



**UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**



**Antonio Elielton de Paiva Silva**

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA PARA PROMOÇÃO DA  
SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL**

**SOBRAL**  
**2016**

ANTONIO ELIELTON DE PAIVA SILVA

EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA PARA PROMOÇÃO DA  
SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

Trabalho de Conclusão de Mestrado  
apresentado à banca de defesa do  
Mestrado Profissional em Saúde da  
Família, da Rede Nordeste de Formação  
em Saúde da Família, Universidade  
Estadual Vale do Acaraú.

Orientador: (a) Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Socorro  
de Araújo Dias

Área de Concentração: Saúde da Família

Linha de Pesquisa: Educação na Saúde

Sobral

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual Vale do Acaraú

Sistema de Bibliotecas

Silva, Antonio Elielton de Paiva

Educação em saúde como estratégia para promoção da segurança alimentar e nutricional [recurso eletrônico] / Antonio Elielton de Paiva Silva. -- Sobral, 2016.

1 CD-ROM: il. ; 4 <sup>3</sup>/<sub>4</sub> pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato pdf do trabalho acadêmico com 82 folhas.

Orientação: Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria Socorro de Araújo Dias.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Universidade Estadual Vale do Acaraú / Centro de Ciências da Saúde

1. Segurança Alimentar. 2. Nutrição. 3. Educação em saúde. 4. Evidência Científica. I. Título.

ANTONIO ELIELTON DE PAIVA SILVA

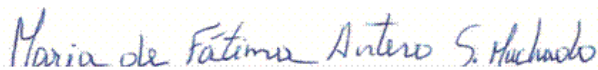
EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA PARA PROMOÇÃO DA  
SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca de defesa do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Universidade Estadual Vale do Acaraú.

Banca Examinadora:



Presidente/Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Socorro de Araújo Dias  
Instituição: Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)



Prof.<sup>a</sup>. 1: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria de Fátima Antero Sousa Machado  
Instituição: Universidade Estadual Regional do Cariri (URCA)



Prof.<sup>a</sup>. 2: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Eliany Nazaré Oliveira  
Instituição: Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)

Prof.<sup>a</sup>. Suplente: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maristela Inês Osawa Vasconcelos  
Instituição: Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)

Aprovado em: 19 de outubro de 2016

Sobral-Ce

Dedico este trabalho aos meus pais, Francisco Carlos da Silva “*Seu Chico Pedro*” e Antonia Lucia de Paiva Silva “*Dona Lúcia*”, exemplos maiores em minha vida que sempre souberam transmitir sabedoria em forma de incentivo e apoio incondicional em todas as minhas escolhas e decisões. Sem eles, nada disso seria possível.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, por me amparar nos momentos difíceis, me dar força interior para superar as dificuldades, mostrar os caminhos nas horas incertas, me suprir em todas as minhas necessidades dando-me sempre força para não desistir.

À minha orientadora, professora Maria Socorro de Araújo Dias, por acreditar em mim e contribuir para o meu crescimento educacional e profissional e por ser, também, um exemplo a ser seguido.

À minha família, a qual amo muito, pelo carinho, paciência e incentivo.

À minha amada Suelen, por ser tão importante na minha vida. Sempre ao meu lado, com seu companheirismo, amizade, paciência, compreensão, apoio, alegria e amor.

Aos amigos que fizeram parte desses momentos, sempre me ajudando e incentivando.

Aos meus colegas de trabalho que sempre estiveram do meu lado apoiando-me em todos os momentos.

A todos os colegas e professores do Mestrado Profissional em Saúde da Família pelo convívio e aprendizado.

À Universidade Estadual Vale do Acaraú e à Fundação Oswaldo Cruz por meio da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, por abrirem as portas para que eu pudesse realizar este sonho, proporcionando-me mais que a busca de conhecimento técnico e científico, mas uma lição de vida.

Meu muito obrigado!

## RESUMO

A história tem revelado que um padrão dietético é determinado pelas características culturais, sociais, econômicas e políticas de uma sociedade, sendo os hábitos e as atitudes alimentares consequências daquelas. Neste contexto, o conceito de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) pode adquirir variados sentidos, dependendo de sua historicidade, e a isto se alinha a necessidade de práticas de educação em saúde para o reconhecimento das significações culturais que permeiam a SAN. Deste modo, objetivou-se produzir uma síntese de evidências sobre educação em saúde enquanto estratégia para o enfrentamento da Insegurança Alimentar e Nutricional (IAN). O estudo foi do tipo bibliográfico, embasado pelo método *Supporting Policy Relevant Reviews and Trials* (SUPPORT), que têm como público-alvo os tomadores de decisão e seus apoiadores no âmbito das políticas de saúde. Como resposta ao problema, foram propostas três opções: 1) Incentivar relações interprofissionais para o desenvolvimento de estratégias educativas em saúde; 2) Utilizar ações educativas em saúde no enfrentamento da insegurança alimentar e nutricionais e 3) Promover a intersetorialidade para o desenvolvimento de intervenções educativas em saúde no enfrentamento da insegurança alimentar e nutricionais. A educação em e na saúde pode ser articuladora da SAN, em uma dimensão ampla, integrando estratégias que possam proporcionar uma experiência de aprendizado com participação ativa dos envolvidos (sujeitos, profissionais de saúde e gestores). Reitera-se que as opções propostas para sua aplicação devem ser consideradas em sua aplicabilidade prática e viabilidade, inserindo-se na governabilidade da tomada de decisão. Desse modo, potencializa-se a produção de síntese de evidências como fator de qualificação do processo de tomada de decisão nas políticas públicas de saúde.

**Palavras-chave:** Segurança Alimentar. Nutrição. Educação em saúde. Evidência Científica.

## ABSTRACT

History has shown that a dietary pattern is determined by cultural, social, economic and political of a society, and the habits and eating attitudes of those consequences. In this context, the concept of Food and Nutritional Security (FNS) can acquire different meanings, depending on its historicity, and it aligns the need for health education practices for the recognition of cultural meanings that permeate the FNS. Thus, the objective was to produce an evidence summary of health education as a strategy for coping with the Food and Nutrition Insecurity (FNI). The study was the bibliographical, based at Supporting Policy Relevant Reviews and Trials (SUPPORT) method, which target audience decision makers and their supporters in the context of health policies. In response to the problem were proposed three options: 1) encourage inter-relationships for the development of educational strategies in health; 2) Use out educational activities in health in addressing food and nutrition insecurity and 3) promote intersectoral approach to the development of educational interventions on health in addressing food and nutrition insecurity. The education and health can be articulator of FNS in a wide dimension, integrating strategies that can provide a learning experience with active participation of those involved (individuals, health professionals and managers). It reiterates that the proposed options for your application to be considered their practical applicability and feasibility, inserting themselves in the governance of decision-making. Thus, leverages up the production of synthesis of evidence as qualifying factor of the decision-making process in public health policies.

**Keywords:** Food Security. Nutrition. Health Education. Scientific Evidence.



## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

Figura 1 – Resultado da busca, seleção de estudos e identificação de opções ..... 49

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Etapas da metodologia/ferramentas SUPPORT .....	30
Tabela 2 -Tipos e desenhos de estudos que podem auxiliar no esclarecimento de problemas ao se utilizar a metodologia/ferramentas .....	31
Tabela 3 - Tipos e desenhos de estudos que podem oferecer opções para enfrentamento do problema ao se utilizar a metodologia/ferramentas SUPPORT	32
Tabela 4 – Tipos e desenhos de estudos que podem oferecer subsídios para a implantação de opções ao se utilizar a metodologia/ferramentas .....	32

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Achados relevantes para a opção 1, segundo revisões sistemáticas .....	50
Quadro 2 - Achados relevantes para a opção 2, segundo revisões sistemáticas ....	51
Quadro 3 - Achados relevantes para a opção 3, segundo revisões sistemáticas ....	53
Quadro 4 - Considerações sobre a implementação da opção 1 .....	56
Quadro 5 - Considerações sobre a implementação da opção 2 .....	57
Quadro 6 - Considerações sobre a implementação da opção 3 .....	58

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
APS	Atenção Primária em Saúde
ATS	Avaliação de Tecnologias em Saúde
BIREME	Centro Latino-Americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CICT/ CNS	Comissão Intersetorial de Ciência e Tecnologia do Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONSEA	Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
DCNT	Doenças Crônicas Não-Transmissíveis
DECIT	Departamento de Ciência e Tecnologia
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DHAA	Direito Humano à Alimentação Adequada
EAN	Educação Alimentar e Nutricional
EBIA	Escala brasileira de insegurança alimentar
EC	Evidências Científicas
EN	Educação Nutricional
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
EVIPNet	Rede para Políticas Informadas por Evidências
FAO	Food and Agriculture Organization of the United Nations
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
IAN	Insegurança Alimentar e Nutricional
IBECS	Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde
IES	Instituição de Ensino Superior
IMC	Índice de Massa Corporal
INAN	Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde

LOSAN	Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional
MEDLINE	National Library of Medicine
MeSH	Medical Subject Headings
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PA	Pressão Arterial
PBE	Prática Baseada em Evidência
PBF	Programa Bolsa Família
PES	Práticas Educativas em Saúde
PIE	Políticas Informadas por Evidências
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNSAN	Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
POF	Pesquisas de Orçamentos Familiares
REBRATS	Rede Brasileira de Avaliação Tecnologia e Saúde
RS	Revisões Sistemáticas
SAN	Segurança Alimentar e Nutricional
SCTIE	Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
SISAN	Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
SUPPORT	Ferramentas para Políticas Informadas por Evidências
SUS	Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO .....	14
2	OBJETIVOS .....	19
2.1	Objetivo geral .....	19
2.2	Objetivos específicos .....	19
3	REVISÃO DE LIERATURA .....	20
3.1	Educação em saúde: qual o seu lugar? .....	20
3.2	Segurança alimentar e nutricional: como instrumentalizar? .....	23
3.3	Evidências em saúde: desafios para a efetivação de uma prática .....	26
4	METODOLOGIA .....	29
4.1	Tipo de estudo .....	29
4.2	Referencial metodológico: ferramenta SUPPORT .....	29
4.3	Coleta de dados .....	33
4.4	Tratamento e apresentação dos dados .....	34
4.5	Princípio de equidade, beneficência e potencialidades do estudo .....	35
5	SINTESE DE EVIDÊNCIA EM SAÚDE .....	37
5.1	Mensagens-chave .....	40
5.2	Considerações gerais acerca das opções propostas .....	41
5.3	Contexto e antecedentes .....	43
5.4	Descrição do problema .....	45
5.5	Opções para enfrentar o problema .....	47
5.6	Considerações sobre a equidade na implementação .....	54
5.7	Considerações sobre a implementação das opções .....	56
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	59
	REFERÊNCIAS .....	61
	APÊNDICE A- REVISÃO SISTEMÁTICA RELEVANTE PARA A OPÇÃO 1 -INCENTIVAR RELAÇÕES INTERPROFISSIONAIS PARA O DESENVOLVIMENTO DE ESTRATÉGIAS EDUCATIVAS EM SAÚDE .....	75
	APÊNDICE B- REVISÕES SISTEMÁTICAS RELEVANTES PARA A OPÇÃO 2 – UTILIZAR AÇÕES EDUCATIVAS EM SAÚDE DE CARATÉR INTERVENTIVO NO ENFRENTAMENTO DA INSEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL .....	76
	APÊNDICE C - REVISÃO SISTEMÁTICA RELEVANTE PARA A OPÇÃO 3 PROMOVER A INTERSETORIALIDADE PARA O DESENVOLVIMENTO	

<b>DE INTERVENÇÕES EDUCATIVAS EM SAÚDE NO ENFRENTAMENTO DA INSEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL .....</b>	<b>77</b>
<b>ANEXO A- TABELA AMSTAR .....</b>	<b>79</b>
<b>ANEXO B- DECLARAÇÃO DE CORREÇÃO ORTOGRÁFICA .....</b>	<b>82</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A história tem revelado que um padrão dietético é determinado pelas características culturais, sociais, econômicas e políticas de uma sociedade, sendo os hábitos e as atitudes alimentares consequências destas. Uma alimentação não equilibrada, por excesso ou escassez, tem sido comprovada cientificamente como sendo a principal causa de disfunções e Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT), nas diversas regiões do mundo, inclusive em países em desenvolvimento (OSORIO et al., 2009).

O Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) foi afirmado, em âmbito internacional, pelo Pacto Internacional de Direitos Humanos, Econômicos, Sociais e Culturais. No Brasil, este direito está garantido por meio de Lei orgânica n.º 11.346/2006 e regulamentada pelo decreto n.º 7.272/2010 e da Emenda Constitucional n.º 64/2010. A lei 11.346/2006, em seu artigo 3, explicita o conceito de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) 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 (COTTA; MACHADO, 2013).

O conceito de "segurança alimentar", foi cunhado nas últimas décadas em referência ao conceito tradicional de "higiene alimentar" com uma conotação que incluem os processos de produção, transformação, distribuição, processamento dos gêneros alimentícios. No entanto, a *Food and Agriculture Organization of the United Nations* (FAO) e Organização Mundial de Saúde (OMS) mantêm seu conceito tradicional de "segurança alimentar" para se referir à segurança, adequação do fornecimento e acesso a uma quantidade suficiente de alimentos, e mantêm a expressão "inocuidade de alimentos" para se referir ao alimento livre de riscos que podem causar doenças ao consumidor (HERNANDEZ, 2010).

A Insegurança Alimentar e Nutricional (IAN) tem marcado historicamente o perfil alimentar e nutricional da população brasileira, estando vinculada tanto ao recrudescimento das doenças infecciosas e carenciais em algumas regiões, como também ao crescimento de DCNTs em vários segmentos da população,



caracterizando, assim, um dado contraditório e paradoxal da situação nutricional que afeta o Brasil (LANG et al., 2011).

De acordo com Aires et al. (2010), tem se identificado no Brasil, nos últimos anos, políticas públicas voltadas a combater a fome e a pobreza, com base na concepção da SAN.

Bichir (2010) comenta que novas formas de intervenção estatal contra a pobreza vêm sendo implementadas no Brasil, especialmente sob a forma de políticas sociais focalizadas nos grupos mais vulneráveis da população, como os programas de transferências condicionadas de renda.

Em 2003, no Brasil, o Programa Bolsa Família unificou todos os benefícios sociais (Bolsa Escola, Bolsa Alimentação, Cartão Alimentação e Auxílio Gás) do governo federal em um único programa, o que reduziu burocracias, criou mais facilidade no controle dos recursos e trouxe mais transparência ao programa (MOREIRA et al., 2012).

O objetivo principal do Programa Bolsa Família é o combate à pobreza, mas o programa também tem como propósito "combater à fome e promover a segurança alimentar e nutricional". Esse efeito pode se estabelecer pelos possíveis impactos da renda na alimentação familiar ou pelas ações de atenção básica em saúde que integram o conjunto de condicionalidades cumpridas pela família, tais como a assistência pré-natal; o esquema de imunização; o monitoramento do crescimento e desenvolvimento infantil, por meio da vigilância alimentar e nutricional e a participação em atividades educativas em saúde (BURLANDY, 2007, p. 1441).

A educação nutricional é um dos caminhos que conduz a população a refletir sobre o seu comportamento alimentar, a partir da sensibilização quanto a importância da alimentação para a saúde, permitindo a transformação e o resgate dos hábitos alimentares tradicionais (RODRIGUES; RONCADA, 2008, p. 315).

Estudo realizado por Santos (2005) revela que o papel da educação alimentar e nutricional está vinculado à produção de informações que sirvam como subsídios para auxiliar a tomada de decisões dos indivíduos que outrora foram culpabilizados pela sua ignorância, sendo posteriormente vítimas da organização social capitalista, e se tornam agora providos de direitos, sendo convocados a ampliar o seu poder de escolha e decisão.

Pontes et al. (2009) destacam que a orientação da população quanto ao consumo adequado de alimentos pode corrigir erros alimentares, diminuir seus efeitos deletérios e, simultaneamente, promover o redirecionamento da oferta de

alimentos pelo setor produtivo à sociedade de consumo e seus mecanismos de divulgação.

O setor saúde tem sido apontado como um potente interlocutor no âmbito da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN), sobretudo por meio das ações locais da Estratégia Saúde da Família (ESF). Nesse cenário, as práticas educativas podem se configurar como fomentadoras de abordagens mais ampliadas, que dialoguem com as noções do referencial da Segurança Alimentar e Nutricionais (SAN). Contudo, apesar do processo de redefinição conceitual e metodológica em curso no campo da promoção da saúde, muitas dessas práticas ainda são marcadas: pela transmissão unilateral de informações, relações autoritárias, prescritivas e normatizadoras (VASCONCELOS; MAGALHAES, 2016, p. 100).

Quando orientada pelas necessidades da comunidade, a Atenção Primária em Saúde (APS) requer a participação social como condição para a identificação dos problemas e a realização de intervenção sobre os determinantes das condições de saúde (STARFIELD, 2002).

Uma condição para a construção de programas de promoção da alimentação saudável, viáveis e eficazes, é que eles sejam pautados sobre diagnósticos que lancem luzes não só sobre o consumo alimentar, mas sobre a cultura e as condições de vida dos grupos humanos, de forma tal que eles possam ser planejados considerando necessidades e valores da comunidade (BOOG, 2010).

A descrição dos padrões dietéticos de uma população deve ser feita preferencialmente por investigação direta de o consumo alimentar individual. Inquéritos regulares com dados sobre disponibilidade domiciliar de alimentos, originários das Pesquisas de Orçamentos Familiares (POF), possibilitam a caracterização das modificações na alimentação da população brasileira nas últimas décadas. Essas contribuições são valiosas para informações sobre a adequação da composição da dieta familiar, inclusive facilitando comparações específicas sobre o consumo de determinados alimentos (LEVY et al., 2011).

Dentro desse contexto, tenho vivenciado diferentes experiências profissionais nos últimos cinco anos, período em que venho exercendo minhas atividades como nutricionista. No segmento da gestão, como apoiador institucional especialista em saúde coletiva; passando pela área educacional, ao ser coordenador, e gestor de alimentação escolar, à atualidade, na atenção à saúde como nutricionista vinculado ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Todas

estas experiências me desafiaram e me mobilizam a compreender os fatores influenciadores na tomada de decisão do indivíduo quanto a incorporação de práticas alimentares saudáveis e seguras.

Os profissionais da saúde, particularmente aqueles vinculados a Estratégia Saúde da Família (ESF), têm recorrido em seu cotidiano, a atividades educativas com vistas a contribuir para consecução de práticas alimentares seguras para a população.

No entanto, apesar de esforços e trabalhos conjuntos, não tenho identificado o impacto das ações educativas enquanto estratégias importantes para estímulo à prática da SAN, que possam assim, demonstrar uma real efetividade junto às comunidades em situação de risco nutricional. Desta feita, e por vivenciar tal quadro, vejo o quão desafiador a educação alimentar e nutricional pode ser, haja vista a exigência do desenvolvimento de abordagens que permitam compreender os problemas relacionados a hábitos alimentares de modo mais amplo, por intermédio de estratégias que superem a mera transmissão de informações.

Considerando, entretanto, que as ações educativas devem ser significativas para gerarem mudanças, questiona-se: Qual a efetividade das estratégias educativas para mudanças de práticas nutricionais? Há evidências de benefícios de ações educativas para incorporação de práticas nutricionais seguras? Os profissionais de saúde consideram em suas atividades de educação em saúde a cultura, saberes e valores da comunidade? As estratégias educativas são avaliadas?

Na busca de responder a estes questionamentos, enseja-se produzir uma síntese de evidências sobre a educação em saúde enquanto estratégia para o enfrentamento da IAN. A opção pelo desenvolvimento de uma síntese repousa no reconhecimento da existência de estudos que versam sobre a educação da saúde enquanto estratégia de promoção da saúde e outros estudos diversos que abordam a IAN. Outrossim, faz-se necessário produzir novas formas de tradução deste conhecimento que contribuam para uma possibilidade de tomada de decisão em contextos reais (da atenção, da gestão e da comunidade). Reconhecemos que as sínteses de evidências cumprem este papel, ao exprimirem em linguagem objetiva e clara, orientada por acurado rigor metodológico, produzidas a partir de estudos rebuscados e de alta evidência (as revisões sistemáticas) indicativos (opções) de medidas que possam colaborar na resolução/minimização do problema. Em consulta

realizada na página da Evipnet Brasil, na qual visualizam-se as sínteses de evidências produzidas no âmbito nacional, não se identifica síntese relacionada a Estratégias de Segurança Alimentar e Nutricional. Também não é identificado síntese sobre a Efetividade de Estratégias Educativas.

Conforme referido, as sínteses de evidências para políticas são produtos elaborados pela rede EVIPNet com base nas ferramentas metodológicas denominadas *SUPPORT Tools for Evidence-Informed Health Policymaking* (STP), desenvolvidas para balizar a elaboração de políticas públicas informadas por evidências e considerando contextos locais. A partir do uso das Ferramentas SUPPORT, as melhores e mais relevantes evidências, são extraídas e apresentadas para serem utilizadas pelos tomadores de decisão. Os textos produzidos são divulgados com linguagem e formatos adequados de acordo com o público e mídias para fortalecer a capacidade de utilização do conhecimento científico na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) (EVIPNET BRASIL, 2014).

Sabemos que, na maioria das sociedades democráticas modernas o surgimento de novas demandas sociais e o maior questionamento sobre o impacto das ações dos governos impulsionaram de maneira decisiva a avaliação de políticas públicas. De certa forma, esta perspectiva, como em vários países, foi apoiada pela chamada *Evidence Based Policy*, ou seja, pela preocupação com o desenho de programas e políticas públicas baseadas em evidências de efetividade, eficiência e eficácia e, basicamente, com a gestão a partir de resultados (MAGALHAES, 2014).

A identificação de evidências é fundamental para a elaboração de políticas públicas sustentáveis e efetivas. Isso sugere que os formuladores de políticas tomem em consideração as evidências científicas e as evidências locais (dados populacionais, necessidades, valores, custos e disponibilidade de recursos), para pautar as tomadas de decisão (SOARES; CAMPOS; YONEKURA, 2013).

Espera-se, portanto, que o desenvolvimento desta possa contribuir para um fosso na literatura em forma de síntese e, assim, poder contribuir para que gestores e trabalhadores possam, se desejarem, fazer melhores escolhas, no caso em particular no campo da SAN.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Produzir uma síntese de evidências sobre educação em saúde enquanto estratégia para o enfrentamento da insegurança alimentar e nutricional.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Analisar revisões sistemáticas que versem sobre educação em saúde e sua relação de efetividade relacionadas a insegurança alimentar e nutricional.
- Elaborar opções de estratégias para enfrentamento da insegurança alimentar e nutricional a partir das revisões sistemáticas identificadas.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

Este capítulo de revisão objetiva situar o pesquisador e o leitor no estado em que se encontra o objeto de investigação, contornado pelas categorias centrais: educação em saúde, Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) e desafios para uma prática baseada em evidências. Neste sentido, discorreremos, em três tópicos, estas categorias num curso histórico e numa postura reflexiva.

#### 3.1 Educação em saúde: qual o seu lugar?

Nas trilhas das histórias sobre as Práticas Educativas em Saúde (PES) no Brasil, vários discursos foram pronunciados em nome de uma consciência sanitária, na busca pela identidade nacional, ou na tentativa de romper com o ciclo da miséria e das doenças presentes. Esses discursos singulares e particulares assumiram sentidos múltiplos e tiveram seus representantes: em geral, os profissionais de saúde e da educação, podendo ter contribuído na formação de identidades de homens, mulheres, crianças e idosos em espaços e tempos específicos (RENOVATO; BAGNATO, 2010).

Na área da saúde, as ações educativas não eram vistas como prioridade e, quando praticadas, seu objetivo era domesticar as pessoas para obedecerem a normas de conduta. Assim, os trabalhadores da saúde tiveram poucas oportunidades de refletir sobre as práticas educativas por eles desenvolvidas nos serviços de saúde (ALVES; AERTS, 2011).

A educação em saúde configura-se como uma estratégia de promoção da saúde que visa contribuir para um processo político de formação para a cidadania ativa, para a ação transformadora da realidade social, e, principalmente, na busca da melhoria na qualidade de vida. A prática educativa pautada no diálogo e na troca de saberes valoriza o conhecimento popular, o estímulo e o respeito à autonomia do sujeito no cuidado de sua própria saúde, e o incentivo à participação ativa no controle social, com vistas a contribuir na melhoria das condições de vida e de saúde da população (BORBA et al., 2012).

Historicamente, podemos destacar que enquanto na Europa do século XIX as discussões sobre saúde e educação cada vez mais se voltavam para os

determinantes sociais, por meio das relações entre condições de vida e saúde-doença, prevalecia no Brasil no início do século XX uma perspectiva autoritária, formadora de normas e prescrições às quais os indivíduos deveriam se adequar, para o qual o modelo econômico do país teve grande influência (DIAS; FERREIRA, 2015).

A educação entendida como prática social acontece em meio a expectativas, desejos, frustrações e implica a utilização de processos e técnicas voltados para a aprendizagem, que é sempre diretiva, pois possui uma ideologia política, mesmo que velada. No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), a educação é indispensável, seja na formação dos trabalhadores ou no cuidado aos usuários. Pode-se denominar esse processo de educação em saúde (ALMEIDA; MOUTINHO; LEITE, 2014).

A educação em saúde surgiu em 1909 nos Estados Unidos da América (EUA), como uma estratégia de prevenção das doenças. Os pressupostos que nortearam essa proposta foram: (1) os problemas de saúde devem ser prevenidos pelo esforço individual e pela adesão a hábitos corretos de vida; (2) os problemas de saúde da população decorrem da falta de informação; (3) a educação deve ser concebida como a transmissão de conteúdos neutros e descontextualizados, com instrumentos puramente médicos (ALVES; AERTS, 2011).

O exposto tende a indicar que a educação em saúde se fundamentava na perspectiva de responsabilizar os indivíduos pelos seus problemas de saúde, estando sua atenção voltada para a transmissão do conhecimento e a domesticação da população, de modo a seguir as regras impostas pelos trabalhadores da saúde e pelos grupos dominantes. Este conceito foi alvo de discussão e foi percebido por muitos como autoritário e não impactador na mudança de práticas e estilos de vida. Assim, a educação em saúde foi assumindo novas concepções (ALVES; AERTS, 2011).

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2006), educação em saúde é definida como um processo educativo de construção de conhecimentos em saúde, visando a apropriação temática pela população, através de um conjunto de práticas que contribuam para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades.

Ressalta-se que, a educação em saúde, representa um importante instrumento facilitador para a capacitação da comunidade, contribuindo para a promoção da saúde. Assim, trabalhadores de saúde e usuários precisam estabelecer uma relação dialógica pautada na escuta terapêutica, no respeito e na valorização das experiências, das histórias de vida e da visão de mundo. Para desenvolver estas ações, é necessário o conhecimento destas práticas educativas por parte destes trabalhadores, considerando que é essencial conhecer o olhar do outro, interagir com ele e reconstruir coletivamente saberes e práticas cotidianas (CERVERA; PARREIRA; GOULART, 2011).

O modelo da Estratégia Saúde da Família (ESF) traz como diretrizes a integralidade e a equidade da atenção, a coordenação e a longitudinalidade do cuidado das famílias e das pessoas sob sua responsabilidade. A organização do trabalho das equipes deve estar centrada nas necessidades dos usuários e na busca contínua de melhoria da qualidade dos serviços ofertados à população (DIAS, 2014). A descrição destas características da ESF sinaliza para a incorporação de novos saberes, orientados pela busca da promoção da saúde.

A promoção da saúde como um processo articulado com a produção da saúde requer um esforço e exercício coletivo para o desenvolvimento de estratégias de educação em saúde que viabilizem e incorporem práticas saudáveis e habilidades por parte do usuário como elemento de concretude dessa proposta, numa perspectiva democrática e valorizando a inserção dos membros da sociedade como seres ativos, autônomos e participativos (MACHADO; VIEIRA; SILVA, 2010, p. 2134).

Diante do exposto, infere-se que o rol de competências do profissional de saúde deve estar contemplado àquele relativo ao desenvolvimento de ações de educação em saúde que colaborem para a promoção de melhor qualidade de vida da população. Para Fernandes e Backes (2011), a educação em saúde se revela como um conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores do setor, para alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades.

As práticas de educação em saúde envolvem três segmentos de atores prioritários: os profissionais de saúde que valorizem a prevenção e a promoção tanto quanto as práticas curativas; os gestores que apoiem esses profissionais; e a população que necessita construir seus conhecimentos e aumentar sua autonomia nos cuidados, individual e coletivamente. Embora a definição do Ministério da Saúde apresente elementos que pressupõem



essa interação entre os três segmentos das estratégias utilizadas para o desenvolvimento desse processo, ainda existe grande distância entre retórica e prática (FALKENBERG et al., 2014, p. 848).

Nessa perspectiva, repensar os conteúdos e práticas educativas de saúde direcionadas à comunidade, incluindo a dimensão social e política do processo saúde-doença para o fortalecimento do controle social, é um objetivo necessário nos processos de educação em saúde. Situação que contribuirá para o desenvolvimento do conceito de cidadania, entendido como direito e dever do cidadão de participar ativamente de processos relevantes de interesse público, como é o caso da saúde, e para benefício da coletividade (CÂMARA, 2012).

Entretanto, para que os processos educativos em saúde se deem de forma comunicacional, transformadora e, portanto, efetiva, a capacitação técnica dos profissionais não deve ser entendida como a simples aquisição de instrumentos e técnicas rígidos que possam ser utilizados, de forma generalizada, em suas ações educativas (SILVA; DIAS; RODRIGUES, 2009).

A educação em saúde, como processo político pedagógico, requer o desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo, permitindo desvelar a realidade e propor ações transformadoras que levem o indivíduo a sua autonomia e emancipação enquanto sujeito histórico e social capaz de propor e opinar nas decisões de saúde para o cuidar de si, de sua família e da coletividade (MACHADO, 2007).

Tendo feito esta aproximação com a temática educação em saúde, passamos a discorrer sobre a SAN.

### **3.2 Segurança alimentar e nutricional: como instrumentalizar?**

No final da década de 1990, em meio ao enfraquecimento do tema da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) na agenda pública nacional, foi formulada a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), a partir da luta e contribuições de atores de instituições governamentais e não governamentais com atuação no campo da alimentação e nutrição (BRASIL, 2003).

A homologação dessa política foi considerada um meio para garantir dentro do governo um espaço para a SAN, uma vez que o Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA) e o Instituto Nacional de Alimentação

e Nutrição (INAN), autarquia vinculada ao Ministério da Saúde, haviam sido extintos. Desta forma, representa uma conquista no que se refere à legitimação das ações nesta área e na definição da contribuição do setor saúde para garantia da SAN e concretização do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA), reafirmando a necessidade de diálogo e articulação para a realização de ações que não se restringem ao setor saúde, mas precisam estar em contínua interação com outros setores (ALVES; JAIME, 2014).

As consequências da insegurança alimentar e nutricional da população, a exemplo da desnutrição e carências nutricionais específicas, recaem sobre o setor saúde e tem feito com que historicamente este setor tenha incorporado a responsabilidade de políticas e programas de alimentação e nutrição no Brasil. No entanto, a garantia da SAN exige uma conjunção de políticas públicas, dentre as quais a Política Nacional de Alimentação e Nutrição do SUS tem papel fundamental (ALVES; JAIME, 2014, p. 4333).

A Lei Nº 11.346 de 15 de setembro de 2006, Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN), criou o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN), estabelecendo seus princípios, diretrizes, objetivos e composição, por meio do qual o poder público, com a participação da sociedade civil organizada, deverá formular e implementar políticas, planos, programas e ações com vistas em assegurar o DHAA. O SISAN tem por objetivos formular e implementar Políticas e Planos de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), estimular a integração dos esforços entre governo e sociedade civil, bem como promover o acompanhamento, o monitoramento e a avaliação da SAN do país (BRASIL, 2006).

Deve ficar claro, ainda que, as ações de proteção social e SAN, devem envolver a capacitação das equipes de Saúde da Família e demais profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), por exemplo, na adoção de protocolos de identificação, organização e fortalecimento das estratégias locais de acompanhamento da população de risco, na adoção de protocolos intersetoriais de encaminhamento de famílias em risco de Insegurança Alimentar e Nutricional (IAN), por exemplo, no encaminhamento para programas de assistência alimentar, de geração de renda, inclusão social ou assistencial: Programa Bolsa Família, estratégias ou ações locais de SAN, que sejam ou não de iniciativa estatal (BRASIL, 2010).

Sabemos que as intervenções em SAN tendem cada vez mais a mobilizar diferentes atores e parcerias como organizações estatais, comunitárias, setor privado, instituições de ensino e pesquisa e, portanto, comunidades com diferentes concepções, práticas e recursos. Além disso, dificilmente os alvos de programas de SAN implicam mudanças de aspectos isolados. Pelo contrário, mudanças efetivas no perfil de SAN tendem a envolver fluxos interdependentes mesmo que o foco seja o consumo ou a produção de alimentos (MAGALHÃES, 2014).

A crescente importância da Educação Alimentar e Nutricional (EAN) no contexto da promoção da saúde e da alimentação saudável, é vista como uma estratégia fundamental para enfrentar os novos desafios nos campos da saúde, alimentação e nutrição. Entretanto, é necessário enfatizar que há poucas referências sobre o arcabouço teórico, metodológico e operacional, tanto na literatura acadêmica como nos documentos de referência que norteiam as políticas públicas no campo, ou seja, paradoxalmente, a EAN está em todos os lugares e, ao mesmo tempo, em lugar nenhum (SANTOS, 2005).

Como referido no subtópico anterior, vários são os inconvenientes apresentados por uma abordagem educativa convencional, fundamentada apenas na transmissão de informações. Tem-se observado que essa abordagem é em geral insuficiente para motivar mudanças mais significativas das práticas de saúde, por não problematizar estas questões considerando a dimensão integral do educando (BOOG, 2003).

Em outras palavras, como promover mudanças nas práticas alimentares dos sujeitos sob a ótica do saudável e, ao mesmo tempo, respeitar os seus hábitos alimentares, as tradições e a cultura alimentar de um povo? Essa questão, um dilema talvez, percorre as políticas e as práticas, e encontra na EAN um nó górdio; cabe, portanto, refletir sobre o tema. Dentre inúmeros outros aspectos, compete também pensar que o principal "instrumento" da EAN é o diálogo, elemento fundamental de existência humana coletiva, e que seu sucesso depende fundamentalmente da agência dos sujeitos (SANTOS, 2013).

Após discorrer acerca da SAN, teceremos considerações sobre as evidências em saúde.

### 3.3 Evidências em saúde: desafios para a efetivação de uma prática

Dentre vários conceitos sobre Prática Baseada em Evidência (PBE) é consenso que seu enfoque se destina à solução de problemas da assistência à saúde, para tomada de decisões baseadas nas melhores evidências. Embora vários recursos, consenso de especialistas, habilidade/experiência clínica, preferências do usuário, legislações, padrões da comunidade e outros sejam citados, os resultados de pesquisa são os mais considerados como principal forma de alcance de evidência (LACERDA et al., 2011).

Concomitante a PBE, a princípio como referido pelos autores focado em problemas de assistência, registra-se, também, uma busca por Políticas Informadas por Evidências (PIE). Esta busca tem desdobrado em movimento internacional na constituição de redes orientadas por este objetivo.

A necessidade de produzir políticas informadas por evidências culminou na criação de uma rede denominada *Evidence-Informed Policy Network* (EVIPNet), cujo objetivo central é fortalecer políticas e sistemas de saúde pública mediante o uso sistemático de evidências de pesquisa (DIAS; BARRETO; SOUZA, 2014, p. 50).

A EVIPNet surgiu em resposta à recomendação originada da reunião de ministros sobre pesquisa em saúde, realizada no México, em novembro de 2004, e referendada na 58ª Assembleia Mundial da Saúde em Genebra, em maio de 2005. Esse projeto baseia-se na necessidade de se estabelecer mecanismos para melhorar a utilização dos resultados de pesquisa no desenvolvimento de sistemas e políticas de saúde pública (BRASIL, 2009).

O contínuo crescimento do conhecimento, desenvolvido pela pesquisa e as demandas atuais da PBE, têm gerado a necessidade de coletar, analisar e sintetizar o conhecimento das pesquisas realizadas previamente. Para isso, vários métodos podem ser usados na revisão de uma pesquisa, dependendo do centro de interesse da coleção e avaliação desse conhecimento de pesquisa (URRA; BARRÍA, 2010).

As evidências científicas constituem os alicerces para a tomada de decisão em saúde, seja na clínica, ou na saúde pública. Essas evidências são derivadas de estudos conduzidos por meio de métodos científicos. Para que os

resultados dos estudos sejam considerados fontes de evidência, é fundamental a observação rigorosa do método, de modo que sua validade seja assegurada (GARCIA, 2012).

Visando estimular o uso de evidências no SUS, o Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT) da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) do Ministério da Saúde (MS), em 2007, apresentou à Organização Pan-Americana da Saúde/ Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS) uma proposta de adesão do Brasil à EVIPNet Américas, com o intuito de que o país participasse da rede colaborativa mundial (EVIPNet Global) para a formulação, implementação, monitoramento e avaliação de políticas informadas por evidências científicas (DIAS; BARRETO; SOUZA, 2015).

As ações estruturadas para o desenvolvimento da EVIPNet Brasil incluíram a articulação da rede com instituições parceiras, definição de temas prioritários para tradução, disseminação e uso de evidências em formato e linguagem adequados, desenvolvimento de capacitações sobre a metodologia da EVIPNet, abrangendo gestores, pesquisadores, profissionais de saúde e membros da sociedade civil organizada, promoção da busca de evidências e sistematização do conhecimento dos técnicos, gestores e tomadores de decisão (EVIPNET BRASIL, 2014).

As atividades da EVIPNet Brasil envolvem principalmente os processos de tradução e disseminação do conhecimento e promoção do intercâmbio entre pesquisadores, gestores/ tomadores de decisões e representantes do controle social para assegurar que a elaboração de políticas públicas seja informada por evidências científicas (EVIPNET BRASIL, 2014).

A capacitação de profissionais e a instalação dos Núcleos de Evidências (NEV)/ estações Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) proporcionam, também, incentivo ao desenvolvimento de sínteses de evidências para embasar políticas. A demanda e a produção de sínteses a partir dos Núcleos de Evidências (NEV) descentralizados podem promover a identificação de assuntos prioritários para o contexto local, além de poderem contar com uma maior participação social (BRASIL, 2015).

A EVIPNet visa, então, difundir o uso compartilhado de conhecimentos científicos e sua aplicação, em formato e linguagem adequados aos gestores de

saúde, seja na prática clínica, gestão dos sistemas de saúde, formulação de políticas públicas e cooperação técnica entre os países participantes (BRASIL, 2009).

A PBE, afigura-se como uma forma coerente, segura e organizada de estabelecer práticas profissionais que, em regra, assumir-se-ão como as mais adequadas, com previsível garantia dos melhores resultados e otimizando os recursos disponíveis, de acordo com a participação ativa de todos os envolvidos nos complexos processos terapêuticos e de tomada de decisão (PEREIRA et al., 2012).

Consequentemente, seria de se esperar que a utilização de investigações na prática habitual avançasse através de uma PBE. No entanto, embora pudesse ser avaliada como uma oportunidade, haja vista a necessidade da prestação de cuidados de qualidade, a investigação tem sido relegada para o contexto acadêmico e distante do trabalho cotidiano da prática (BARRÍA, 2014).

Segundo Lavis et al. (2009), saber como localizar e usar evidências de pesquisa pode ajudar os formuladores de políticas e aqueles que os ajudam a melhorar e a tornar a elaboração de políticas mais eficiente.

Feitas estas considerações sobre evidências em saúde e demais subtópicos referentes à revisão de literatura, prosseguiremos apresentando a metodologia adotada.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 Tipo de estudo

Estudo exploratório, visto que a pesquisa com delineamento bibliográfico documental tem sido utilizada com grande frequência em estudos exploratórios ou descritivos, casos em que o objeto de estudo proposto é pouco estudado, tornando difícil a formulação de hipóteses precisas e operacionalizáveis. A sua indicação para esses estudos relaciona-se ao fato de a aproximação com o objeto ser dada a partir de fontes bibliográficas. Portanto, a pesquisa exploratória possibilita um amplo alcance de informações, além de permitir a utilização de dados dispersos em inúmeras publicações, auxiliando, também, na construção, ou na melhor definição do quadro conceitual que envolve o objeto de estudo proposto (GIL, 2008).

O estudo foi embasado pelo método *Supporting Policy Relevant Reviews and Trials* (SUPPORT), método este que segundo Dias; Barreto; Souza (2014), tem como objetivo o apoio à produção, implementação e monitoramento de políticas informadas por evidências.

Para tanto, recorreu-se à literatura e fontes bibliográficas que denotaram a magnitude do problema em apreço e prioritariamente a revisões sistemáticas para a elaboração de opções que pudessem colaborar para a tomada de decisão de ações que visavam promover Segurança Alimentar e Nutricional (SAN).

Revisão Sistemática é a revisão de uma pergunta claramente formulada que usa métodos sistemáticos e explícitos para identificar, selecionar e avaliar criticamente estudos relevantes, e para coletar e analisar dados dos estudos incluídos na revisão (JACKSON et al., 2014, p. 303).

### 4.2 Referencial metodológico: ferramentas SUPPORT

A EVIPNet oferece como subsídios para pesquisas as ferramentas metodológicas denominadas *SUPPORT Tools for Evidence-Informed Health Policymaking* (STP), que têm como público-alvo os tomadores de decisão e seus apoiadores no âmbito das políticas de saúde. Estas ferramentas foram preparadas

para cenários que variam de países de renda baixa e média, como Uganda e Chile, até países de renda alta, como Canadá e Noruega (LAVIS et al., 2009).

Ao se concentrar em como apoiar o uso de evidências de pesquisa para a elaboração de políticas de saúde, as ferramentas SUPPORT procuram auxiliar o uso da melhor evidência de pesquisa disponível no momento em que tal evidência for necessária, e no momento disponível para a compilação de tal evidência (LAVIS et al., 2009).

A EVIPNet fornece uma plataforma eletrônica na web desenvolvida pelo Centro Latino-Americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde (Bireme/OPAS) para a cooperação técnica entre os componentes institucionais da rede e de seus membros, bem como um conjunto de ferramentas para o desenvolvimento das competências de localizar, avaliar e usar evidências de pesquisa para tornar a elaboração de políticas de saúde mais eficiente (LAVIS et al., 2009).

Portanto, recorreu-se a esta fonte de dados para aprofundamento de conhecimentos sobre a metodologia supracitada. Diante disso, a descrição dos passos da metodologia SUPPORT nortearam os movimentos de busca, leitura, interpretação e produção de síntese; os quais passa-se a descrever:

TABELA 1- Etapas da Metodologia/ Ferramentas SUPPORT

( Continua)

<b>IDENTIFICAÇÃO DE NECESSIDADES DE EVIDÊNCIA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Utilizando evidência para esclarecer o problema.</li> <li>✓ Usando a evidência científica para identificar opções para abordar o problema.</li> <li>✓ Usando a evidência científica para definir como cada opção será implementada.</li> </ul>	
↓		
<b>ENCONTRANDO E AVALIANDO A EVIDÊNCIA</b>	<b>REVISÕES SISTEMÁTICAS</b>	<b>OUTROS TIPOS DE EVIDÊNCIA</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Encontrando revisões sistemáticas.</li> <li>✓ Decidindo quanta confiança dar a uma revisão sistemática.</li> <li>✓ Avaliando a aplicabilidade dos achados das revisões sistemáticas.</li> <li>✓ Levando em consideração a equidade.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Encontrando e usando Evidência científica sobre condições locais.</li> <li>✓ Encontrando e usando Evidência científica sobre o uso de recursos e custos.</li> </ul>



TABELA 1- Etapas da Metodologia/ Ferramentas SUPPORT

( Conclusão)

	COMPROMETENDO OS DECISORES	USANDO A EVIDÊNCIA NAS DECISÕES
<b>DA EVIDÊNCIA ÀS DECISÕES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Preparando e usando resumos de políticas.</li> <li>✓ Organizando e usando diálogos deliberativos.</li> <li>✓ Comprometendo o público.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Balanceando os pros e contras das políticas.</li> <li>✓ Alertando para a insuficiência de evidência científica.</li> <li>✓ Planejando o monitoramento e avaliação.</li> </ul>

**Fonte:** Adaptado de LAVIS, John N.; OXMAN, Andrew D.; LEWIN, Simon, FRETHEIM, Atle. **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP)**. Introduction. Health Research Policy and Systems

A metodologia, também, indica de modo pormenorizado as etapas que foram seguidas no delineamento de cada passo. Iniciou-se com as etapas para a descrição do problema, a saber:

TABELA 2 - Tipos e desenhos de estudos que podem auxiliar no esclarecimento de problemas ao se utilizar a Metodologia/ Ferramentas SUPPORT

ESCLARECENDO O PROBLEMA	TIPOS/DESENHOS DE ESTUDOS SISTEMAS DE SAÚDE, SAÚDE PÚBLICA E CLÍNICA MÉDICA
Qual é o problema?	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Estatísticas vitais/ Dados de vigilância/comparações no tempo, entre lugares</li> </ul>
Como o problema recebeu a atenção e como este processo de priorização influenciou a perspectiva de que o problema seja enfrentado?	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Dados de sistemas de informação da gestão da saúde, de monitoramento e avaliação, consultas à comunidade /usuários e a prestadores</li> <li>✓ Dados desagregados por grupos especiais</li> </ul>
Quais indicadores podem ser usados ou coletados para estabelecer a magnitude do problema e para medir o progresso/impacto do seu enfrentamento?	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Pesquisa qualitativa (Qualitative research)</li> <li>✓ Avaliação de processos (Process assessment)</li> </ul>
Quais comparações podem ser feitas para estabelecer a magnitude do problema e para medir o progresso/impacto do seu enfrentamento?	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Avaliação de resultados (Outcomes assessment)</li> <li>✓ Estudos observacionais</li> </ul>
Como o problema pode ser descrito e estruturado de maneira a motivar diversos grupos que possam estar interessados em enfrentá-lo?	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Pesquisa qualitativa (Qualitative research)</li> <li>✓ Avaliações econômicas</li> </ul>

**Fonte:** Adaptado de LAVIS, John N.; MOAT, Kaelan A.; LEWIN, Simon; FRETHEIM, Atle. **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP)**. Introduction. Health Research Policy and Systems, 2009.

Todo este percurso foi vivenciado na produção da síntese proposta. A Tabela 3, a seguir visou orientar a seleção de artigos para a elaboração das opções de enfrentamento ao problema.

TABELA 3 - Tipos e desenhos de estudos que podem oferecer opções para enfrentamento do problema ao se utilizar a Metodologia/ Ferramentas SUPPORT

<b>ESTRUTURANDO AS OPÇÕES IDENTIFICAÇÃO DE OPÇÕES PARA ENFRENTAR O PROBLEMA</b>	<b>TIPOS/DESENHOS DE ESTUDOS SISTEMAS DE SAÚDE, SAÚDE PÚBLICA E CLÍNICA MÉDICA</b>
Quais benefícios são importantes para os que serão afetados e quais podem ser alcançados para cada opção?	✓ Revisões Sistemáticas ✓ Ensaios clínicos randomizados, outros ensaios
Quais danos são importantes para os que serão afetados e quais danos podem ocorrer para cada opção?	✓ Séries temporais interrompidas ✓ Estudos controlados antes/depois ✓ Estudos observacionais
Quais são os custos de cada opção e que evidência local/ nacional existe sobre o custo-efetividade?	✓ Avaliações econômicas
Que adaptações podem ser feitas para cada opção e será que poderão alterar os benefícios, danos e/ou custos?	✓ Estudos qualitativos realizados em conjunto com um estudo de efeitos (por exemplo, avaliação de processos)
Quais percepções e experiências dos interessados podem influenciar a aceitação e influenciar benefícios/danos/custos?	✓ Pesquisa qualitativa ✓ Estudos observacionais

Fonte: Adaptado de LAVIS, John N.; OXMAN, Andrew D.; LEWIN, Simon; FRETHEIM, Atle. SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). Introduction. Health Research Policy and Systems, 2009.

Para além de subsidiar a definição das opções, a metodologia, também, propõe tipos de estudos que podem orientar, mostrar caminhos para a efetividade/implementação das opções propostas como resolução do problema. A seguir, a Tabela 4 apresenta os principais desenhos de pesquisa que contribuem com essa proposta.

TABELA 4 - Tipos e desenhos de estudos que podem oferecer subsídios para a implementação de opções ao se utilizar a Metodologia/ Ferramentas SUPPORT

(Continua)

<b>IMPLEMENTANDO UMA OPÇÃO</b>	<b>TIPOS/DESENHOS DE ESTUDOS SISTEMAS DE SAÚDE, SAÚDE PÚBLICA E CLÍNICA MÉDICA</b>
Quais são os obstáculos potenciais para a implementação bem-sucedida da política?	✓ Pesquisa qualitativa ✓ Avaliação de políticas/ programas
Quais estratégias deveriam ser consideradas para facilitar as mudanças de comportamento necessárias para os pacientes/cidadãos?	✓ Estudos de efetividade ✓ Pesquisa qualitativa
Quais estratégias deveriam ser consideradas para facilitar as mudanças de comportamento necessárias para os trabalhadores da saúde?	✓ Estudos de efetividade ✓ Pesquisa qualitativa

TABELA 4 - Tipos e desenhos de estudos que podem oferecer subsídios para a implementação de opções ao se utilizar a Metodologia/ Ferramentas SUPPORT (Conclusão)

Quais estratégias deveriam ser consideradas para facilitar as mudanças institucionais/organizacionais	✓ Estudos de efetividade ✓ Pesquisa qualitativa ✓ Avaliação de políticas/ programas
Quais estratégias deveriam ser consideradas para facilitar as mudanças necessárias no sistema?	✓ Estudos de efetividade ✓ Pesquisa qualitativa ✓ Avaliação de políticas/ programas

**Fonte:** Adaptado de LAVIS, John N.; OXMAN, Andrew D.; LEWIN, Simon; FRETHEIM, Atle. **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). Introduction.** Health Research Policy and Systems, 2009.

### 4.3 Coleta de dados

A BVS EVIPNet permite aos usuários acessar rapidamente mais de 50.000 "fontes-chave" atualmente contidas na BVS, que inclui uma gama de visões gerais de revisões, revisões sistemáticas, ensaios clínicos randomizados, avaliações econômicas e outros estudos individuais que incidem sobre os programas e serviços, e que podem melhorar a saúde nas Américas. A BVS EVIPNet, também, contém ferramentas importantes que podem orientar e informar os esforços para apoiar o uso de pesquisas na formulação de políticas dos sistemas de saúde (por exemplo, as ferramentas SUPPORT (MOAT; LAVIS, 2014)).

Foi, portanto, a BVS a porta de entrada na busca dos dados para este estudo e sua interface por meio de busca sistemática avançada nas seguintes bases de dados: *Cochrane Library*, *Health Systems Evidence* e *PubMed*. Como critérios de inclusão adotaram-se artigos completos (disponíveis ou adquiridos) publicados nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola que versavam sobre as estratégias educativas e Insegurança Alimentar e Nutricional (IAN).

Nas buscas utilizou-se o operador *booleano* "and" e "or", que significam intersecção e união entre palavras ou termos, e parênteses ( ) para estabelecimento da ordem na pesquisa, também foram utilizados.

Foram tomados em consideração os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) adotados pela BIREME e o MeSH (*Medical Subject Headings United State National Library of Medicine*) para orientar a busca. Anuncia-se como descritores: "interprofessional relations", "health education" e "intersectoral action". E as palavras-chave: "food insecurity", "food security" e "nutrition".

#### 4.4 Tratamento e apresentação dos dados

A síntese de evidências aborda um tema de política de alta prioridade e descreve o contexto relevante do tema que está sendo tratado, tema este que deve integrar a agenda de governo e ser percebido pela maioria dos grupos de interesse como prioritário. Deve empregar métodos sistemáticos e transparentes para identificar, selecionar e avaliar a evidência de pesquisa sintetizada, considerando a equidade, aplicabilidade local e qualidade quando discute a evidência sintetizada. O problema, os custos e as consequências das opções para abordar o problema e as considerações chave para a implementação, são também abordados (EVIPNET BRASIL, 2014).

A análise dos dados orientou-se pelas etapas delineadas pelos passos da metodologia SUPPORT; desta, feita os resultados encontrados, foram descritos conforme um dos formatos padronizados para apresentação de síntese de evidência. Neste estudo adotou-se, o formato de níveis ou 1:3:25, que se mostra com uma página de mensagens-chave, que traz o resumo das mensagens mais importantes; três páginas de resumo executivo, composta por sinopses do problema, opções de política/ programa e considerações de implementação e um relatório completo de vinte e cinco páginas, onde é descrito de forma minuciosa o problema (como chegou a ser um problema, como tem sido caracterizado (descrito), o tamanho do problema e os fatores causais [associados] ao problema); as opções de política (os impactos prováveis, considerações de equidade, custos e custo-efetividade e necessidade de monitoramento e avaliação) e suas considerações de implementação (barreiras para a implementação das opções e estratégias de implementação) (BRASIL, 2015).

O problema foi descrito, baseado em indicadores, comparações e caracterizações alternativas, análise das causas do problema e seu impacto em grupos específicos da população, dados locais, evidência de pesquisas de questões comunitárias, análise de dados administrativos, estudos qualitativos sobre as experiências e pontos de vista de distintos grupos de interesses (BRASIL, 2015).

Os métodos utilizados são descritos no texto incluindo os detalhes das bases de dados onde se realizou a busca e as considerações de implementação são descritas com base na análise das barreiras para a implementação de cada opção,

identificação de estratégias para abordar barreiras, benefícios, danos e custos de cada estratégia e revisões de estudos de efetividade. Seguindo o preconizado, a síntese de evidências não apresenta recomendações.

Nos apêndices são apresentadas as referências utilizadas como critério de validade científica por meio da avaliação de qualidade, aplicabilidade local das revisões sistemáticas e dos dados locais (EVIPNET BRASIL, 2014).

#### **4.5 Princípios de equidade, beneficência e potencialidades do estudo**

Após a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), a situação de saúde no Brasil passou por inegáveis avanços. [...]. No entanto, ainda persistem desigualdades entre as diversas regiões do País no que se refere à prestação de serviços de saúde. [...]. Nesse contexto, é perceptível a necessidade de aperfeiçoar a capacidade nacional de produção e uso do conhecimento científico para auxiliar os gestores na tomada de decisão e nortear a formulação de políticas públicas em saúde (BRASIL, 2009, p. 1084).

Entretanto, a aplicação do conhecimento produzido pela pesquisa científica, a disponibilidade de informações atualizadas e fidedignas e a observância dos valores das pessoas afetadas/ interessadas e marcos legais existentes, ainda, não são ideias amplamente disseminadas para tornar os serviços e sistemas de saúde mais efetivos e sustentáveis (SILVA; SOUZA; BARRETO, 2014).

Desta feita, reforça-se a capacitação de pessoas para a aquisição, avaliação, adaptação e aplicação de evidências e para o desenvolvimento do processo de tradução do conhecimento (HOLMES et al., 2012) configura-se como imperativo ético. Diante disso, este estudo tem esta intencionalidade.

Entende-se que a capacitação de profissionais da gestão e de seus apoiadores para o uso de evidências é uma estratégia essencial para produzir e implementar de forma sistemática e transparente políticas informadas pelo conhecimento adquirido (OXMAN et al., 2009). O desenvolvimento desta síntese para além de um exercício que visa cumprir uma exigência do Mestrado Profissional em Saúde da Família, incorpora esta compreensão e acredita que no próprio processo de elaboração da síntese proposta haverá difusão do conhecimento, além de colaborar com uma cultura instituinte de tomada de decisão informada por evidência.

Para Gray (2009), os gestores sanitários contemporâneos devem estar aptos a fazer as perguntas certas, compreender e utilizar os critérios de evidência, avaliar a qualidade das evidências e implementar mudanças informadas pelas evidências. Silva; Souza; Barreto (2014) acrescentam que esses atributos necessitam de processos longitudinais de aprendizado institucional sobre como o conhecimento pode ser usado para informar a decisão e, assim, ser útil à obtenção de melhores resultados em saúde; coadunando com a intencionalidade expressa.

A análise empreendida neste estudo, por meio dos instrumentos metodológicos utilizados para tal, procurou identificar os elementos norteadores das políticas públicas brasileiras e internacionais voltadas à Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), evidenciando concomitantemente a importância e legitimidade do uso da metodologia SUPPORT e suas ferramentas como subsídios de suma importância na indicação de instrumentos adequados à formulação de políticas públicas baseadas em evidências que possam ser aplicadas à realidade social.

Além disso, os referenciais analisados neste estudo, permitiram identificar fatores que possam vir a potencializar e/ou sinalizar dificuldades, no âmbito da SAN, possibilitando, assim, mudanças não só na tomada de decisão de profissionais e gestores, mas, inclusive, para os aspectos relacionados à autonomia, participação, controle e inclusão social.

Cabe ressaltar que, a despeito dos avanços recentes, na produção do conhecimento com foco nas políticas de saúde, ainda são incipientes publicações no formato de sínteses de evidência voltadas para o enfrentamento da Insegurança Alimentar e Nutricional (IAN). Em decorrência disso, este estudo também sugere um aprofundamento à discussão da temática, com foco, principalmente, na sua aplicabilidade.

Nesse sentido, pretende-se que este estudo, propicie subsídios aos atores sociais envolvidos, uma reflexão e conseqüente aprimoramento de suas práticas, convertendo os resultados disso em ações, desenvolvendo assim, olhares diferenciados por meio do aperfeiçoamento do processo de tomada de decisão no desenvolvimento de estratégias de educação em saúde para promoção da SAN.

## **5 SÍNTESE DE EVIDÊNCIA EM SAÚDE**

### **Síntese de evidências para políticas de saúde:**

Educação em saúde, enquanto estratégia, para o enfrentamento da insegurança alimentar e nutricional.

### **Incluindo**

Descrição de um problema do sistema de saúde (insegurança alimentar e nutricional);

Opções viáveis para resolver este problema;

Estratégias para a implementação dessas opções.

### **Não incluindo**

Recomendações. Esta síntese não faz recomendações sobre qual opção política escolher.

### **Para quem esta síntese evidências é endereçada?**

Para formuladores e implementadores de políticas de saúde relacionadas à segurança alimentar e nutricional, seu pessoal de apoio e outras partes interessadas neste problema.

### **Para que esta síntese de evidências foi preparada?**

Para dar suporte às deliberações sobre as políticas e estratégias relacionadas a insegurança alimentar e nutricional, resumindo a melhor evidência disponível sobre o problema e as soluções viáveis.

### **O que é uma síntese de evidências para a política de saúde?**

Sínteses de evidências para políticas de saúde reúnem evidências de pesquisa global (a partir de revisões sistemáticas\*) e evidências locais para as deliberações sobre as políticas e programas de saúde.

\*Revisão Sistemática: Um resumo de estudos endereçado a responder a uma pergunta explicitamente formulada que usa métodos sistemáticos e explícitos para

identificar, selecionar e apreciar criticamente pesquisas relevantes e para coletar, analisar e sintetizar dados a partir destas pesquisas.

### **Objetivos dessa síntese de evidências para políticas de saúde**

As evidências apresentadas poderão ser utilizadas para:

- 1) Esclarecer o problema da insegurança alimentar e nutricional nos sistemas de saúde;
- 2) Subsidiar políticas relacionadas à segurança alimentar e nutricional, enfocando seus aspectos positivos, negativos e incertezas das opções;
- 3) Identificar barreiras e facilitadores da implementação das opções, seus benefícios, riscos e custos.

### **Resumo Informativo**

As evidências apresentadas nessa síntese também podem estar no Resumo Informativo.

### **Universidade Estadual Vale do Acaraú**

Esta Instituição de Ensino Superior (IES), exerce importante influência no processo de desenvolvimento sociocultural e econômico local, regional e nacional, ocupando o papel social que lhe cabe com ousadia, determinação e competência.

### **Financiamento**

Esta síntese de evidência foi custeada por seus próprios autores com o apoio do programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF).

### **EVIPNET BRASIL**

A Rede para Políticas Informadas por Evidências (*Evidence-Informed Policy Network*) - EVIPNet - visa fomentar o uso apropriado de evidências científicas no desenvolvimento e implementação das políticas de saúde. Essa iniciativa promove o uso sistemático dos resultados da pesquisa científica na formulação e implementação de políticas e programas de saúde mediante o intercâmbio entre gestores, pesquisadores e representantes da sociedade civil. A EVIPNet promove,



ainda, o uso compartilhado do conhecimento científico e sua aplicação, em formato e linguagem dirigidos aos gestores de saúde, seja na prática clínica, gestão dos serviços e sistemas de saúde, formulação de políticas públicas e cooperação técnica entre os países participantes. No Brasil, são parceiros na EVIPNet: o Ministério da Saúde (MS), a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), o Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME), a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), a Comissão Intersetorial de Ciência e Tecnologia do Conselho Nacional de Saúde (CICT/CNS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e outros.

### **Conflito de interesses**

Os autores declaram não possuírem nenhum conflito de interesse. Os colaboradores não interferiram no desenho, elaboração e divulgação dos resultados dessa síntese.

### **Revisão do mérito desta síntese de evidências**

Esta síntese de evidências será revisada pela banca de defesa do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/ Nucleadora Universidade Estadual Vale do Acaraú.

### **Citação**

SILVA, A. E. P.; DIAS, M. S. A.; OLIVEIRA, E. N.; MACHADO, M. F. A. S. Educação em saúde enquanto estratégia para o enfrentamento da insegurança alimentar e nutricional. 2016, 88p. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família. Universidade Estadual Vale do Acaraú, 2016.

## 5.1 MENSAGENS-CHAVE

O uso de evidências científicas nas políticas de saúde é apontado como fator de qualificação do processo de tomada de decisão, cuja dinâmica política articula elementos sociais, tais como valores e interesses, mas também aspectos ligados aos recursos e necessidades de saúde. Estratégias e ferramentas para levar aos gestores de saúde, bem como a outros setores sociais, os resultados das pesquisas científicas, conectando pesquisadores, sistemas de saúde e cidadãos, o que se constitui em uma necessidade em todos os contextos (BRASIL, 2016).

Esta síntese em particular aborda a problemática envolta da Insegurança Alimentar e Nutricional (IAN), a qual tem impactado diretamente nas ações de prevenção de morbidades e promoção da saúde no contexto da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Em consonância com o exposto, a produção desta síntese orientou-se pelo questionamento: como ampliar o impacto das ações de educação em saúde e quais opções, com base em revisões sistemáticas, os profissionais e gestores do sistema público de saúde podem usar para obter maior efetividade em estratégias educativas frente à IAN?

### **Qual é o problema?**

A atenção à saúde no Brasil tem investido na formulação, implementação e concretização de políticas de promoção, proteção e recuperação da saúde. Há um grande esforço na construção de modelo de atenção à saúde que priorize ações de melhoria da qualidade de vida dos sujeitos coletivos (BRASIL, 2006).

No campo do conhecimento relativo à alimentação e nutrição, mais do que proporcionar o acesso a informações, é fundamental o estímulo à autonomia dos sujeitos a fim de possibilitar a eles uma atuação intencional e com independência de influências, o que demanda um consistente processo educativo (OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2008).

Estima-se, de acordo com a pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), publicada em 2013, que em 23,3% da população urbana pesquisada nos domicílios particulares do Brasil residiam pessoas em situação de Insegurança Alimentar e Nutricional (IAN). A mesma pesquisa revela que o patamar de IAN

aumenta para 41,1%, em domicílios rurais, e atinge 63,3%, onde o rendimento mensal domiciliar per capita é de até 1/4 do salário mínimo.

Essa síntese apresenta as melhores evidências encontradas e disponíveis relacionadas a educação em saúde enquanto estratégia para o enfrentamento da IAN, discutindo os benefícios, barreira e implicações.

### **Opções para enfrentar o problema**

**Opção 1:** Incentivar relações interprofissionais para o desenvolvimento de estratégias educativas em saúde.

**Opção 2:** Utilizar ações educativas em saúde no enfrentamento da insegurança alimentar e nutricional.

**Opção 3:** Promover a intersetorialidade para o desenvolvimento de intervenções educativas em saúde no enfrentamento da insegurança alimentar e nutricional.

## **5.2 CONSIDERAÇÕES GERAIS ACERCA DAS OPÇÕES PROPOSTAS**

Partimos do princípio de que a alimentação é compreendida como um direito humano. As concepções de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) são bem mais abrangentes do que as ações de combate à fome. Para além do acesso aos alimentos, deve-se assegurar o monitoramento alimentar e nutricional, a segurança sanitária e qualidade dos alimentos, a promoção de práticas alimentares saudáveis e a prevenção e controle de deficiências e distúrbio nutricionais como proposto na Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) (BRASIL, 1999).

No contexto da promoção de práticas alimentares saudáveis, a educação em saúde emerge como um dos pilares fundamentais para a resolutividade dos problemas relacionados. De modo que essa, coloca-se de forma ativa na participação dos principais sujeitos implicados com a problemática. Assim, o uso de estratégias para a realização de atividades voltadas a educação em saúde é importante, visto que estas poderão estimular a participação ativa dos indivíduos, valorizando o diálogo como construção compartilhada de conhecimentos para estes e junto a estes (ACIOLI; DAVID; FARIA, 2012).

Na prática, a educação em saúde constitui apenas uma fração das atividades técnicas voltadas para a saúde, prendendo-se especificamente à habilidade de organizar logicamente o componente educativo de programas que se desenvolvem em quatro diferentes ambientes: a escola, o local de trabalho, o ambiente clínico, em seus diferentes níveis de atuação, e a comunidade, compreendida aqui como contendo populações-alvo que não se encontram normalmente nas três outras dimensões. Por constituir apenas uma parte de um conjunto de atividades, é óbvio tratar-se de uma atividade-meio (CANDEIAS, 1997, p. 209).

Nesse sentido, no contexto da Insegurança Alimentar e Nutricional (IAN), a promoção da alimentação adequada e saudável, intermediada pelas ações de educação em saúde é uma zona de intersecção entre a promoção da saúde e a promoção da SAN, zona esta que aproxima e subsidia o diálogo intersetorial, ponto imprescindível para a garantia da SAN e da saúde, pois os fatores determinantes da saúde também vão influenciar na condição de SAN dos sujeitos e da comunidade (PINHEIRO, 2005).

Essa perspectiva sugere fortemente a conjunção de esforços para a promoção de saúde e de segurança alimentar e nutricional, o que viria a potencializar agendas desenvolvidas em diferentes setores e acompanhadas por diferentes conselhos de políticas públicas que não se articulam. O que permitiria maior e melhor atuação do governo e da sociedade civil sobre os determinantes da saúde e da alimentação (ALVES; JAIME, 2014, p. 4331).

Neste íterim, a implementação das opções deve levar em conta a participação de diferentes atores, como tomadores de decisão, sociedade civil e profissionais inseridos nos serviços de saúde. Ademais, a avaliação dos efeitos da implementação dessas opções sobre os grupos afetados pelo problema pode contribuir na produção de indicadores de cunho qualitativo e quantitativo, que podem reproduzir uma análise dos efeitos da implementação das opções. Além de colaborar na formulação das políticas públicas em alimentação e nutrição no país.

Pondera-se que, se faz necessária a ampliação e compreensão de possibilidades teórico-reflexivas, utilizando-se abordagens problematizadoras que instiguem o surgimento de práticas inovadoras capazes de transformar e de abrir caminhos para a produção social e organizada dos processos de trabalho em saúde (COLOMÉ; OLIVEIRA, 2012).

### 5.3 CONTEXTO E ANTECEDENTES

Na realidade social, ambiente em que a educação em saúde acontece, existem variadas formas de desenvolvê-la por meio de modelos pedagógicos que sempre estão conectados a uma forma de perceber o mundo, a saúde e a uma visão educativa específica (VASCONCELOS, 2008).

No modelo hegemônico, observa-se que o principal objetivo é fazer com que as pessoas mudem seus comportamentos a fim de obterem melhor saúde, sendo a principal estratégia de comunicação a transmissão de conhecimentos. Assim, a educação limita-se a um foco preventivo, reducionista e pouco ligado com a perspectiva de empoderamento das pessoas, reforçando o entendimento da saúde como a simples ausência de doença (ALVES, 2005).

A intersetorialidade enquanto ferramenta de gestão para enfrentamento de problemas complexos, multideterminados tem sido acionada pelo setor saúde. O reconhecimento dos aspectos sociais, econômicos, culturais e ambientais como determinantes da saúde, das doenças e das ações concernentes ao cuidado, persistem envoltos em dificuldades que impendem ou limitam a consecução da transversalidade no âmbito das ações voltadas à promoção da saúde (JUNQUEIRA, 2000).

Aspectos relativos à alimentação e nutrição, como a desnutrição, relacionada às questões da fome e da pobreza, e a obesidade, ligada ao estilo de vida da sociedade atual, têm feito com que vários países planejem e executem políticas e diretrizes voltadas ao estabelecimento de ações para o enfrentamento desses aspectos (BRASIL, 2003).

Nesse contexto, é importante refletir sobre as estratégias educativas promotoras de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), e, para tanto, são necessárias opções informadas por evidências que propiciem uma aproximação entre profissionais, gestores e população, no intuito de potencializar ações educativas em saúde para o enfrentamento da Insegurança Alimentar e Nutricional (IAN).

**Conceitos chave**

**Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA):** realização ao acesso físico e econômico, ininterruptamente, à alimentação adequada ou aos meios para sua obtenção, de cada homem, mulher e criança, sozinho ou em companhia de outros (BRASIL, 2006).

**Segurança Alimentar e Nutricional (SAN):** 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 (BRASIL, 2006).

**Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA):** método que investiga de forma direta a insegurança alimentar das famílias, sendo composta por 14 perguntas fechadas, relacionadas à percepção dos entrevistados sobre a situação alimentar nos últimos três meses (CORRÊA, 2007; OLIVEIRA et al., 2009).

**Educação em Saúde:** conjunto de práticas que visam contribuir no aumento da autonomia dos sujeitos com relação ao seu cuidado e no diálogo com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades (BRASIL, 2006).

**Educação na saúde:** conhecimentos produzidos e sistematizados, considerando práticas de ensino, diretrizes didáticas e orientação curricular para a formação e o desenvolvimento para a atuação em saúde (BRASIL, 2009).

**Intersetorialidade:** forma de trabalhar, governar e construir políticas públicas voltadas para a melhoria da qualidade de vida e a promoção da saúde, implicando em intervenções de diversos setores, articulando diferentes práticas e saberes com o intuito de desenvolver ações produtivas e eficazes (RAICHELIS, 2000).

**Colaboração Interprofissional:** interação entre profissionais de diferentes campos e/ou áreas do conhecimento, no intuito de propiciar uma atenção à saúde de forma mais universal e equânime, relacionada ao cuidado integral, estabelecendo uma aproximação de práticas participativas e de relacionamentos pessoais mútuos e recíprocos entre os integrantes das equipes, contrapondo-se às relações tradicionais hierarquizadas (GOTTLIEB; FEELEY; DALTON, 2005; WAY et al., 2001).

## 5.4 DESCRIÇÃO DO PROBLEMA

### **Insegurança alimentar e nutricional**

A Insegurança Alimentar e Nutricional (IAN) apresenta-se de forma multidimensional configurando-se assim como um problema de saúde de âmbito mundial, relacionando-se de forma direta à luta pelo Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA).

Trata-se de uma temática central de discussão dos órgãos internacionais (PEREIRA; SANTOS, 2008), onde o primeiro objetivo de Desenvolvimento do Milênio foi erradicar a extrema pobreza e a fome no mundo até 2015, resultado do acordo firmado entre os Estados-Membros da Organização das Nações Unidas (ONU), na “Cúpula do Milênio”, em Nova Iorque, no ano de 2000. Chegando em 2016, podemos perceber que este objetivo não foi plenamente alcançado. Ainda convivemos com contextos de extrema pobreza e fome.

Se é assolador conviver com a fome; é mais complexo afirmar que este não é o único problema que afeta a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN). Segundo Chamberlem et. al. (2013), as causas básicas atreladas aos problemas de cunho alimentar mundial são complexas, por envolver questões sócio-econômico-políticas além daquelas inerentes aos próprios sujeitos como as questões culturais e de hábito alimentar.

O enfrentamento de problemas complexos exige estratégias potentes e, às vezes, também complexas. Dentre as estratégias de enfrentamento à IAN temos a educação em saúde. Estratégia de baixa densidade tecnológica, mas com potencial de impacto para viabilizar a promoção da saúde.

## **A necessidade de ressignificação das práticas educativas na atenção primária à saúde**

O processo de redefinição conceitual e metodológica em curso no campo da promoção da saúde considera abordagens que favoreçam uma compreensão sobre a alimentação, incluindo as concepções de direito, sociedade e sustentabilidade do meio ambiente. No entanto, muitas das ações educativas no âmbito da Insegurança Alimentar e Nutricional (IAN) ainda são marcadas pela transmissão unilateral de informações, realizada por meio de relações autoritárias, prescritivas e normatizadoras (VASCONCELOS; PEREIRA; CRUZ, 2008; CASTRO et al., 2007; MEYER et al., 2006; VASCONCELOS, 2001).

É consenso que, ações educativas pautadas por uma perspectiva reflexiva e crítica delineada pelo diálogo, tornam-se ferramentas capazes de ampliar o entendimento dos sujeitos e sua autonomia quanto a suas condições de vida e saúde, visto que a literatura evidencia a necessidade de ações promotoras de mudanças comportamentais, que incluam a informação, a educação e a comunicação interpessoal (profissional/ sujeito) adaptada ao contexto sociocultural e ao estilo de vida dos sujeitos (SANTOS FILHO; RODRIGUES; SANTOS, 2008; FREIRE, 2003).

## **Ações educativas em saúde postas em prática**

Verifica-se que, o debate sobre a evolução do conceito de saúde, tem exercido importante influência quanto à (re)organização dos serviços de saúde, como também na revisão de estratégias interventivas. Considera-se, assim, o ambiente social, a prática dos profissionais da área e as características culturais da população como fatores dinâmicos, determinantes que se entrelaçam moldando o meio e os conceitos (STARFIELD, 2002).

Desse modo, é importante refletir sobre a prática educativa como produtora de cuidado em saúde, e, para tanto, percebeu-se a necessidade de se aproximar das concepções de educação em saúde [...]. Assim, é possível revelar a relação existente entre os profissionais, seus instrumentos de trabalho, as concepções educativas e o modo de cuidar cotidianamente das pessoas (ALMEIDA; MOUTINHO; LEITE, 2016, p. 389).



De fato, a política de saúde demanda transformações conceituais, técnicas e ideológicas para alterar práticas e organização do trabalho em saúde, além da mudança cultural em relação ao modelo de assistência e sistema público brasileiro. O ponto em questão é o destaque para a educação como ferramenta para transformação das práticas em saúde e de (re)organização dos serviços (BATISTA, 2013).

[...] a especialização do cuidado à saúde, a distância do sujeito nos processos de cuidado e as grandes diferenças entre o que pensam os usuários e os trabalhadores e gestores da saúde têm se configurado como uma grande tensão na construção do modelo de saúde sonhado, chegando, algumas vezes, a diminuir o acesso dos usuários ao sistema ou sua exclusão. (BATISTA; GONCALVES, 2011, p. 884).

Frente à realidade existente e à importância em se fazer o uso da educação em saúde como estratégia para promoção da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), é notória a necessidade de se favorecer um (re)direcionamento das práticas dos gestores e profissionais de saúde, propiciando a participação dos sujeitos e da comunidade nos processos de tomada de decisão.

## **5.5 OPÇÕES PARA ENFRENTAR O PROBLEMA**

A problematização coloca-se como um processo educativo que resgata aspectos particulares da história de vida, bem como os determinantes sociais, políticos e culturais, com o objetivo de fazer com que o sujeito desse processo se descubra singular dentro do coletivo (OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2008). É nessa perspectiva que ações educativas em saúde, como foco no Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) e na Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), desempenham uma função estratégica para o enfrentamento da Insegurança Alimentar e Nutricional (IAN).

A partir das revisões sistemáticas selecionadas na literatura, esta síntese identificou três opções para evidenciar a educação em saúde enquanto estratégia para o enfrentamento da IAN, sendo elas:

- 1) Incentivar relações interprofissionais para o desenvolvimento de estratégias educativas em saúde;

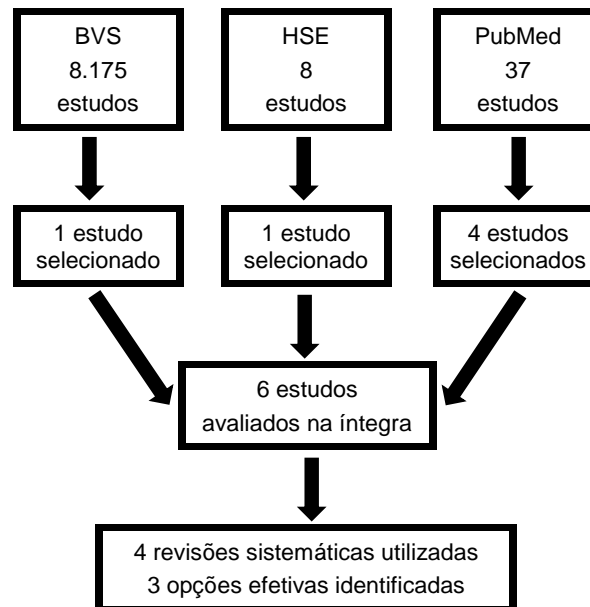
- 2) Utilizar ações educativas em saúde de caráter interventivo no enfrentamento da insegurança alimentar e nutricional;
- 3) Promover a intersetorialidade para o desenvolvimento de intervenções educativas em saúde no enfrentamento da insegurança alimentar e nutricional.

O objetivo desta seção é discutir as opções propostas como alternativa para resolubilidade do problema a partir das evidências científicas de melhor nível de confiabilidade (revisões sistemáticas), e identificar barreiras e estratégias de implementação.

### **Buscando as evidências científicas sobre as opções**

Revisões sistemáticas de baixa, média e boa qualidade foram consideradas para elaboração desta síntese. A busca de evidências científicas (vide figura 1) foi realizada nos repositórios da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS/BIREME/OPAS) (<<http://www.bvsalud.org>>), Health Systems Evidence (<<http://healthsystemsevidence.org/>>) e PubMed (<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>>). A estratégia de busca na BVS se deu com os seguintes descritores e palavras-chave: (interprofessional relations) and (health education), retornando 8.175 estudos, após a aplicação do filtro “Tipo de Estudo” e seleção de “Revisões Sistemáticas Avaliadas” foi obtido 1 texto; no HSE foram utilizados os seguintes descritores e palavras-chave: (intersectoral action) and (health education), retornando 8 estudos, sendo 1 trabalho selecionado para leitura completa e no PubMed utilizou-se os seguintes descritores e palavras-chave: (Health education) and (food insecurity or food security) and (nutrition), aplicando o filtro “Article type” e selecionando “Systematic reviews” retornaram 37 estudos; após a leitura dos títulos e resumos, 2 foram selecionados. A qualidade das revisões sistemáticas foi avaliada utilizando-se o instrumento AMSTAR (SHEA et al., 2007). Os achados dos estudos encontram-se nos apêndices.

Figura 1 - Resultado da busca, seleção de estudos e identificação de opções



Fonte: Primária.

### **Sobre a síntese de evidências**

Essa síntese de evidências foi construída seguindo a metodologia SUPPORT para elaboração de políticas de saúde baseadas por evidências científicas. Além de cumprir uma exigência do Mestrado Profissional em Saúde da Família, atende a uma necessidade identificada no campo da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), ao auxiliar na tomada de decisão, gestores e trabalhadores da Atenção Primária à Saúde (APS), apresentando e colocando à disposição destes, estratégias educativas frente à Insegurança Alimentar e Nutricional (IAN), na forma de opções informadas por evidências.

### **Opção 1 – Incentivar relações interprofissionais para o desenvolvimento de estratégias educativas em saúde**

Proporcionar aos profissionais de saúde capacitações no campo da educação na saúde com foco na implementação de estratégias educativas em saúde, com metodologias adequadas e de impacto, diferenciadas por grupos e locais específicos.

Quadro 1 – Achados relevantes para a opção 1, segundo revisões sistemáticas  
(Continua)

Categorias dos achados	Síntese dos achados mais relevantes
Benefícios	<p>Uma revisão sistemática de muito boa qualidade aponta que atividades interativas como redistribuição de tarefas, métodos padronizados de comunicação e desenvolvimento de ferramentas de apoio à decisão dos profissionais de saúde, pode facilitar a comunicação interprofissional no trabalho em equipe, organizando os fluxos de trabalho e a troca de informações, a fim de melhorar o cuidado na prestação de serviços e assistência a indivíduos em insegurança alimentar e nutricional, com diagnóstico de diabetes (REEVES et al., 2013).</p> <p>Esta mesma revisão em um dos seus estudos analisados, acrescenta que com o planejamento e implementação de projetos de educação na saúde pode-se propiciar uma melhoria na qualidade da assistência prestada por equipes multiprofissionais a pessoas em risco nutricional (REEVES et al., 2013)</p>
Riscos potenciais	Nenhum estudo avaliou os resultados adversos.
Custos ou custo-efetividade em relação à situação atual	<p>Não foram encontrados estudos específicos sobre os custos relacionados ao incentivo de relações interprofissionais para o desenvolvimento de estratégias educativas em saúde, mas considerando que a educação na saúde e a educação em saúde potencializam o desempenho profissional dos trabalhadores da saúde e uma maior aderência dos usuários do serviço às ações propostas, a aplicação da opção poderá reduzir custos para o sistema de saúde, visto que existem evidências quanto a resultados positivos quando são utilizadas estratégias educativas na prevenção de riscos à saúde.</p>
Incertezas em relação aos benefícios e potenciais riscos, de modo que o monitoramento e avaliação sejam garantidos se a opção for escolhida	<p>Em decorrência da limitada literatura encontrada, sobre esta opção, é difícil estimar as incertezas, danos e riscos associados à implementação da mesma. Portanto, diante da heterogeneidade das intervenções em educação na saúde não são possíveis inferências generalizáveis (REEVES et al., 2013).</p>
Principais elementos da opção (se ela já foi implementada/ testada em outro lugar)	<p>A revisão sistemática identificada (REEVES et al., 2013) relata que a educação na saúde possibilita a obtenção de resultados positivos no processo de</p>

Quadro 1 – Achados relevantes para a opção 1, segundo revisões sistemáticas  
(Conclusão)

Principais elementos da opção (se ela já foi implementada/ testada em outro lugar)	cuidado e aumento da satisfação dos usuários ao incentivar relações interprofissionais, cruciais na prestação eficaz e eficiente de cuidados de saúde, dada a complexidade das necessidades dos usuários. A revisão identificada relata estudos de países desenvolvidos (EUA e Reino Unido).
Percepção dos sujeitos sociais (grupos de interesse) envolvidos na opção, quanto à sua efetividade	Profissionais e usuários tem um aumento da satisfação quando submetidos a ações de incentivo a relações interprofissionais para o desenvolvimento de estratégias educativas em saúde (REEVES et al., 2013).

Fonte: Primária.

## Opção 2 – Utilizar ações educativas em saúde de caráter interventivo no enfrentamento da insegurança alimentar e nutricional

Construir e viabilizar a promoção de ações interventivas em saúde voltadas à educação na saúde, difundindo informações que valorizem e incentivem práticas nutricionais seguras para a prevenção e/ou controle de desvios nutricionais.

Quadro 2 – Achados relevantes para a opção 2, segundo revisões sistemáticas  
( Continua)

Categorias dos achados	Síntese dos achados mais relevantes
Benefícios	<p>Uma revisão sistemática de média qualidade incluindo 30 estudos, evidenciou que ações de educação em saúde voltadas a escolares aumentou o conhecimento destes quanto aos benefícios do consumo de frutas e hortaliças à saúde, além de identificar um aumento significativo no consumo de outros vegetais e redução do consumo de alimentos com alto teor de gordura (SÁ; LOCK, 2008).</p> <p>Esta mesma revisão ainda apontou que intervenções com múltiplos componentes, como modificações nos serviços de alimentação escolar, análise sensorial de alimentos, oficinas gastronômicas, hortas e adaptações no currículo escolar, são eficazes, tanto no aumento da ingestão de vegetais, quanto na redução da obesidade em crianças (SÁ; LOCK, 2008).</p> <p>Outra revisão sistemática, mas de baixa qualidade, desenvolvida em escolas, ambientes de trabalho, hospitais, casas de saúde, estabelecimentos prisionais, instituições governamentais e comunidades remotas,</p>

Quadro 2 – Achados relevantes para a opção 2, segundo revisões sistemáticas  
( Conclusão)

	utilizando 34 estudos evidenciou que regulamentações para a aquisição de alimentos saudáveis aumentaram as compras de vegetais e redução na compra de alimentos processados ricos em sódio, gorduras e açúcares (NIEBYLSKI et al., 214). Esta mesma revisão pondera ainda que embora o aumento do consumo de vegetais traga inúmeros benefícios para a saúde a nível mundial, as intervenções propostas devem considerar as particularidades da cadeia de abastecimento local e/ou sistema de ensino.
Riscos potenciais	Nenhum estudo avaliou os resultados adversos.
Custos ou custo-efetividade em relação à situação atual	Não foi encontrado um estudo específico sobre custo/efetividade quanto a utilização de ações educativas em saúde de caráter interventivo no enfrentamento da insegurança alimentar e nutricional.
Incertezas em relação aos benefícios e potenciais riscos, de modo que o monitoramento e avaliação sejam garantidos se a opção for escolhida	Programas de aquisição de alimentos saudáveis mostram-se eficazes no aumento das compras de alimentos mais saudáveis e menor consumo de alimentos ricos em gorduras, sódio e açúcares. Levando a melhorias nos resultados de saúde (pressão arterial (PA) e índice de massa corporal (IMC) (NIEBYLSKI et al., 214).
Principais elementos da opção (se ela já foi implementada/testada em outro lugar)	Um financiamento sustentável é essencial, visto que em alguns países, como Dinamarca, programas interventivos de enfrentamento à insegurança alimentar e nutricional inicialmente falharam devido à falta de recursos públicos e dependência do setor privado (DE SÁ; LOCK, 2008).
Percepção dos sujeitos sociais (grupos de interesse) envolvidos na opção, quanto à sua efetividade	Não foi avaliado.

Fonte: Primária.

### **Opção 3 - Promover a intersectorialidade para o desenvolvimento de intervenções educativas em saúde no enfrentamento da insegurança alimentar e nutricional**

Articular a política de alimentação e nutrição em todas as suas áreas programáticas, estimulando as ações desenvolvidas voltadas à segurança alimentar e nutricional.

Quadro 3 – Achados relevantes para a opção 3, segundo revisões sistemáticas

<b>Categorias dos achados</b>	<b>Síntese dos achados mais relevantes</b>
Benefícios	Uma revisão sistemática de média qualidade realizada a partir de dezessete estudos evidenciou que a articulação/ parceria entre saúde com setores da educação, academias, mídia, serviços de alimentação e órgãos de agricultura alimentação e nutrição em escolas primárias contribuiu na redução no índice de massa corporal (IMC) de crianças em risco de insegurança alimentar e nutricional (NDUMBE-EYOH; MOFFATT, 2013).
Riscos potenciais	Nenhum estudo avaliou os resultados adversos.
Custos ou custo-efetividade em relação à situação atual	Não foi encontrado um estudo específico sobre custo/efetividade no contexto intersetorial para o desenvolvimento de intervenções educativas em saúde para enfrentamento da insegurança alimentar e nutricional. Entretanto (NDUMBE-EYOH; MOFFATT, 2013), relatam que, ações intersetoriais voltadas aos determinantes sociais da saúde, de cunho interventivo estrutural, são a chave para propiciar a equidade na saúde, pois demonstram um maior impacto na redução das desigualdades ao mudar as condições subjacentes à saúde em que as pessoas vivem.
Incertezas em relação aos benefícios e potenciais riscos, de modo que o monitoramento e avaliação sejam garantidos se a opção for escolhida	Os benefícios da implementação dessa opção de enfrentamento não estão claramente estabelecidos para os tomadores de decisão, além disso a revisão sistemática encontrada para esta opção utilizou evidências que forneciam poucos detalhes sobre os processos, contextos, sucessos e desafios das intervenções intersetoriais propostas e como estes detalhes podiam ser relacionados aos resultados observados (NDUMBE-EYOH; MOFFATT, 2013).
Principais elementos da opção (se ela já foi implementada/testada em outro lugar)	É necessário estabelecer parcerias bem definidas e estruturadas de forma sistemática a fim de formular metas de saúde realistas para a realização de ações que obtenham sucesso ao produzir resultados positivos semelhantes em contextos diferentes.
Percepção dos sujeitos sociais (grupos de interesse) envolvidos na opção, quanto à sua efetividade	Não foi avaliado.

Fonte: Primária.

## **5.6 CONSIDERAÇÕES SOBRE A EQUIDADE NA IMPLEMENTAÇÃO**

### **Opção 1 – Incentivar relações interprofissionais para o desenvolvimento de estratégias educativas em saúde**

Cada vez mais, os profissionais e serviços de saúde são obrigados a responder de forma adequada aos aspectos múltiplos e simultâneos relativos à diversidade de indivíduos e grupos, dentro do seu contexto de trabalho. Diante disso, capacitações direcionadas a educação na saúde precisam ser melhor definidas, para tanto, deve-se incluir um suporte organizacional com lógica conceitual, direcionada a conteúdos efetivos e de abordagem propositiva.

Não obstante, os efeitos das capacitações, devem ser aferidos por meio de avaliações que considerem seu impacto sobre os indivíduos, comunidade, profissionais de saúde e organização do serviço, no sentido de contribuir para a melhoria da qualidade das ações. As evidências apontam que, a incorporação de estratégias educativas nos sistemas de saúde, permitem a estes, prestar cuidados adequados a indivíduos de diferentes valores, crenças e comportamentos, incluindo aí suas necessidades sociais, culturais e linguísticas, propiciando mudanças em todas as dimensões do cuidado e na organização do serviço.

### **Opção 2 – Utilizar ações educativas em saúde de caráter interventivo no enfrentamento da insegurança alimentar e nutricional**

O foco das medidas interventivas em saúde tende a ser decidido pelos profissionais de saúde, com pouca ou nenhuma referência às necessidades dos indivíduos ou comunidades submetidos a elas. Entretanto, uma ação interventiva em saúde necessita ser culturalmente adaptada ao grupo para o qual se destina, tornando-a assim eficaz principalmente com relação ao seu custo-benefício. O sucesso da ação depende de uma série de fatores, como características pessoais do profissional de saúde, a qualidade da formação recebida por esses trabalhadores e a atitude das comunidades em relação às informações transmitidas pelos profissionais.

As evidências apontam que pessoas pertencentes a populações específicas mostram pouco conhecimento sobre a prevenção ou controle de



Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT), como, também, sobre os serviços disponíveis para o rastreio e tratamento de complicações, ao passo que tendem a enfatizar suas crenças culturais sobre as doenças, automedicando-se, e apresentando dificuldades em aderir às medidas dietéticas propostas.

Ações interventivas voltadas à prevenção, monitoramento e controle de DCNTs, devem também fornecer aconselhamento motivacional para encorajar os indivíduos a escolher estilos de vida mais saudáveis. Além disso, devem ser fornecidas informações sobre os serviços disponíveis e o acesso a esses serviços.

### **Opção 3 – Promover a intersetorialidade para o desenvolvimento de intervenções educativas em saúde no enfrentamento da insegurança alimentar e nutricional**

As abordagens para a implantação de práticas nutricionais seguras, podem variar entre os diferentes contextos da sociedade, entretanto, as ações devem abranger as necessidades locais e, na formulação das propostas é necessária a participação e apoio de diferentes setores de forma colaborativa, com um relacionamento construtivo e de ligação em rede.

As evidências apontam que, na maioria dos casos, condicionalidades intersetoriais estão relacionadas à participação em atividades que estão diretamente relacionadas à saúde. Não é surpreendente notar que, por exemplo, resultados positivos em ações de saúde, venham de programas que são condicionados à participação em atividades outras, como por exemplo de educação alimentar e nutricional.

Portanto, o planejamento estratégico, deve ser tomado como parte do processo de implantação ou expansão de ações em saúde, pautado na geração de informações quanto ao custo-efetividade, a fim de otimizar as medidas oferecidas e, ao mesmo tempo, gerar conhecimentos que podem ser úteis para a tomada de decisão no futuro.

## 5.7 CONSIDERAÇÕES SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO DAS OPÇÕES

**Quadro 4 – Considerações sobre a implementação da opção 1**

<b>Níveis</b>	<b>Opção 1 – Incentivar relações interprofissionais para o desenvolvimento de estratégias educativas em saúde</b>
Paciente / Indivíduo	<p>Deve-se respeitar a influência significativa da cultura na formação e percepção das pessoas quanto à sua saúde e bem-estar, bem como as suas experiências com cuidados de saúde.</p> <p>Dever-se propiciar aos indivíduos uma maior participação nas decisões e opções de cuidado relativas à sua saúde, favorecendo assim uma maior e melhor comunicação e compreensão por parte destes com relação àquilo que é proposto e firmado. O indivíduo deve sentir-se ouvido e respeitado, para que se tenha um aumento da satisfação com os cuidados e mudanças em seus comportamentos.</p>
Trabalhadores de saúde	<p>Deve-se capacitar os profissionais de saúde em educação em saúde, no sentido de que estes possam vir a realizar atividades educativas que promovam a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos que procuram e utilizam os serviços de saúde.</p> <p>Deve-se promover capacitações junto aos profissionais de saúde para que estes possam identificar e avaliar além de suas próprias necessidades, as necessidades de cada indivíduo que utiliza os serviços disponibilizados.</p> <p>O efeito positivo sobre a prestação de cuidados à saúde é mais evidente quando é favorecida a comunicação interprofissional.</p>
Organização de serviços de saúde	<p>As estratégias educativas em saúde devem ter um conceito abrangente, baseadas em habilidades que envolvam o sistema, além dos indivíduos. Deve ser concebida como um processo contínuo de melhoria de qualidade do serviço, propiciando relevantes resultados individuais, organizacionais e profissionais.</p>
Sistemas de saúde	<p>Deve-se incorporar estratégias educativas nos sistemas de saúde, permitindo que estes prestem cuidados adequados a indivíduos de diferentes valores, crenças e comportamentos.</p>

Fonte: Primária.

**Quadro 5 – Considerações sobre a implementação da opção 2**

Níveis	<b>Opção 2 – Utilizar ações educativas em saúde de caráter interventivo no enfrentamento da insegurança alimentar e nutricional</b>
Paciente / Indivíduo	<p>Deve-se realizar esforços de mobilização social no sentido de favorecer a participação dos indivíduos em estratégias interventivas individuais ou coletivas, voltadas à alimentação e nutrição, como também mobilizar os familiares ou cuidadores.</p> <p>Deve-se identificar e esclarecer possíveis incompreensões acerca de novos padrões alimentares, sentimentos de falta de confiança ou habilidades na preparação de refeições e infelicidade na perda de alimentos tradicionais</p>
Trabalhadores de saúde	<p>Os nutricionistas e outros profissionais de saúde devem proporcionar às pessoas um aconselhamento dietético alinhado à realidade destas e das características da intervenção educativa.</p> <p>A não adesão ao aconselhamento dietético representa uma das barreiras para a obtenção de conhecimentos nutricionais na prática, o que potencialmente prejudica a prevenção ou progressão de muitas doenças crônicas não-transmissíveis e, finalmente, comprometendo a melhoria da saúde da população.</p>
Organização de serviços de saúde	Deve-se ter atenção com os custos, o tempo destinado e a natureza das ações educativas em saúde, como também com os recursos exigidos para propiciar aos participantes uma maior adesão à estratégia proposta.
Sistemas de saúde	As perspectivas dos profissionais de saúde e indivíduos sobre as intervenções educativas em alimentação e nutrição devem ser exequíveis na prática e adaptáveis aos contextos locais, levando-se em consideração os determinantes psicossociais e ambientais, e fatores biológicos que afetam a ingestão de alimentos, reforçando assim a adesão ao aconselhamento dietético.

Fonte: Primária.

**Quadro 6 – Considerações sobre a implementação da opção 3**

Níveis	<b>Opção 3 – Promover a intersetorialidade para o desenvolvimento de intervenções educativas em saúde no enfrentamento da insegurança alimentar e nutricional</b>
Paciente / Indivíduo	Deve-se fornecer informações sobre saúde por meio de manuais, <i>workshops</i> , simpósios e formações em promoção da saúde noutros setores da sociedade, propiciando assim uma troca de conhecimentos e experiências.
Trabalhadores de saúde	<p>Deve-se trabalhar em equipes multidisciplinares dentro das quais as experiências e os recursos podem ser compartilhados, estabelecendo uma compreensão comum dos princípios e valores subjacentes à saúde.</p> <p>Deve haver uma formação contínua em educação em saúde, no sentido de superar obstáculos na implementação de programas e projetos voltados à promoção da saúde articulados com outros setores da sociedade.</p>
Organização de serviços de saúde	Deve-se procurar uma cooperação e colaboração através de reuniões regulares para troca de informações, partilha mútua de aprendizagem e discussão de problemas e soluções, junto aos demais setores.
Sistemas de saúde	Deve-se firmar parcerias entre comunidade, conselhos, gestão, autoridades governamentais, serviços de saúde e outras partes interessadas e comprometidas em contribuir com a melhoria do sistema.

Fonte: Primária.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) se reafirma com esta síntese como temática prioritária de intervenção e de estudo. Estratégias educativas se apresentam como potentes ferramentas para enfrentamento de problemas relacionados à SAN, ou seja, para o enfrentamento da Insegurança Alimentar e Nutricional (IAN). O estado da arte que esteve presente nas expressivas buscas desta síntese reforça a necessidade de diálogo entre os saberes hegemônico e contra-hegemônico. Expressando-se estes como fundamentais para que as estratégias educativas sejam de fato efetivas e possam gerar mudanças nas práticas nutricionais.

As evidências científicas aqui registradas apontaram que as estratégias educativas são potencializadoras de benefícios que possibilitam a incorporação de práticas nutricionais seguras, proporcionando uma experiência de aprendizado com a participação ativa dos envolvidos, capaz de provocar uma mudança de conceitos sobre alimentação saudável, propondo intervenções inovadoras, em parceria com a comunidade, que provoquem mudanças emancipatórias e não compensatórias.

Ademais, os profissionais de saúde devem considerar em suas atividades de educação em saúde, a cultura, os saberes e os valores da comunidade, nas estratégias educativas voltadas à SAN, definindo-as sob o signo do contrato social, e centrando-as em pactos estruturantes que incluam a sociedade civil e demais setores do Estado.

Ressalta-se ainda que as estratégias educativas em saúde devem ser (re)avaliadas remetendo-as a uma dimensão em que o controle efetivo e consciente das pessoas venha a ser o que determina a promoção da SAN, considerando a efetiva capacidade de agenciamento e autonomia crítica da pessoa envolvida.

No que concerne ao desenvolvimento desta síntese de evidências cabe destacar alguns desafios vivenciados a iniciar pela complexidade metodológica que envolve o método, além do invólucro inédito deste itinerário metodológico para elaboração de uma dissertação de mestrado. Seguimos na ousadia de tentarmos trilhar este caminho. Para isso realizamos cursos específicos ofertados pela Rede EVIPNet tanto presencial quanto à distância. Sentimos a necessidade de

aprofundarmos os estudos na língua inglesa para darmos conta da busca e da leitura das revisões sistemáticas.

Um outro fator que consideramos limitante foi a ausência de síntese e ou estudos primários contidos nas sínteses que fossem produzidos no Brasil, uma vez que consideramos que os determinantes culturais e sociais são muitos presentes nas práticas alimentares e conseqüentemente influenciam para uma segurança ou insegurança alimentar. Assim, apesar da temática educação em saúde isoladamente ter vasta publicação na língua portuguesa, esta não se apresenta expressiva quando relacionada à (in)segurança alimentar e nutricional.

Por fim enseja-se que as opções aqui apresentadas possam ser expressas a diálogos deliberativos junto a tomadores de decisão e à sociedade civil no intuito de por em análise a viabilidade de desenvolvimento e aplicação das mesmas em nossos territórios de atuação da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Enquanto autor da síntese e nutricionista de um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), sinto-me motivado a ser propagador desta discussão e com análise criteriosa apoiar práticas educativas em saúde fundamentadas no que rege as evidências para que possamos superar a complexidade do problema que envolve a Insegurança Alimentar e Nutricional (IAN) e que tem se configurado como co-responsáveis por situações de morbidade e até mortalidade precoce.

## REFERÊNCIAS

- ACIOLI, Sonia; DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal; DE ARAÚJO FARIA, Magda Guimarães. Educação em saúde e a enfermagem em saúde coletiva: reflexões sobre a prática. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 533-536, 2013. Disponível em: <[http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://www.facenf.uerj.br/v20n4/v20n4a20.pdf&gws\\_rd=cr&ei=in31V9u0FMnDwAT4vK\\_IAQ](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://www.facenf.uerj.br/v20n4/v20n4a20.pdf&gws_rd=cr&ei=in31V9u0FMnDwAT4vK_IAQ)>. Acesso em: 11 out. 2015.
- AIRES, Julliana dos Santos et al. (In) Segurança alimentar em famílias de pré-escolares de uma zona rural do Ceará. **Acta paul. enferm**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 102-108, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52732010000600007&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52732010000600007&script=sci_arttext&tlng=es)>. Acesso em: 11 out. 2015.
- ALMEIDA, Edmar Rocha; MOUTINHO, Cinara Botelho; LEITE, Maisa Tavares de Souza. A prática da educação em saúde na percepção dos usuários hipertensos e diabéticos. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 328-337, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042014000200328&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042014000200328&script=sci_arttext&tlng=es)>. Acesso em: 10 jun. 2015.
- \_\_\_\_\_. Prática pedagógica de enfermeiros de Saúde da Família no desenvolvimento da Educação em Saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 20, n. 57, p. 389-402, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/icse/v20n57/1807-5762-icse-1807-576220150128.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2015.
- ALVES, Gehysa Guimarães; AERTS, Denise. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 319-325, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232011000100034&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232011000100034&script=sci_arttext)>. Acesso em: 06 set. 2015.
- ALVES, Kelly Poliany de Souza; JAIME, Patricia Constante. A Política Nacional de alimentação e Nutrição e seu diálogo com a Política Nacional de Segurança alimentar e Nutricional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4331-4340, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v19n11/1413-8123-csc-19-11-4331.pdf>>. Acesso em: 06 set. 2015.
- ALVES, Vânia Sampaio. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 39-52, 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832005000100004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832005000100004&script=sci_arttext)>. Acesso em: 08 ago. 2016.
- BARRÍA, Mauricio Pailaquilen. Implementing Evidence-Based Practice: A challenge for the nursing practice. **Investigación y Educación en Enfermería**, Medellín, v. 32, n. 2, p. 191-193, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-53072014000200001&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-53072014000200001&script=sci_arttext&tlng=pt)>. Acesso em: 06 set. 2015.

BATISTA, Cássia Beatriz. Movimentos de reorientação da formação em saúde e as iniciativas ministeriais para as universidades. **Barbaroi**, Santa Cruz do Sul, n. 38, p. 97-125, 2013. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0104-65782013000100007&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0104-65782013000100007&script=sci_arttext&tlng=en)>. Acesso em: 05 out. 2016.

BATISTA, Karina Barros Calife; GONÇALVES, Otília Simões Janeiro. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 884-899, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010412902011000400007&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010412902011000400007&script=sci_arttext&tlng=pt)>. Acesso em: 05 out. 2016.

BICHIR, Renata Mirandola. O Bolsa Família na berlinda? Os desafios atuais dos programas de transferência de renda. **Novos Estudos-CEBRAP**, n. 87, p. 115-129, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-33002010000200007&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-33002010000200007&script=sci_arttext&tlng=pt)>. Acesso em: 09 maio 2015.

BOOG, Maria Cristina Faber et al. Utilização de vídeo como estratégia de educação nutricional para adolescentes: "comer... o fruto ou o produto?". **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 16, n. 3, p. 281-293, 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141552732003000300006+sex%20v%C3%83%E2%80%9E%C3%82%C2%B1deo&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141552732003000300006+sex%20v%C3%83%E2%80%9E%C3%82%C2%B1deo&script=sci_arttext)>. Acesso em: 15 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. Maria Cristina Faber. Programa de educação nutricional em escola de ensino fundamental de zona rural. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 23, n. 6, p. 1005-1017, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002012000100018&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002012000100018&script=sci_arttext&tlng=es)>. Acesso em: 05 out. 2016.

BORBA, Anna Karla de Oliveira Tito et al. Práticas educativas em diabetes Mellitus: revisão integrativa da literatura. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 1, p. 169-176, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472012000100022&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472012000100022&script=sci_arttext&tlng=es)>. Acesso em: 15 jun. 2015.

BRASIL. Casa Civil. Presidência da República. **Lei 11.346** de 15 de setembro de 2006. Brasília (DF), 2006. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/l11346.htm?](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11346.htm?)>. Acesso em: 05 out. 2016.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. **Princípios e diretrizes de uma política de segurança alimentar e nutricional**. Brasília (DF); 2004. Disponível em: <<http://www4.planalto.gov.br/consea/eventos/conferencias/2a-conferencia-nacional-de-seguranca-alimentar-e-nutricional/documento-de-referencia>>. Acesso em: 05 out. 2016.

\_\_\_\_\_. Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Evidências científicas: informação para a gestão. **Rev. Saúde Pública [online]**. 2009, vol.43, n.6, pp. 1084-1085. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n6/23.pdf> >. Acesso em: 05 out. 2016.



\_\_\_\_\_. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)**. Segurança alimentar 2013. Rio de Janeiro: IBGE; 2010. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/pesquisas/pesquisa\\_resultados.php?id\\_pesquisa=40](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/pesquisas/pesquisa_resultados.php?id_pesquisa=40)>. Acesso em: 10 nov. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. **Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde**. Brasília, 2006. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cart\\_camara\\_regulacao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cart_camara_regulacao.pdf)>. Acesso em: 27 set. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília (DF), 2009. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33856/396770/Pol%C3%ADtica+Nacional+de+Educa%C3%A7%C3%A3o+Permanente+em+Sa%C3%BAde/c92db117-e170-45e7-9984-8a7cdb111faa>>. Acesso em: 27 set. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. **Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde**. Brasília: MS; 2006. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cart\\_camara\\_regulacao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cart_camara_regulacao.pdf)>. Acesso em: 27 set. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (MS). Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde**. Editora do Ministério da Saúde. Brasília (DF), 2009. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario\\_sgtes.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_sgtes.pdf)>. Acesso em: 05 out. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Evidências científicas: informação para a gestão**. Rev. Saúde Pública [online]. 2009, vol.43, n.6, pp. 1084-1085 Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n6/23.pdf>>. Acesso em: 27 set. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 710**, de 10 de junho de 1999. Aprova a Política Nacional de Alimentação e Nutrição e dá outras providências. Diário Oficial da União 1999; 11 jun. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_alimentacao\\_nutricao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_alimentacao_nutricao.pdf)>. Acesso em: 27 set. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família/Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 152 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Caderno de Atenção Básica, n. 27). Disponível em: <[caderno\\_atencao\\_basica\\_diretrizes\\_nasf](#)>. Acesso em: 05 out. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. **Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde**. Brasília: MS, 2006. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cart\\_camara\\_regulacao.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cart_camara_regulacao.pdf)>. Acesso em: 27 set. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: MS, 2009. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33856/396770/Pol%C3%ADtica+Nacional+de+Educa%C3%A7%C3%A3o+Permanente+em+Sa%C3%BAde/c92db117-e170-45e7-9984-8a7cdb111faa>>. Acesso em: 27 set. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas\\_promocao.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf)>. Acesso em: 05 out. 2016.

BURLANDY, Luciene. Transferência condicionada de renda e segurança alimentar e nutricional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, p. 1441-1451, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000300020&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000300020&script=sci_arttext)>. Acesso em: 10 mai. 2015.

CÂMARA, Ana Maria Chagas Sette. et al. Percepção do processo saúde-doença: significados e valores da educação em saúde. **Rev. bras. educ. med.[online]**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1 suppl 1, p. 40-50, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89101997000200016&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89101997000200016&script=sci_arttext)>. Acesso em: 10 nov. 2015.

CANDEIAS, Nelly Martins Ferreira. Conceitos de educação e promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 209-213, 1997. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89101997000200016&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89101997000200016&script=sci_arttext)>. Acesso em: 10 nov. 2015.

CASTRO, Inês Rugani Ribeiro de et al. A culinária na promoção da alimentação saudável: delineamento e experimentação de método educativo dirigido a adolescentes e a profissionais das redes de saúde e de educação. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 20, n. 6, p. 571-588, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52732007000600001&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52732007000600001&script=sci_arttext)>. Acesso em: 05 out. 2016.

CERVERA, Diana Patrícia Patino; PARREIRA, Bibiane Dias Miranda; GOULART, Bethania Ferreira. Educação em saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, p. 1547-1554, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232011000700090&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232011000700090&script=sci_arttext)>. Acesso em: 18 out. 2015.

CHAMBERLEM, Suellem Regina et al. Resto de ingestão e sobra descartada - fonte de geração de resíduos orgânicos em unidades de alimentação e nutrição em Cuiabá-MT. **Alimentos e Nutrição Araraquara**, Araraquara, v. 23, n. 2, p. 317-325, 2013. Disponível em: <<http://servbib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/alimentos/article/viewFile/2039/2039>>. Acesso em: 27 set. 2016.

COLOMÉ, Juliana Silveira; OLIVEIRA, Dora Lúcia Leidens Corrêa de. Educação em saúde: por quem e para quem? A visão de estudantes de graduação em enfermagem. **Texto contexto – enferm.** Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 177-184, Mar. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072012000100020](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000100020)>. Acesso em: 27 set. 2016.

CORRÊA, Ana Maria Segall. Insegurança alimentar medida a partir da percepção das pessoas. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 21, n. 60, p. 143-154, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010340142007000200012&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010340142007000200012&script=sci_arttext)>. Acesso em: 05 set. 2016.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre; MACHADO, Juliana Costa. Programa Bolsa Família e segurança alimentar e nutricional no Brasil: revisão crítica da literatura. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 33, n. 1, p. 54-60, 2013. Disponível em: <[http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892013000100008&script=sci\\_arttext](http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892013000100008&script=sci_arttext)>. Acesso em: 09 mai. 2015.

DE SÁ, Joia; LOCK, Karen. Will European agricultural policy for school fruit and vegetables improve public health? A review of school fruit and vegetable programmes. **The European Journal of Public Health**, Washington, v. 18, n. 6, p. 558-568, 2008. Disponível em: <<http://eurpub.oxfordjournals.org/content/18/6/558.long>>. Acesso em: 05 mai. 2016.

DIAS, João Vinícius dos Santos; FERREIRA, Jaqueline. Contribuições da antropologia para o campo da educação em saúde no Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 283-299, 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462015000200283&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462015000200283&script=sci_arttext)>. Acesso em: 18 out. 2015.

DIAS, Maria Socorro de Araújo et al. Intersetorialidade e Estratégia Saúde da Família: tudo ou quase nada a ver?. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4371-4382, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014001104371&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014001104371&script=sci_arttext&tlng=pt)>. Acesso em: 06 set. 2015.

DIAS, Raphael Igor; BARRETO, Jorge Otávio Maia; SOUZA, Nathan Mendes. Desenvolvimento atual da Rede de Políticas Informadas por Evidências (EVIPNet Brasil): relato de caso. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 36, n. 1, p. 50-56, 2014. Disponível em: <[http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892014000600008&script=sci\\_arttext](http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892014000600008&script=sci_arttext)>. Acesso em: 06 de set. 2015.

EVIPNET BRASIL. **Rede EVIPNet Brasil**. Brasília: EVIPNet Brasil; 2014. Disponível em: <[http://brasil.evipnet.org/?page\\_id=27](http://brasil.evipnet.org/?page_id=27)>. Acesso em: 06 de set. 2015.

FALKENBERG, Mirian Benites et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 847-852, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232014000300847&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232014000300847&script=sci_arttext&tlng=en)>. Acesso em: 15 jun. 2015.

FERNANDES, Maria Clara Porto; BACKES, Vânia Marli Schubert. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia: Saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 2003. 148p. Disponível em: <<http://www2.uesb.br/pedh/wp-content/uploads/2014/02/Pedagogia-da-Autonomia.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2015.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 24a ed. São Paulo: Paz e Terra; 2003. Disponível em: <<http://www2.uesb.br/pedh/wp-content/uploads/2014/02/Pedagogia-da-Autonomia.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2015.

GARCIA, Leila Posenato. Comunicação e redação científica para a epidemiologia e os serviços de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 21, n. 2, p. 193-194, 2012. Disponível em: <[http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S1679-49742012000200001&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S1679-49742012000200001&script=sci_arttext&tlng=en)>. Acesso em: 19 ago. 2016.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 2008. Disponível em: <[http://www.uece.br/nucleodelinguasitaperi/dmdocuments/gil\\_metodos\\_de\\_pesquisa.pdf](http://www.uece.br/nucleodelinguasitaperi/dmdocuments/gil_metodos_de_pesquisa.pdf)>. Acesso em: 09 maio 2015.

GOTTLIEB, Laurie Naomi; FEELEY, Nancy; DALTON, Cindy. **The collaborative partnership approach to care: a delicate balance**. Elsevier Health Sciences, 2005. Disponível em: <[https://books.google.com.br/books?hl=ptBR&lr=&id=xxEuYGFliG0C&oi=fnd&pg=PA3&dq=The+collaborative+partnership+approach+to+care:+a+delicate+balance&ots=\\_\\_9GJQb54W&sig=u9FuR1ValdGMTrSuu00KEKq9z7w#v=onepage&q=The%20collaborative%20partnership%20approach%20to%20care%3A%20a%20delicate%20balance&f=false](https://books.google.com.br/books?hl=ptBR&lr=&id=xxEuYGFliG0C&oi=fnd&pg=PA3&dq=The+collaborative+partnership+approach+to+care:+a+delicate+balance&ots=__9GJQb54W&sig=u9FuR1ValdGMTrSuu00KEKq9z7w#v=onepage&q=The%20collaborative%20partnership%20approach%20to%20care%3A%20a%20delicate%20balance&f=false)>. Acesso em: 27 set. 2016.

GRAY, John Armstrong Muir. **Evidence-based healthcare and public health: how to make decisions about health services and public health**. Elsevier Health Sciences, 2009. Disponível em: <[http://sutlib2.sut.ac.th/sut\\_contents/H126376.pdf](http://sutlib2.sut.ac.th/sut_contents/H126376.pdf)>. Acesso em: 08 set. 2015.

HERNANDEZ, Angel Gil. **Tratado de nutrición: Composición Y Calidad Nutritiva De Los Alimentos**. Tomo II. Editorial Médica-Panamericana. Madrid, 2010.

HOLMES, Bev; SCARROW, Gayle; SCHELLENBERG, Megan. Translating evidence into practice: the role of health research funders. **Implementation Science**, v. 7, n. 1, p. 1, 2012. Disponível em: <<http://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/1748-5908-7-39>>. Acesso em: 16 jun. 2015.

JACKSON, Nicki et al. The challenges of systematically reviewing public health interventions. **Journal of Public Health**, Oxford, v. 26, n. 3, p. 303-307, 2004. Disponível em: <<http://jpubhealth.oxfordjournals.org/content/26/3/303.short>>. Acesso em: 07 set. 2016.

JUNQUEIRA, Luciano A. Prates. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 35-45, 2000. Disponível em: <<http://search.proquest.com/openview/488e84a63ca46acf353d3ba275e86919/1.pdf?pq-origsite=gscholar&cbl=2035113>>. Acesso em: 05 set. 2016.

LACERDA, Rúbia Aparecida et al. Evidence-based practices published in Brazil: identification and analysis of their types and methodological approaches. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 777-786, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342011000300033&script=sci\\_arttext&tlng=pt/](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342011000300033&script=sci_arttext&tlng=pt/)>. Acesso em: 19 ago. 2015.

LANG, Regina Maria Ferreira; ALMEIDA, Cláudia Choma Bettega; TADDEI, José Augusto de Aguiar Carrazedo. Segurança alimentar e nutricional de crianças menores de dois anos de famílias de trabalhadores rurais Sem Terra. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3111-3118, 2011. Disponível em: <[http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1413-81232011000800011&script=sci\\_arttext](http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1413-81232011000800011&script=sci_arttext)>. Acesso em: 09 maio 2015.

LAVIS, John N. et al. SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP) 13: Preparing and using policy briefs to support evidence-informed policymaking. **Health Research Policy and Systems**, v. 7, n. 1, p. 1, 2009. Disponível em: <<http://health-policy-systems.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4505-7-S1-S13>>. Acesso em: 06 set. 2015.

LEVY, Renata Bertazzi et al. Distribuição regional e socioeconômica da disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil em 2008-2009. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 06-15, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102012000100002&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102012000100002&script=sci_arttext&tlng=es)>. Acesso em: 10 mai. 2015.

MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do sus: uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007. Disponível em: <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232007000200009](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200009)>. Acesso em: 09 maio 2015.

MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa; VIEIRA, Neiva Francenely Cunha; SILVA, Raimunda Magalhães da. Compreensão das mudanças comportamentais do usuário no Programa Saúde da Família por meio da participação habilitadora. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 2133-2143, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014000501339](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000501339)>. Acesso em: 06 set. 2015.

MAGALHÃES, Rosana. Avaliação de políticas e iniciativas públicas de segurança alimentar e nutricional: dilemas e perspectivas metodológicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1339-1346, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000400027&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000400027&script=sci_arttext&tlng=es)>. Acesso em: 06 set. 2015.

MEYER, Dagmar E. Estermann et al "Você aprende. A gente ensina?": interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. **Cadernos de saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1335-1342, 2006. Disponível em: <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2006000600022](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000600022)>. Acesso em: 05 out. 2016.

MOAT, Kaelan A; LAVIS, John N. Suporte para uso de evidências de pesquisa nas Américas através do "one-stop shop" eletrônico: EVIPNet VHL. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 12, p. 2697-2701, 2014. Disponível em: <[http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0102-311X2014001302697&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0102-311X2014001302697&script=sci_arttext&tlng=es)>. Acesso em: 07 set. 2015.

MOREIRA, Nathalia Carvalho et al. Empoderamento das mulheres beneficiárias do Programa Bolsa Família na percepção dos agentes dos Centros de Referência de Assistência Social. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 2, p. 403-423, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-76122012000200004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-76122012000200004&script=sci_arttext)>. Acesso em: 10 maio 2015.

NDUMBE-EYOH, Sume; MOFFATT, Hannah. Intersectoral action for health equity: a rapid systematic review. **BMC public health**, v. 13, n. 1, p. 1, 2013. Disponível em: <<http://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-13-1056>>. Acesso em: 05 maio 2016.

NIEBYLSKI, Mark L. et al. Healthy food procurement policies and their impact. **International journal of environmental research and public health**, Basel, v. 11, n. 3, p. 2608-2627, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3986994/>>. Acesso em: 05 maio 2016.

OLIVEIRA, Juliana Souza et al. Estado nutricional e insegurança alimentar de adolescentes e adultos em duas localidades de baixo índice de desenvolvimento humano. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 22, n. 4, p. 453-465, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52732009000400002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52732009000400002&script=sci_arttext)>. Acesso em: 05 out. 2016.

OLIVEIRA, Sabrina Ionata de; OLIVEIRA, Kathleen Sousa. Novas perspectivas em educação alimentar e nutricional. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 495-504, 2008. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1678-51772008000400008&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1678-51772008000400008&script=sci_arttext&tlng=es)>. Acesso em: 10 nov. 2015.

OSÓRIO, Mônica Maria et al. Disponibilidade familiar de alimentos na Zona da Mata e Semi-Árido do Nordeste do Brasil. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 22, n. 3, p. 319-329, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52732009000300002&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52732009000300002&script=sci_arttext&tlng=pt)>. Acesso em: 09 maio 2015.

OXMAN, Andrew D. et al. SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP) 2: Improving how your organisation supports the use of research evidence to inform policymaking. **Health Research Policy and Systems**, v. 7, n. 1, p. 1, 2009. Disponível em: <<http://health-policy-systems.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4505-7-S1-S2>>. Acesso em: 07 set. 2015.

PEREIRA, Rosangela Alves; SANTOS, Leonor Maria Pacheco. A dimensão da insegurança alimentar. **Rev. Nutrição**, Campinas, v. 21, supl. p. 7s-13s, Ago. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-52732008000700002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732008000700002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 27 set. 2016.

PEREIRA, Rui Pedro Gomes et al. Atitudes e barreiras à prática de enfermagem baseada na evidência em contexto comunitário. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, n. 7, p. 55-62, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S0874-02832012000200006&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S0874-02832012000200006&script=sci_arttext&tlng=es)>. Acesso em: 19 ago. 2016.

PINHEIRO, Anelise Rizzolo de Oliveira. A alimentação saudável e a promoção da saúde no contexto da segurança alimentar e nutricional. **Revista do CEBES: Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.29, n. 70, p.125 – 139, 2005. Disponível em: <<https://caemilioribas.files.wordpress.com/2009/09/a-alimentac3a7c3a3o-saudc3a1vel-e-a-ps.pdf>>. Acesso em: 11 out. 2015.

PONTES, Tatiana Elias et al. Orientação nutricional de crianças e adolescentes e os novos padrões de consumo: propagandas, embalagens e rótulos. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 99-105, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-05822009000100015&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-05822009000100015&script=sci_arttext&tlng=es)>. Acesso em: 10 maio 2015.

RAICHELIS, Raquel. **Esfera pública e conselhos de assistência social: caminhos da construção democrática**. Cortez Editora, 1998. Disponível em: <[http://www.cortezeditora.com/Algumas\\_paginas/Esfera\\_publica\\_e\\_conselhos\\_de\\_a\\_ssistencia\\_social.pdf](http://www.cortezeditora.com/Algumas_paginas/Esfera_publica_e_conselhos_de_a_ssistencia_social.pdf)>. Acesso em: 27 set. 2016.

REEVES, Scott et al. Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update). **Cochrane Database Syst Rev**, v. 3, n. 3, 2013. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002213.pub3/pdf/>>. Acesso em: 05 maio 2016.

RENOVATO, Rogério Dias; BAGNATO, Maria Helena Salgado. Práticas educativas em saúde e a constituição de sujeitos ativos. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 3, p. 554-562, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072010000300018&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072010000300018&script=sci_arttext)>. Acesso em: 09 maio 2015.

RODRIGUES, Livia Penna Firme; RONCADA, Maria José. A educação nutricional nos programas oficiais de prevenção da deficiência da vitamina A no Brasil. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 23, n. 2, p. 297-305, 2010. Disponível

em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52732010000200012&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52732010000200012&script=sci_arttext)>. Acesso em: 10 maio 2015.

RODRIGUES, Livia Penna Firme; RONCADA, Maria José. Educação nutricional no Brasil: evolução e descrição de proposta metodológica para escolas. **Comun. ciênc. Saúde**. Brasília, 2008. Disponível em: <[http://www.escs.edu.br/pesquisa/revista/2008Vol19\\_4art04educacaonutricional.pdf](http://www.escs.edu.br/pesquisa/revista/2008Vol19_4art04educacaonutricional.pdf)>. Acesso em: 05 out. 2016.

SANTOS FILHO, Carlos Victor dos; RODRIGUES, Wilma Helena Carvalho; SANTOS, Rita Batista. Papéis de autocuidado: subsídios para enfermagem diante das reações emocionais dos portadores de diabetes Mellitus. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 125-129, Mar. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452008000100019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452008000100019&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 27 set. 2016.

SANTOS, Ligia Amparo da Silva. Educação alimentar e nutricional no contexto da promoção de práticas alimentares saudáveis. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 18, n. 5, p. 681-692, 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52732005000500011&script=sci\\_arttext&lng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52732005000500011&script=sci_arttext&lng=es)>. Acesso em: 09 maio 2015.

\_\_\_\_\_. Ligia Amparo da Silva. Avanços e desdobramentos do marco de referência da educação alimentar e nutricional para políticas públicas no âmbito da universidade e para os aspectos culturais da alimentação. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 26, n. 5, p. 595-600, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52732013000500010&script=sci\\_arttext&lng=es\\_](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52732013000500010&script=sci_arttext&lng=es_)>. Acesso em: 09 maio 2015.

SHEA, Beverley J. et al. AMSTAR is a reliable and valid measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. **Journal of clinical epidemiology**, v. 62, n. 10, p. 1013-1020, 2009. Disponível em: <<https://amstar.ca/docs/Publication%20-%20AMSTAR%20is%20reliable.pdf>>. Acesso em: 06 set. 2015.

SILVA, Cheila Portela; DIAS, Maria Socorro de Araújo; RODRIGUES, Angelo Brito. Práxis educativa em saúde dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 1453-1462, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000800018&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000800018&script=sci_arttext)>. Acesso em: 06 set. 2015.

SILVA, Cristiane Maria da Costa et al. Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2539-2550, 2010. Disponível em: <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000500028](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500028)>. Acesso em: 05 out. 2016.

SILVA, Silvio Fernandes da; SOUZA, Nathan Mendes; BARRETO, Jorge Otávio Maia. Fronteiras da autonomia da gestão local de saúde: inovação, criatividade e tomada de decisão informada por evidências. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4427-4438, 2014. Disponível



em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010305822009000100015&script=sci\\_arttext&tlng=ehttp://www.scielosp.org/pdf/csc/v19n11/1413-8123-csc-19-11-4427.pdf](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010305822009000100015&script=sci_arttext&tlng=ehttp://www.scielosp.org/pdf/csc/v19n11/1413-8123-csc-19-11-4427.pdf)>. Acesso em: 06 set. 2015.

SILVA, Silvio Fernandes da; SOUZA, Nathan Mendes; BARRETO, Jorge Otávio Maia. Fronteiras da autonomia da gestão local de saúde: inovação, criatividade e tomada de decisão informada por evidências. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4427-4438, 2014. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v19n11/1413-8123-csc-19-11-4427.pdf>>. Acesso em: 06 set. 2015.

SOARES, Cassia Baldini; CAMPOS, Celia Maria Sivalli; YONEKURA, Tatiana. Marxismo como referencial teórico-metodológico em saúde coletiva: implicações para a revisão sistemática e síntese de evidências. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 6, p. 1403-1409, Dec. 2013. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v19n11/1413-8123-csc-19-11-4427.pdf>>. Acesso em: 06 set. 2015.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília (DF): Unesco, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_primaria\\_p1.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf)>. Acesso em: 10 set. 2015.

TAVARES, Maria de Fátima Lobato et al. A promoção da saúde no ensino profissional: desafios na Saúde e a necessidade de alcançar outros setores. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1799-1808, 2016. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v21n6/1413-8123-csc-21-06-1799.pdf>>. Acesso em: 05 out. 2016.

URRA, Eugenia Medina; BARRÍA, René Mauricio Pailaquilén. A revisão sistemática e a sua relação com a prática baseada na evidência em saúde. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 4, p. 824-831, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692010000400023&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692010000400023&script=sci_arttext&tlng=pt)>. Acesso em: 06 set. 2015.

VASCONCELOS, Ana Claudia Cavalcanti Peixoto de; MAGALHÃES, Rosana. Práticas educativas em Segurança Alimentar e Nutricional: reflexões a partir da experiência da Estratégia Saúde da Família em João Pessoa, PB, Brasil. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 99-110, 2016. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/icse/v20n56/1807-5762-icse-1807-576220150156.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2015.

VASCONCELOS, Ana Cláudia Cavalcanti Peixoto de; PEREIRA, Ingrid D'Avilla Freire; CRUZ, Pedro José Santos Carneiro. Práticas educativas em nutrição na Atenção Básica em Saúde: reflexões a partir de uma experiência de extensão popular em João Pessoa-Paraíba. **Rev APS**, Juiz de Fora, 11(3):334-40. 2008. Disponível em: <<https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/347/125>>. Acesso em: 08 ago. 2016.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. 4a ed. São Paulo: Hucitec, 2008. Disponível em: <[http://www.prac.ufpb.br/anais/xenex\\_xienid/x\\_enex/ANAIS/Area6/6CCSDPSPEX01.pdf](http://www.prac.ufpb.br/anais/xenex_xienid/x_enex/ANAIS/Area6/6CCSDPSPEX01.pdf)>. Acesso em: 05 out. 2016.

\_\_\_\_\_. Eymard Mourão. Redefinindo as práticas de saúde a partir de experiências de educação popular nos serviços de saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 5, n. 8, p. 121-126, 2001. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832001000100009&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832001000100009&script=sci_arttext&tlng=pt)>. Acesso em: 05 out. 2016.

WAY, Daniel et al. Primary health care services provided by nurse practitioners and family physicians in shared practice. **Canadian Medical Association Journal**, v. 165, n. 9, p. 1210-1214, 2001. Disponível em: <<http://www.cmaj.ca/content/165/9/1210.full>>. Acesso em: 27 set. 2016.

## APÊNDICES

## ANÁLISE DAS EVIDÊNCIAS ENCONTRADAS

As tabelas a seguir fornecem informações detalhadas sobre as revisões sistemáticas e estudos identificados para cada opção. Cada linha da tabela corresponde a uma revisão sistemática ou estudo em particular.

Os autores de cada estudo são descritos na primeira coluna. A segunda coluna indica os elementos da opção. O foco da análise ou estudo é descrito na terceira coluna. As principais conclusões da análise ou estudo que se relacionam com a opção, estão listadas na quarta coluna. A quinta coluna apresenta uma avaliação da qualidade global da revisão. As próximas três colunas contêm informações sobre a utilidade da análise em termos de promover nosso entendimento da aplicabilidade local, equidade e aplicabilidade da questão. A sexta coluna observa a proporção dos estudos incluídos na revisão que tratam explicitamente de um dos grupos prioritários, enquanto a sétima coluna aponta a quantidade de estudos que foram realizados em termos mais gerais. A oitava coluna indica a proporção de estudos, em termos de se é ou não dirigida a estratégias educativas voltadas para a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN). A última coluna registra o último ano da literatura pesquisada como parte da revisão.

A qualidade de cada estudo foi avaliada utilizando o instrumento AMSTAR (uma ferramenta para avaliar revisões), que avalia a qualidade global em uma escala de 0 a 11, onde 11 representa uma revisão da mais alta qualidade. Sempre que o denominador não é 11, um aspecto da ferramenta não foi considerado relevante. É importante notar que a ferramenta AMSTAR foi desenvolvida para avaliar opiniões focadas em intervenções clínicas e não os aspectos analisados nessa síntese de evidências, como estratégias de educação na saúde no âmbito dos sistemas de saúde. Portanto, notas baixas não refletem, necessariamente, uma revisão de má qualidade.

**APÊNDICE A - REVISÃO SISTEMÁTICA RELEVANTE PARA A OPÇÃO 1 – [INCENTIVAR RELAÇÕES INTERPROFISSIONAIS PARA O DESENVOLVIMENTO DE ESTRATÉGIAS EDUCATIVAS EM SAÚDE]**

<b>Estudo</b>	<b>Elementos da opção</b>	<b>Foco da revisão sistemática</b>	<b>Principais achados</b>	<b>AMSTAR</b>	<b>Proporção dos estudos que incluíram a população alvo</b>	<b>Proporção de estudos realizados em LMIC</b>	<b>Proporção de estudos com foco no problema</b>	<b>Último ano da busca</b>
REEVES et al., 2013	Arranjos referentes à prestação de serviços, mediante combinação de habilidades multidisciplinares para a implementação de estratégias	Avaliar a eficácia da educação na saúde por meio de intervenções educativas de caráter interprofissional.	A implementação de ações de educação na saúde de forma interprofissional reflete-se no desenvolvimento de profissionais de saúde com habilidades e conhecimentos necessários para a execução colaborativa do trabalho.	9/11	15/15	Não disponível ainda	1/15	2011

Fonte: Primária.

**APÊNDICE B - REVISÕES SISTEMÁTICAS RELEVANTES PARA A OPÇÃO 2 – [UTILIZAR AÇÕES EDUCATIVAS EM SAÚDE DE CARÁTER INTERVENTIVO NO ENFRENTAMENTO DA INSEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL]**

Estudo	Elementos da opção	Foco da revisão sistemática	Principais achados	AMSTAR	Proporção dos estudos que incluíram a população alvo	Proporção de estudos realizados em LMIC	Proporção de estudos com foco no problema	Último ano da busca
DE SÁ; LOCK, 2008	Intervenções educativas em saúde no ambiente escolar	Sintetizar sistematicamente evidências publicadas e não publicadas sobre intervenções para promover o consumo de vegetais por crianças em ambientes escolares	Abordagens voltadas ao incentivo à ingestão de vegetais nas escolas, favorecendo a implementação de políticas no âmbito da segurança alimentar e nutricional	7/11	30/30	Não disponível ainda	30/30	2008
NIEBYLSKI et al., 214	Impacto de programas e políticas voltadas a aquisição e consumo de alimentos saudáveis	Avaliar o impacto do comportamento quanto a aquisição e consumo de alimentos saudáveis.	Apoio direto a implementação de políticas no âmbito da segurança alimentar e nutricional em escolas, locais de trabalho e instituições governamentais	4/11	34/34	Não disponível ainda	34/34	2012

Fonte: Primária.

**APÊNDICE C - REVISÃO SISTEMÁTICA RELEVANTE PARA A OPÇÃO 3 – [PROMOVER A INTERSETORIALIDADE PARA O DESENVOLVIMENTO DE INTERVENÇÕES EDUCATIVAS EM SAÚDE NO ENFRENTAMENTO DA INSEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL]**

Estudo	Elementos da opção	Foco da revisão sistemática	Principais achados	AMSTAR	Proporção dos estudos que incluíram a população alvo	Proporção de estudos realizados em LMIC	Proporção de estudos com foco no problema	Último ano da busca
NDUMBE -EYOH; MOFFAT T, 2013	Arranjos governamentais por meio da autoridade política para o gerenciamento do papel do setor não estatal no que se refere ao financiamento e à prestação de serviços, e envolvimento do usuário e das partes interessadas na participação das decisões políticas e organizacionais (ou monitoramento), referentes à prestação de serviços (como os cuidados foram elaborados para atender às necessidades dos usuários, disponibilidade de cuidados, cuidados culturais apropriados e gerenciamento de casos)	Avaliar o impacto de ações intersectoriais na equidade à saúde.	Avaliações mais rigorosas de ações intersectoriais são necessárias para fortalecer as bases de evidências.	7/10	17/17	Não disponível ainda	1/17	2011

Fonte: Primária.

**ANEXOS**



## ANEXO A- TABELA AMSTAR

<p><b>1. Foi fornecido um projeto a priori?</b> Os critérios de inclusão e exclusão devem ser estabelecidos antes da realização da pesquisa. [Nota: É necessário haver referência a um protocolo, aprovação ética ou objetivos da pesquisa pré-determinados / publicados a priori para marcar um "sim".]</p>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não é possível responder <input type="checkbox"/> Não se aplica
<p><b>2. Seleção de estudos e extração de dados foi realizada duplamente?</b> A extração de dados deve ser realizada por pelo menos 2 pessoas de forma independente e deve ser definido um procedimento para resolver discordâncias. [Nota: É necessário que pelo menos 2 pessoas tenham feito seleção de estudos, 2 pessoas tenham feito extração de dados, e divergências resolvidas por consenso ou uma pessoa verificou o trabalho da outra.]</p>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não é possível responder <input type="checkbox"/> Não se aplica
<p><b>3. Foi realizada uma pesquisa/busca bibliográfica abrangente?</b> Pelo menos duas fontes eletrônicas devem ser pesquisadas. O relatório deve incluir os anos e as bases de dados usadas (por exemplo, Central, EMBASE e MEDLINE). As palavras-chave e/ou os termos MeSH devem ser informados e, quando possível, a estratégia de busca deve ser fornecida. Todas as buscas devem ser complementadas por meio de consulta a conteúdos, revisões, livros-texto, cadastros especializados atualizados ou especialistas no campo de estudo específico e por meio de revisão das referências dos estudos encontrados. [Nota: Se foram utilizadas pelo menos 2 fontes + 1 estratégia suplementar, responda "sim" (Cochrane register / Central conta como 2 fontes; pesquisa em literatura cinzenta conta como literatura suplementar).]</p>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não é possível responder <input type="checkbox"/> Não se aplica
<p><b>4. A situação da publicação (por exemplo, literatura cinzenta) foi utilizado como um critério de inclusão?</b> Os autores devem declarar que procuraram por estudos independentemente de sua situação de publicação. Os autores devem declarar se excluíram ou não quaisquer estudos (da revisão sistemática), com base em sua situação de publicação, idioma etc. [Nota: Se a revisão indica que houve uma busca por literatura cinzenta ou literatura não publicada,</p>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não é possível responder <input type="checkbox"/> Não se aplica

<p>responder "sim". Banco de dados único, teses, anais de congressos e registros de estudos são considerados literatura cinzenta. Se a busca foi de uma fonte que contém literatura cinzenta e não cinzenta, deve-se especificar que eles estavam procurando literatura inédita.]</p>	
<p><b>5. Foi fornecida uma lista de estudos (incluídos e excluídos)?</b> Deve ser fornecida uma lista de estudos incluídos e excluídos. [Nota: É aceitável que a lista dos estudos excluídos esteja apenas referenciada. Se houver um link eletrônico para acesso à lista, mas o link não está ativo, responda "não".]</p>	<p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não é possível responder <input type="checkbox"/> Não se aplica</p>
<p><b>6. Foram fornecidas as características dos estudos incluídos?</b> Devem ser fornecidos de forma agregada (como uma tabela), dados sobre os participantes, as intervenções e os resultados dos estudos originais. Devem ser relatadas as diversas características em todos os estudos analisados, como idade, raça, sexo, dados socioeconômicos relevantes, estágio da doença, duração, gravidade ou comorbidades. [Nota: É aceitável se não foi apresentado no formato de tabela, desde que contemple as informações acima descritas.]</p>	<p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não é possível responder <input type="checkbox"/> Não se aplica</p>
<p><b>7. A qualidade científica dos estudos incluídos foi avaliada e documentada?</b> Devem ser fornecidos a priori os métodos de avaliação (por exemplo, para estudos de eficácia, caso os autores optem por incluir apenas ensaios clínicos randomizados, duplo-cego, controlados por placebo, ou alocação sigilosa como critérios de inclusão). Para outros tipos de estudos, é importante que existam itens alternativos. [Nota: Pode incluir o uso de uma ferramenta de avaliação de qualidade ou checklist (por exemplo, escala de Jadad, risco de viés, análise de sensibilidade, etc.), ou uma descrição de itens de qualidade, com algum tipo de resultado para cada estudo (é adequado informar escore "baixo" ou "alto", desde que claramente descritos os estudos que receberam esses escores. Não é aceitável um escore / intervalo resumo para todos os estudos em conjunto).]</p>	<p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não é possível responder <input type="checkbox"/> Não se aplica</p>
<p><b>8. A qualidade científica dos estudos incluídos foi utilizada de forma adequada na formulação das conclusões?</b> O rigor metodológico e a qualidade científica dos estudos deverão ser considerados na análise e</p>	<p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não é possível responder <input type="checkbox"/> Não se aplica</p>

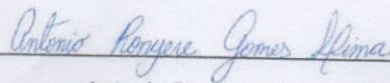
<p>conclusões da revisão e explicitamente informados na formulação de recomendações. [Nota: Se foi dito algo como "os resultados devem ser interpretados com cautela, devido à má qualidade dos estudos incluídos", não é possível responder "sim" para esta pergunta, se respondeu "não" para a pergunta.]</p>	
<p><b>9. Os métodos foram usados para combinar os resultados de estudos adequados?</b> Para os resultados agrupados deve ser feito um teste para garantir que os estudos podiam ser agrupados e para avaliar a sua homogeneidade (teste de qui-quadrado para homogeneidade, I<sup>2</sup>). Se houver heterogeneidade, deverá ser usado um modelo de efeitos aleatórios e/ou a adequação clínica da combinação deverá também ser levada em consideração (isto é, combinar os resultados era apropriado?). [Nota: Responda "sim" se houve menção ou descreveu a heterogeneidade, ou seja, se os autores explicaram que os resultados não puderam ser agrupados por causa de heterogeneidade / variabilidade entre as intervenções.]</p>	<p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não é possível responder <input type="checkbox"/> Não se aplica</p>
<p><b>10. A probabilidade de viés de publicação foi avaliada?</b> Uma avaliação de viés de publicação deve incluir uma combinação de ferramentas gráficas (por exemplo, um gráfico de funil e outros testes disponíveis) e/ou testes estatísticos (por exemplo, teste de regressão Egger, Hedges-Olken). [Nota: Se nenhum valor de teste ou gráfico de funil foi incluído, responda "não". Se houve menção que viés de publicação não pôde ser avaliado porque havia menos de 10 estudos, responda "sim".]</p>	<p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não é possível responder <input type="checkbox"/> Não se aplica</p>
<p><b>11. O conflito de interesses foi informado?</b> Possíveis fontes de apoio devem ser claramente informadas, tanto na revisão sistemática quanto nos estudos incluídos. [Nota: Para obter um "sim", deve indicar fonte de financiamento ou apoio à revisão sistemática e para cada um dos estudos incluídos.]</p>	<p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não é possível responder <input type="checkbox"/> Não se aplica</p>
<p><b>Total: X/11</b></p>	

Fonte: SHEA et al., 2009.

**ANEXO B – DECLARAÇÃO DE CORREÇÃO ORTOGRÁFICA****DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins que foi realizada a revisão textual da dissertação de mestrado : "EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA PARA PROMOÇÃO DA SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL" de Antonio Elielton de Paiva Silva

Sobral, 28 de março de 2017.



Antonio Ronyere Gomes Lima

(Revisor Textual)

Formação: Letras -Registrado sob o nº 1.191