732014000200205&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732014000200205&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 07 Fev. 2015.

BISSOLI, Marcos Coelho; LANZILLOTTI, Haydeé Serrão. Educação Nutricional como forma de intervenção: avaliação de uma proposta para pré-escolares. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 10, n. 2, Jun. 1997. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext &pid=S1415-52731997000200003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext &pid=S1415-52731997000200003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 07 de Fev. de 2015.

BOOG, Maria Cristina Faber. Educação nutricional: passado, presente, futuro. **R. Nutr.**, Campinas, v. 10, n.1, jan./jun., 1997. Disponível em: <[http://www.faculdadeguararapes.edu.br/site/hotsites/biblioteca/educacaonutricional\\_passado-presente-futuro59500.pdf](http://www.faculdadeguararapes.edu.br/site/hotsites/biblioteca/educacaonutricional_passado-presente-futuro59500.pdf)>. Acesso em: 07 de Fev. de 2015.

BOOG, Maria Cristina Faber et al . Utilização de vídeo como estratégia de educação nutricional para adolescentes: comer... o fruto ou o produto?. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 16, n.3, Set. 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-52732003000300006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732003000300006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 07 de Fev. de 2015.

BOOG, Maria Cristina Faber. Programa de educação nutricional em escola de ensino fundamental de zona rural. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 23, n. 6, Dez. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-52732010000600007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732010000600007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 07 de Fev. de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008.** Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013.** Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012c.** Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.** Brasília. Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular e saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **II Caderno de educação popular em saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas.** Brasília, DF: MDS; Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, 2012b.

BRASIL. Secretaria Geral da Presidência da República. Secretaria Nacional de Articulação Social. Departamento de Educação Popular e Mobilização Cidadã. **Marco de Referência da Educação Popular para as Políticas Públicas.** Brasília, 2014a.

BUENO, Júlia Macedo et al . Educação alimentar na obesidade: adesão e resultados antropométricos. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 24, n. 4, Ago. 2011. Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-52732011000400006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732011000400006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 07 de Fev. de 2015.

CAMOSSA, Ana Cristina do Amaral et al. Educação nutricional: uma área em desenvolvimento. **Alim. Nutr.**, Araraquara, v.16, n.4, p. 349-

354, out./dez. 2005. Disponível em:

<<http://200.145.71.150/seer/index.php/alimentos/article/viewFile/494/45>>. Acesso em: 07 de Fev. de 2015.

CASTRO, Ana Luisa Barros de; MACHADO, Cristiani Vieira. A política federal de atenção básica à saúde no Brasil nos anos 2000. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, Jun 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312012000200005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000200005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 10 de Set. 2014.

CERVATO, Ana Maria et al . Educação nutricional para adultos e idosos: uma experiência positiva em Universidade Aberta para a Terceira Idade. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 18, n.1, Fev. 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-52732005000100004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732005000100004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 07 de Fev. de 2015.

DIEZ-GARCIA, Rosa Wanda; CASTRO, Inês Rugani Ribeiro de. A culinária como objeto de estudo e de intervenção no campo da Alimentação e Nutrição. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, Jan. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000100013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000100013&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 07 de Fev. de 2015.

FELIPPE, Flavia et al . Qualidade da dieta de indivíduos expostos e não expostos a um programa de reeducação alimentar. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 24, n. 6, Dez. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-52732011000600004 &lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732011000600004 &lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 07 de Fev. de 2015.

FERNANDES, Patrícia S. et al . Avaliação do efeito da educação nutricional na prevalência de sobrepeso/obesidade e no consumo alimentar de escolares do ensino fundamental. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 85, n. 4, Ago. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0021-75572009000400008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572009000400008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 07 de Fev. de 2015.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. Paulo Freire – 48º Ed – Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2014.

FROTA, Mirna Albuquerque; ALBUQUERQUE, Conceição de Maria de; LINARD, Andrea Gomes. Educação popular em saúde no cuidado à criança desnutrida. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 2, Jun. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072007000200006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000200006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 07 de Fev. de 2015.

GAGLIANONE, Cristina Pereira et al. Nutrition education in public elementary schools of São Paulo, Brazil: the Reducing Risks of Illness and Death in Adulthood project. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 19, n. 3, Jun. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-52732006000300002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732006000300002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 07 de Fev. de 2015.

JAIME, Patricia Constante et al. Educação nutricional e consumo de frutas e hortaliças: ensaio comunitário controlado. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 1, Fev. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102007000100021&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000100021&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 07 de Fev. de 2015.

JUZWIAK, Claudia Ridel; CASTRO, Paula Morcelli de; BATISTA, Sylvia Helena Souza da Silva. A experiência da Oficina Permanente de Educação Alimentar e em Saúde (OPEAS): formação de profissionais para a promoção da alimentação saudável nas escolas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, Abr. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000400014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000400014&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 07 de Fev. de 2015.

MAGALHÃES, Ana Paula Abreu, MARTINS, Kéziah da Cunha, CASTRO, Teresa Gontijo. Educação alimentar e nutricional crítica: reflexões para intervenções em alimentação e nutrição na atenção primária à saúde. **Rev. Min. Enferm.**; v. 16, n. 3, jul./set., 2012.

Disponível em: < <http://reme.org.br/artigo/detalhes/550>>. Acesso em: 11 de fev. de 2015.

MELLO, Elza D. de; LUFT, Vivian C.; MEYER, Flavia. Atendimento ambulatorial individualizado versus programa de educação em grupo: qual oferece mais mudança de hábitos alimentares e de atividade física em crianças obesas?. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 80, n. 6, Dez. 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0021-75572004000800008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572004000800008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 07 de Fev. de 2015.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 17, n. 4, Dec. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 14 de Jan. 2015.

MONTEIRO, Rita de Cássia de Assunção; RIETHER, Priscila Trapp Abbes; BURINI, Roberto Carlos. Efeito de um programa misto de intervenção nutricional e exercício físico sobre a composição corporal e os hábitos alimentares de mulheres obesas em climatério. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 17, n. 4, Dez. 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-52732004000400008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732004000400008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 07 de Fev. de 2015.

OLIVEIRA, Kathleen Sousa. Avaliação do material didático do projeto "Criança saudável: educação dez", ano 2005. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 12, n. 25, Jun. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832008000200014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832008000200014&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 07 de Fev. de 2015.

OLIVEIRA, Sabrina Ionata de; OLIVEIRA, Kathleen Sousa. Novas perspectivas em educação alimentar e nutricional. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 19, n. 4, Dec. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-)

65642008000400008 &lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 de Fev. de 2015.

RODRIGUES, Érika Marafon; BOOG, Maria Cristina Faber. Problematização como estratégia de educação nutricional com adolescentes obesos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, Mai 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2006000500005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000500005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 07 de Fev. de 2015.

SANTOS, Ligia Amparo da Silva. Educação alimentar e nutricional no contexto da promoção de práticas alimentares saudáveis. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 18, n. 5, Out. 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-52732005000500011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732005000500011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 07 de Fev. de 2015.

SANTOS, Ligia Amparo da Silva. O fazer educação alimentar e nutricional: algumas contribuições para reflexão. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, Feb. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012000200018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000200018&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 07 de Fev. de 2015.

SILVA, Camila Pereira da et al . Intervenção nutricional pautada na estratégia de oficinas em um serviço de promoção da saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais. **Rev. Nutr.**, Campinas, v.26, n. 6, Dez. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-52732013000600004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732013000600004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 07 de Fev. de 2015.

TEIXEIRA, Priscila Dryelle Sousa et al . Intervenção nutricional educativa como ferramenta eficaz para mudança de hábitos alimentares e peso corporal entre praticantes de atividade física. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, Feb. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000200006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000200006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 07 de Fev. de 2015.

VALENTE, F. L. S. Em busca de uma educação nutricional crítica. In: ———. **Fome e desnutrição: determinantes sociais**. São Paulo: Cortez, 1989, 2ª edição.

VARGAS, Izabel Cristina da Silva et al. Avaliação de programa de prevenção de obesidade em adolescentes de escolas públicas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 1, Fev. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102011000100007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000100007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 07 de Fev. de 2015.

YOKOTA, Renata Tiene de Carvalho et al. Projeto "a escola promovendo hábitos alimentares saudáveis": comparação de duas estratégias de educação nutricional no Distrito Federal, Brasil. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 23, n. 1, Fev. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-52732010000100005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732010000100005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 07 de Fev. de 2015.