Universidade Estadual de Londrina

RENATA LIZANDRA BUENO NASCIMENTO

# CONHECIMENTO SOBRE O GUIA ALIMENTAR PARA A POPULAÇÃO BRASILEIRA EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE ATUANTES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE LONDRINA - PARANÁ

Londrina
2026

RENATA LIZANDRA BUENO NASCIMENTO

# CONHECIMENTO SOBRE O GUIA ALIMENTAR PARA A POPULAÇÃO BRASILEIRA EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE ATUANTES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE LONDRINA - PARANÁ

Dissertação apresentada à Universidade Estadual de Londrina – UEL , como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Mathias Roberto Loch.

Londrina
2026

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

Nascimento, Renata Lizandra Bueno.
Conhecimento sobre o Guia Alimentar para a População Brasileira em profissionais de saúde atuantes na Atenção Primária de Londrina - Paraná / Renata Lizandra Bueno Nascimento. - Londrina, 2026.
136 f.

Orientador: Mathias Roberto Loch.
Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2026.
Inclui bibliografia.

1. Guias alimentares - Tese. 2. Atenção Primária à Saúde - Tese. 3. Conhecimento - Tese. 4. Educação Alimentar e Nutricional - Tese. I. Loch, Mathias Roberto. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

CDU 614

RENATA LIZANDRA BUENO NASCIMENTO

# CONHECIMENTO SOBRE O GUIA ALIMENTAR PARA A POPULAÇÃO BRASILEIRA EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE ATUANTES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE LONDRINA – PARANÁ

Dissertação apresentada à Universidade Estadual de Londrina – UEL , como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

**BANCA EXAMINADORA**

_____
Orientador: Prof. Dr. Mathias Roberto Loch
Universidade Estadual de Londrina – UEL

_____
Profa. Dra. Lígia Cardoso dos Reis
Secretaria Municipal de Educação de São Paulo – SME

_____
Profa. Dra. Patricia Fernanda Ferreira Pires
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Londrina, 13 de fevereiro de 2026.

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus por ter me sustentado até aqui.

Ao meu esposo, Jhonatan, pelo apoio, companheirismo e incentivo nesse processo, por ter sido meu porto seguro e não ter me deixado desistir.

À Juliana Lopes Werner, colega de profissão, amiga, que viu um potencial em mim, me incentivou e me auxiliou nesse processo, sem você, acredito que não estaria aqui.

Meu orientador, Mathias Roberto Loch, pela paciência, pela dedicação e por ter sido o melhor orientador que eu poderia ter.

À minha psicóloga Andressa Oliveira, que há mais de três anos me acompanha em todos os momentos da minha vida, sendo apoio e direção.

Minha família, que tanto acredita no meu potencial, é minha fonte de inspiração.

Agradecimento especial aos meus amigos, que nunca me deixaram acreditar que eu conseguiria, que a cada dia me ajudavam com palavras ou abraços, sempre me lembrando de quem eu sou e onde posso chegar.

Quero agradecer aos meus colegas de mestrado que compartilharam comigo nesse período, aprendizados e experiências, tornando a jornada mais leve.

Ao Programa de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina (UEL), por ser um espaço onde me senti em casa, bem-vinda e muito acolhida. Aos professores, coordenadores e demais apoiadores do programa, pela rica experiência adquirida.

Estendo meu agradecimento à Prefeitura de Londrina pela autorização da realização da pesquisa e também a todos os profissionais que aceitaram participar, pela contribuição a esse trabalho.

Meu agradecimento às professoras Lígia Cardoso dos Reis e Patricia Fernanda Ferreira Pires por aceitarem contribuir na construção do trabalho quando aceitaram participar das bancas, vocês são fonte de inspiração.

Agradeço a todos que contribuíram direta ou indiretamente com esse estudo.

## RESUMO

NASCIMENTO, Renata Lizandra Bueno. **Conhecimento sobre o guia alimentar para a população brasileira em profissionais de saúde atuantes na atenção primária de Londrina - Paraná**. 2026. 136 p. Dissertação de Mestrado - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2026.

A promoção da alimentação adequada e saudável constitui uma estratégia essencial para a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida da população. Nesse contexto, o Guia Alimentar para a População Brasileira (GAPB) se destaca como um instrumento fundamental de orientação e promoção de práticas alimentares saudáveis. A Atenção Primária à Saúde (APS), por sua vez, exerce um papel estratégico na implementação dessas diretrizes. O objetivo deste estudo foi verificar o conhecimento dos profissionais de saúde da APS sobre o GAPB. Foi realizado um estudo transversal, de amostragem por conglomerados com 373 profissionais de saúde atuantes na APS do município de Londrina - PR. Foi aplicado um questionário sociodemográfico, perguntas relacionadas ao trabalho e a escala GAB1 que possui 16 perguntas (de 0 a 16 pontos) com objetivo de investigar o conhecimento sobre o conteúdo do GAPB. Para a análise descritiva, usou-se a distribuição de frequências absoluta e relativa. Utilizou-se o teste de Shapiro Wilk para testar a normalidade das variáveis e na comparação de medianas, foi realizado teste de Mann Whitney para dois grupos e Kruskall Wallis para as variáveis com mais de dois grupos. Para analisar o nível de acertos das questões sobre o GAPB de acordo com a categoria profissional utilizou-se o teste Qui-Quadrado. A média e mediana de conhecimento dos profissionais de saúde atuantes na APS de Londrina - PR foi de 11 e 12, respectivamente. O conhecimento associou-se positivamente com ser Nutricionista - maior conhecimento em nove das 16 questões do instrumento e com profissionais com menos de 10 anos de atuação na APS. A média aumentou conforme o maior nível de escolaridade e maior frequência de uso das práticas de cuidado da APS (p valor <0,05). Ao comparar o nível de conhecimento sobre o GAPB por profissão, as maiores medianas foram do grupo de Nutricionistas (14), Profissionais de Educação Física (14) e Médicos(as) (13). Houve diferença significativa apenas no grupo de Nutricionistas e Médicos(as), quando comparada às médias dos ACS, Auxiliar/Técnico em Enfermagem e Auxiliar/Técnico em Saúde Bucal. Os profissionais da APS de Londrina apresentaram níveis de conhecimento sobre o GAPB semelhantes aos achados nacionais, porém com lacunas que limitam sua incorporação às práticas cotidianas. Nutricionistas obtiveram melhor desempenho, evidenciando desigualdades formativas e fragilidades interprofissionais, enquanto maior escolaridade e tempo de atuação associaram-se a melhores resultados. Os achados reforçam a necessidade de integrar os conteúdos do GAPB aos processos formativos e às ações de educação permanente em saúde, com enfoque interprofissional e matriciamento nutricional, contribuindo para o fortalecimento da APS, do cuidado integral e da efetivação do direito humano à alimentação adequada no contexto da Sindemia Global.



**Palavras-chave:** guias alimentares; atenção primária à saúde; conhecimento; profissionais de saúde; educação alimentar e nutricional.

## ABSTRACT

NASCIMENTO, Renata Lizandra Bueno. **Knowledge of the dietary guidelines for the brazilian population among healthcare professionals working in primary care in Londrina, Paraná.** 2026. 136 p. Dissertation (Master) – Postgraduate Program in Collective Health, State University of Londrina, Londrina, 2026.

Promoting adequate and healthy eating is an essential strategy for promoting health and improving the quality of life of the population. In this context, the Dietary Guidelines for the Brazilian Population (GAPB) stands out as a fundamental instrument for guiding and promoting healthy eating practices. Primary Health Care (PHC), in turn, plays a strategic role in the implementation of these guidelines. The objective of this study was to verify the knowledge of PHC health professionals about the GAPB. A cross-sectional, cluster sampling study was conducted with 373 health professionals working in PHC in the municipality of Londrina - PR. A sociodemographic questionnaire, work-related questions, and the GAB1 scale, which has 16 questions (from 0 to 16 points), were applied to investigate knowledge about the content of the GAPB. For descriptive analysis, absolute and relative frequency distributions were used. The Shapiro-Wilk test was used to test the normality of the variables, and the Mann-Whitney test was performed for two groups and the Kruskal-Wallis test for variables with more than two groups to compare medians. The Chi-square test was used to analyze the level of correct answers to the questions about the GAPB according to professional category. The mean and median knowledge of health professionals working in primary health care in Londrina - PR was 11 and 12, respectively. Knowledge was positively associated with being a Nutritionist - greater knowledge in nine of the 16 questions of the instrument - and with professionals with less than 10 years of experience in primary health care. The mean increased with higher levels of education and greater frequency of use of primary health care practices (p-value <0.05); When comparing the level of knowledge about the GAPB by profession, the highest medians were from the group of Nutritionists (14), Physical Education Professionals (14), and Doctors (13). A significant difference was found only in the group of Nutritionists and Doctors when compared to the averages of Community Health Agents, Nursing Assistants/Technicians, and Oral Health Assistants/Technicians. Primary Health Care professionals in Londrina showed levels of knowledge about the GAPB similar to national findings, but with gaps that limit its incorporation into daily practices. Nutritionists performed better, highlighting formative inequalities and interprofessional weaknesses, while higher education and length of service were associated with better results. The findings reinforce the need to integrate the contents of the GAPB into training processes and continuing health education actions, with an interprofessional focus and nutritional matrixing, contributing to the strengthening of Primary Health Care, comprehensive care and the realization of the human right to adequate food in the context of the Global Syndemic.



**Key-words:** food guides; primary health care; knowledge; health professionals; food and nutrition education.

## LISTA DE FIGURAS

**Figura 1** – Localização do município de Londrina – PR ..... 51
**Figura 2** – Municípios pertencentes a 17ª Regional de Saúde ..... 52

## LISTA DE TABELAS

**Tabela 1** – Caracterização dos profissionais de saúde atuantes na Atenção Primária à Saúde (APS) de Londrina, PR ..... 59

**Tabela 2** – Conhecimento sobre o GAPB segundo características de trabalho dos profissionais de saúde atuantes na APS de Londrina – PR ..... 61

**Tabela 3** – Nível de conhecimento sobre o GABP por profissões ..... 62

**Tabela 4** – Conhecimento sobre o GABP conforme práticas do trabalho e atuação dos profissionais na APS ..... 63

**Tabela 5** – Percentual de acertos em cada questão da escala de avaliação do conhecimento sobre o GAPB de acordo com os profissionais de saúde atuantes na APS de Londrina – PR ..... 65

## LISTA DE QUADROS

**Quadro 1** – Princípio e diretrizes da APS e seu potencial para fortalecimento da EAN ..... 28
**Quadro 2** – Grupos de alimentos da classificação NOVA: definição de acordo com a extensão e o objetivo do processamento industrial de alimentos, com respectivos exemplos* ..... 37
**Quadro 3** – Materiais Baseados no Guia Alimentar para a População Brasileira voltados a Profissionais de Saúde ..... 41
**Quadro 4** – Principais informações dos estudos encontrados sobre conhecimento sobre o GAPB realizado com profissionais de saúde atuantes na APS ..... 46
**Quadro 5** – Distribuição das Unidades Básicas de Saúde (UBS) por Região – Município de Londrina ..... 53

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|---|---|
| ACS | Agente Comunitário de Saúde |
| ANVISA | Agência Nacional de Vigilância Sanitária |
| APS | Atenção Primária em Saúde |
| CAAE | Certificado de Apresentação de Apreciação Ética |
| CEP | Comitês de Ética e Pesquisa |
| CF | Constituição Federal |
| CFN | Conselho Federal de Nutricionistas |
| CNS | Conselho Nacional de Saúde |
| DCNT | Doenças Crônicas Não Transmissíveis |
| DEFF | *Design Effect* |
| DHAA | Direito Humano à Alimentação Adequada |
| EAN | Educação Alimentar e Nutricional |
| EPA | Efeito do Plano Amostral |
| ESF | Estratégia Saúde da Família |
| e-Multi | Equipe Multiprofissional |
| EqSF | Equipes de Saúde da Família |
| FAO | *Food and Agriculture Organization* |
| GAPB | Guia Alimentar para a População Brasileira |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| NASF | Núcleo Ampliado de Saúde da Família |
| OPAS | Organização Pan-Americana da Saúde |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| PAAS | Promoção da Alimentação Adequada e Saudável |
| PNAB | Política Nacional de Atenção Básica |
| PNAN | Política Nacional de Alimentação e Nutrição |
| PNPS | Política Nacional de Promoção da Saúde |
| PNSAN | Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional |
| PROADI-SUS | Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde |
| RAS | Rede de Atenção à Saúde |
| SAN | Segurança Alimentar e Nutricional |

| | |
|---|---|
| SESA | Secretaria de Estado da Saúde |
| SISVAN | Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional |
| SPSS | *Statistical Package for the Social Science* |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| UEL | Universidade Estadual de Londrina |
| UFMG | Universidade Federal de Minas Gerais |
| UFSC | Universidade Federal de Santa Catarina |
| UBS | Unidades Básicas de Saúde |
| UNASUS | Universidade Aberta do SUS |
| UnB | Universidade de Brasília |
| WHO | *World Health Organization (WHO)* |

SUMÁRIO


1 INTRODUÇÃO ..... 14

2 REFERENCIAL TEÓRICO ..... 24
2.1 Alimentação adequada e saudável e suas repercussões na saúde ..... 24
2.2 Educação alimentar e nutricional e o papel da atenção primária em saúde ..... 27
2.3 Guia alimentar para a população brasileira ..... 33
2.4 Aplicabilidade do guia alimentar para a população brasileira ..... 39
2.5 Conhecimento sobre o GAPB em profissionais de saúde atuantes na APS ..... 45

3 JUSTIFICATIVA ..... 48

4 OBJETIVOS ..... 50
4.1 Objetivo geral ..... 50
4.2 Objetivos específicos ..... 50

5 METODOLOGIA ..... 51
5.1 Delineamento do estudo ..... 51
5.2 Local e período do estudo ..... 51
5.3 População e amostra ..... 52
5.4 Instrumento ..... 55
5.5 Coleta de dados ..... 56
5.6 Análise de dados ..... 56
5.7 Considerações éticas ..... 57

6 RESULTADOS ..... 58

7 DISCUSSÃO ..... 67

8 **CONSIDERAÇÕES FINAIS** ..... 89

**REFERÊNCIAS** ..... 91

**APÊNDICES** ..... 110
**APÊNDICE A -** Instrumento de pesquisa utilizado na coleta de dados ..... 111

**ANEXOS** ..... 128
**ANEXO A -** Parecer consubstanciado do CEP ..... 128
**ANEXO B -** Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ..... 135

# 1 INTRODUÇÃO

Segundo a Lei Orgânica de Saúde 8.080 de 1990, que regulamenta o Sistema Único de Saúde, alterada em 2013 pela Lei 12.864, a alimentação constituiu-se como um importante determinante e condicionante da saúde, assim como a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais, entre outros (Brasil, 1990; Brasil, 2013).

A alimentação é um direito de todo cidadão brasileiro, garantido por meio da Emenda Constitucional nº 64, que inclui a alimentação no artigo 6º da Constituição Federal (CF) (Brasil, 2010). A alimentação adequada e saudável é reconhecida como um dos principais pilares da saúde. Os alimentos representam a principal fonte de nutrientes indispensáveis ao funcionamento adequado do organismo, favorecendo assim a saúde, o bem-estar e uma melhor qualidade de vida (Brasil, 2022).

Portanto, a alimentação adequada e saudável está diretamente relacionada à promoção e prevenção de saúde, principalmente ligada à prevenção de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), que são responsáveis por mais da metade do total de mortes no Brasil. Em 2019, 54,7% dos óbitos registrados no Brasil foram causados por DCNT. As doenças cardiovasculares, cânceres, diabetes e doenças respiratórias crônicas, são causadas por vários fatores ligados ao modo/estilo de vida do sujeito, como tabagismo, consumo de álcool, alimentação rica em alimentos ultraprocessados e inatividade física, porém, estes comportamentos de saúde não são determinados apenas pela vontade individual, uma vez que são influenciados por variáveis culturais, econômicas, sociais e ambientais (Brasil, 2021).

Marcado pela transição demográfica, epidemiológica e nutricional, representados pela redução da taxa de fecundidade, o menor ritmo de crescimento populacional, o aumento da expectativa de vida, a urbanização crescente, a entrada e consolidação da mulher no mercado de trabalho aliado a longas jornadas laborais, tornou maior a exposição a hábitos alimentares não saudáveis e comportamentos de risco à saúde, como o aumento da busca por produtos extremamente calóricos e pobres em nutrientes, marcando o avanço da mudança do padrão alimentar no Brasil e no mundo (Costa, Dias, Pontes, 2023; Bielemann et al., 2015).

As mudanças nos padrões alimentares têm provocado um aumento

expressivo no consumo de alimentos processados e ultraprocessados — ricos em açúcares, gorduras, aditivos e sódio — e, ao mesmo tempo, uma diminuição na ingestão de alimentos *in natura*, ricos em fibras e micronutrientes. Esse padrão alimentar, somado à diminuição da prática de atividade física, entre outros fatores, têm contribuído para o crescimento do número de pessoas com excesso de peso, obesidade e maior vulnerabilidade às DCNT (Barros, et al., 2021).

A desnutrição, unida à obesidade e às mudanças climáticas, formam um conjunto de três pandemias que interagem entre si e compartilham determinantes. Esse fenômeno é denominado Sindemia Global, cujas causas profundas estão enraizadas nos atuais sistemas alimentares, de transporte, uso do solo e de planejamento urbano, impactados por políticas econômicas e estruturas sociopolíticas que favorecem a produção e o consumo de alimentos ultraprocessados, externalizam prejuízos à saúde e ao meio ambiente e intensificam desigualdades sociais e ambientais (Swinburn et al., 2019).

Esses fenômenos não apenas se sobrepõem no tempo e espaço, mas interagem de forma sinérgica, amplificando suas consequências adversas para a saúde humana e planetária e exigindo respostas integradas e transformadoras em múltiplos setores para promover sistemas alimentares mais sustentáveis, equitativos e promotores de saúde. Essa perspectiva sistêmica evidencia que enfrentar cada pandemia de forma fragmentada é insuficiente, sendo imprescindível reformular políticas públicas e modelos de desenvolvimento que abordem simultaneamente suas interconexões estruturais (Ferreira, Moura, 2024).

Diante desse cenário, destaca-se a necessidade de se delinear estratégias e ações no campo da saúde de forma intersetorial, focadas na melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e coletividades atuando sobre os condicionantes e determinantes sociais de saúde, de forma intersetorial e com participação popular, favorecendo escolhas saudáveis por parte dos indivíduos e coletividades no território onde residem, estudam e trabalham a fim de criar condições para a construção de espaços saudáveis. Essas articulações promovem a efetividade e sustentabilidade das ações ao longo do tempo, melhorando as condições de saúde das populações e dos territórios (Brasil, 2002).

Dessa forma, a Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS) desempenha um papel importante na melhoria do estado alimentar e nutricional da população. Seu objetivo é elevar a qualidade de vida por meio de ações

intersetoriais que envolvem tanto o coletivo quanto os indivíduos e os ambientes em que vivem, contribuindo para a prevenção e o cuidado de doenças e problemas ligados à alimentação e nutrição. A PAAS é uma diretriz da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) e constitui um eixo estratégico da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). As ações de Educação Alimentar e Nutricional (EAN) inserem-se nesse contexto como um campo de atuação permanente, contínuo e transdisciplinar, que integra diferentes setores e profissionais, com o propósito de estimular a adoção consciente e autônoma de hábitos alimentares saudáveis (Carmo et al., 2022).

A PNAN, instituída em 1999 e atualizada em 2011, busca dar concretude às ações de alimentação e nutrição no SUS. A iniciativa do Ministério da Saúde integra os esforços do Estado brasileiro pela construção e consolidação de um conjunto de políticas centradas no respeito, na proteção e na promoção dos direitos humanos à saúde e à alimentação, com o compromisso histórico de contribuir para a garantia do Direito Humano à Alimentação Adequada e Saudável (DHAA) e sustentabilidade a todos os que habitam o território brasileiro (Brasil, 2013).

A PNAN está organizada em diretrizes que abrangem o escopo da atenção nutricional no SUS com foco na vigilância, promoção, prevenção e cuidado integral de agravos relacionados à alimentação e nutrição; atividades essas integradas às demais ações de saúde nas redes de atenção, tendo a APS como ordenadora das ações. Alguns dos principais avanços da política foram: a publicação dos guias alimentares com diretrizes nacionais; o fomento à pesquisa em alimentação e nutrição; a ação coletiva para a construção da agenda regulatória; fortalecimento de estratégias para o enfrentamento das DCNT e à prevenção do sobrepeso, da obesidade e das carências nutricionais (Santos et. al, 2021).

Nesse contexto, o Guia Alimentar para a População Brasileira (GAPB), publicado pelo Ministério da Saúde em 2006, surge como um instrumento fundamental para orientar práticas alimentares saudáveis e sustentáveis. Diante das transformações sociais vivenciadas pela sociedade brasileira, que impactaram sobre suas condições de saúde e nutrição, fez-se necessária a apresentação de novas recomendações. A segunda edição do GAPB passou por um processo de consulta pública, que permitiu o seu amplo debate por diversos setores da sociedade e orientou a construção da versão final, apresentada em 2014, onde foi introduzida uma nova abordagem para a relação alimentação-saúde. O GAPB considera a

pluralidade de fatores envolvidos no consumo de alimentos, a diversidade cultural e hábitos tradicionais, identificando e reconhecendo a existência de barreiras pessoais e ambientais que dificultam o estabelecimento das recomendações para uma alimentação saudável (Brasil, 2006; Brasil, 2014).

Além do GAPB e sua versão resumida publicada em 2015, o Ministério da Saúde apresentou a primeira versão do Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de Dois Anos em 2002, sua revisão em 2010 e sua mais recente edição em 2019, tendo sua versão resumida publicada em 2021. Alinhado ao GAPB, a nova versão trouxe recomendações e informações sobre alimentação de crianças nos dois primeiros anos de vida com o objetivo de promover saúde, crescimento e desenvolvimento, fortalecendo a prática do aleitamento materno e PAAS nos primeiros anos de vida, considerando a especificidade e a relevância dessa fase no desenvolvimento do ser humano (Brasil, 2021).

O Ministério da Saúde (2014) destaca que, tendo em vista os direitos à saúde e à alimentação adequada e saudável, o GAPB é um documento oficial que apresenta princípios e orientações voltados a promover uma alimentação saudável para a população brasileira. Ele funciona como um instrumento de apoio às ações de EAN no SUS e em outros setores. Diante dos diversos fatores que influenciam os hábitos alimentares e da complexidade dos sistemas alimentares atuais, o GAPB reafirma o compromisso do Ministério em desenvolver estratégias que promovam e garantam o DHAA.

O nutricionismo, também chamado de reducionismo nutricional, caracteriza-se pela valorização excessiva dos nutrientes isolados na avaliação da qualidade dos alimentos e por uma compreensão restrita de sua atuação na saúde corporal. O termo se originou da fusão das palavras “nutrição” e “reducionismo", essa ideologia configura-se como um sistema de pensamento que orienta práticas e discursos, marcado pela centralidade do conhecimento científico em detrimento dos saberes tradicionais e se articula aos interesses da indústria, ao favorecer a mercantilização de nutrientes e alimentos modificados, além de influenciar a compreensão da alimentação por parte da população (Scrinis, 2021).

Diferente do nutricionismo, o GAPB propõe recomendações centradas em alimentos, refeições, modos de preparo, práticas culturais e o grau de processamento dos alimentos, baseado na classificação NOVA de Monteiro e colaboradores (2010). Durante a elaboração de sua segunda edição, essa

classificação foi aprimorada e passou a conter quatro grupos: alimentos *in natura* ou minimamente processados, ingredientes culinários processados (descritos no GAPB como grupo dos óleos, gorduras, sal e açúcares), alimentos processados e alimentos ultraprocessados (Brasil, 2014).

Além de ajudar a compreender a relevância do processamento industrial na distinção entre alimentos *in natura* ou minimamente processados e os ultraprocessados — que frequentemente imitam a aparência e a composição dos alimentos naturais —, a classificação NOVA também busca favorecer escolhas alimentares que considerem as diferenças culturais e os sistemas alimentares sustentáveis do ponto de vista social e ambiental. Alimentos ultraprocessados, por exemplo, não apenas estão associados ao consumo excessivo de calorias, mas também fazem parte de um modelo de produção e consumo que pode trazer impactos negativos para a cultura, a convivência social e o meio ambiente (Menegassi et. al, 2018).

A forma de atuação e de organização do agronegócio e das grandes indústrias alimentícias os tornam atores significativos na Sindemia Global. Superar esse fenômeno representa reequilibrar as forças que estimulam a alimentação mais saudável e desestimulam o consumo de alimentos ultraprocessados, priorizam o uso da terra para uma agricultura justa, limpa e sustentável, e reduzem substancialmente as emissões de gases de efeito estufa (Liporace, 2018).

O Ministério da Saúde (2014) afirma no GAPB, que este foi elaborado para todos os brasileiros, e que parte desses indivíduos será composta por profissionais cuja atuação está voltada para a promoção da saúde da população, como profissionais da saúde, agentes comunitários, educadores, formadores de recursos humanos e outros. Estes têm um papel importante na ampla disseminação do material, buscando fazer com que seu conteúdo seja acessível e compreendido por todos, inclusive por aqueles com dificuldades de leitura.

Ademais, acredita-se que a qualificação dos trabalhadores que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS) possa ampliar o debate sobre a PAAS, gerando intervenções mais efetivas. Espera-se que os trabalhadores possam compreender o GAPB, incorporá-lo ao seu trabalho, e, assim, torná-lo mais acessível aos usuários do sistema de saúde (Brasil, 2019).

A APS ou Atenção Básica, é o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços

disponibilizados no SUS e pode ser definida pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), como o conjunto de ações de saúde individuais e coletivas que envolvem desde a promoção até o tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, por meio de práticas de cuidado integrado realizado com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (Brasil, 2017).

Sendo assim, a PNAB, também pautada pela PNAN, destaca que a alimentação adequada e saudável deve ser considerada nas práticas de promoção à saúde devido a sua relevância. Considerando a importância dos profissionais da APS como promotores da saúde, com responsabilidade em práticas de EAN, sabe-se o papel destes no respeito à autonomia dos usuários, tornando possível estimular a transformação das condições de vida e saúde de indivíduos e coletividades, através de estratégias transversais que estimulem a aquisição de novas atitudes entre as pessoas, favorecendo mudanças para modos de vida mais saudáveis e sustentáveis (Brasil, 2017).

É importante destacar que profissionais de saúde da APS possuem potencial em impulsionar mudanças no contexto da Sindemia Global, em setores como o transporte, a energia, a agricultura e a economia, por meio de seu papel social. Esses profissionais podem apoiar políticas públicas relacionadas a esses determinantes, recomendando atividade física, mudança no meio de transporte dos usuários para formas não motorizadas e promovendo uma alimentação mais saudável, por exemplo, contribuindo assim para a redução dos efeitos das mudanças climáticas sobre a saúde. Esse encontro, legitimado no cuidado em saúde, possibilita o reconhecimento da APS como base para fortalecer os sistemas de saúde e, com isso, proteger a saúde do planeta (Xie et al., 2018).

Dentro desta perspectiva, o conceito de EAN corrobora com a premissa de que a PAAS trata-se de um campo multidisciplinar e intersetorial considerando que o ato de comer, além de satisfazer as necessidades biológicas é também fonte de prazer, de socialização e de expressão cultural aliados às características dos modos de vida contemporâneos, influenciam, significativamente, o comportamento alimentar, com oferta ampla de opções de alimentos e preparações alimentares, além do apelo midiático, da influência do marketing e da tecnologia de alimentos (Brasil, 2012).

Diante de tais levantamentos, considerando a complexidade dos

determinantes do processo saúde-doença, o trabalho multi e interprofissional entre trabalhadores(as) de diferentes categorias profissionais é cada vez mais requerido para tornar a atenção à saúde mais segura, efetiva e integral. No entanto, ainda é frequente o entendimento de que os cuidados relativos à alimentação e nutrição que podem ser realizados na APS sejam de responsabilidade apenas de nutricionistas, esteja ele(a) na equipe de referência ou na equipe de apoio. No entanto, ao contrário desse entendimento, todos os tipos de equipes de APS devem ofertar cuidados em alimentação e nutrição de acordo com as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade e a capacidade técnica dos profissionais que as compõem (Brasil, 2022).

Cabe reconhecer o papel do nutricionista como protagonista, indutor e qualificador dessas práticas junto aos profissionais das equipes de referência e equipes multiprofissionais (e-Multi) da APS. As experiências em curso a partir da crescente inclusão de nutricionistas nas e-Multi na APS demonstram que o reconhecimento e legitimação destes profissionais têm sido conquistados pelos frutos de sua atuação em conjunto com outros profissionais, ou seja, pelo fazer junto, que fortalece o campo comum de saberes e práticas em alimentação e nutrição, e não pela preponderância de suas atividades individuais e privativas (Brasil, 2017).

Assim, ainda que nutricionistas sejam os(as) profissionais com formação técnica especializada em alimentação e nutrição, toda a equipe de APS precisa desenvolver capacidade de comunicação sobre alimentação para praticar um diálogo com escuta qualificada e sem julgamentos, sensível às diferentes formas de saberes e práticas, com reconhecimento das singularidades das experiências das pessoas para construção compartilhada de melhores formas de enfrentar dificuldades e sofrimentos relacionados à alimentação. Isso também se aplica a outros temas em saúde como atividade física e saúde mental por exemplo, que por mais que existam profissionais de referência, dada a especificidade de cada formação profissional, são temas inerentes à saúde integral e que toda a equipe de saúde da APS deve assumir (Brasil, 2022).

Apesar disso, estudos mostram baixa adesão às recomendações do GAPB pela população. Segundo o estudo de Fernandes et. al (2025) realizado com 411 adultos e idosos da cidade de Natal - RN, mostrou que cerca de 60,4% da população estudada apresentaram baixa e média adesão às recomendações do

GAPB. Este estudo corrobora os achados de Gabe e Jaime (2020), com 900 adultos de todas as regiões do Brasil, sendo que, são inúmeros os fatores relacionados a baixa adesão da população ao GAPB, mas destaca-se pelos estudos os fatores idade, sexo e renda per capita.

Peres e colaboradores (2025), estudaram o conteúdo do GAPB por meio de quatro especialistas através de um protocolo e identificaram possíveis barreiras para compreensão e significação das recomendações do GAPB. Os autores apontam como necessidade a avaliação e a significação de suas recomendações por parte de trabalhadores da saúde e grupos da população a que se destina para que a informação seja de mais fácil acesso e compreensão.

Por esse motivo, é importante que o profissional de saúde esteja alinhado ao documento na prática em alimentação e nutrição na APS (Brasil, 2022). Não obstante a relevância do GAPB como ferramenta de promoção da saúde, observa-se um conhecimento ainda limitado por parte dos profissionais de saúde sobre suas recomendações, como indica o estudo de Reis e Jaime (2019) que demonstrou que apenas 36,84% dos 209 profissionais de saúde atuantes na APS de todas as regiões do Brasil, possuíam elevado conhecimento sobre o GAPB. Na pesquisa de Barbosa, Tramontt e Baraldi (2025) realizada em uma metrópole brasileira, cerca de metade dos profissionais de saúde referiram conhecer o GAPB, porém, apenas 28,9% destes o utilizam na sua prática profissional. Muitos não utilizam o GAPB como referência principal em suas práticas, seja por desconhecimento, seja por dificuldades em sua interpretação.

A baixa adesão dos profissionais ao GAPB está relacionada à sua pouca inserção na formação acadêmica e à ausência de estratégias efetivas para sua incorporação nas rotinas de trabalho. Além disso, a implementação do GAPB também encontra resistência institucional e cultural, especialmente em contextos onde predominam práticas biomédicas e fragmentadas de cuidado. As diretrizes do GAPB, que valorizam os alimentos *in natura* e a alimentação como prática social e cultural, confrontam modelos centrados em nutrientes e dietas individualizadas. Tais barreiras dificultam a consolidação de abordagens alimentares mais integrais, como aquelas propostas pelo GAPB, exigindo mudanças estruturais nos serviços e nas práticas profissionais (Jaime; Braga, 2025).

Outro entrave importante refere-se à falta de capacitação dos profissionais de saúde em relação aos princípios e diretrizes do GAPB. Muitos não recebem

formação continuada ou treinamento específico sobre como utilizar o material na atenção básica ou em ações coletivas. A escassez de capacitações voltadas ao GAPB compromete sua efetiva utilização como instrumento de EAN nos serviços de saúde (Oliveira et al. 2020). A qualificação profissional é uma estratégia de médio prazo para a implementação de guias alimentares e é uma responsabilidade prevista no SUS, que tem o dever de assegurar a qualificação dos profissionais de saúde para ofertar o melhor cuidado e comprovadamente, pode assegurar a oferta de formações de qualidade no sistema de saúde (Couto et al., 2025).

Nesse sentido, alguns materiais técnicos e cursos *online* foram desenvolvidos pelo Ministério da Saúde a fim de orientar as pessoas a terem uma alimentação mais saudável, prevenindo o desenvolvimento de doenças ou controlando-as e minimizando seus riscos. Tais ferramentas são importantes fontes de informações para os profissionais que promovem o cuidado aos usuários do SUS, entre eles está o GAPB, que como já destacado, trata-se da mais importante diretriz do Ministério da Saúde atualmente para orientação da alimentação à população (Brasil, 2014).

Com objetivo de se investir em ferramentas que apoiem os profissionais de saúde na implantação das recomendações do GAPB, em 2019 o Ministério da Saúde publicou o “Manual Instrutivo: implementando o GAPB em equipes que atuam na APS” com foco na implementação do GAPB pelos profissionais da APS (Brasil, 2019). Neste mesmo sentido, em 2021 o Ministério da Saúde implementou os “Protocolos de Uso do GAPB” com a finalidade de incorporar o novo paradigma de alimentação adequada e saudável, além de induzir o uso do GAPB pelos profissionais de saúde na orientação alimentar em diferentes fases e eventos do ciclo da vida de pessoas atendidas na APS, contando com cinco fascículos (adultos, idosos, gestantes, crianças de dois a 10 anos e adolescentes).

Em 2024 o Ministério da Saúde, em parceria com instituições como a Beneficência Portuguesa (BP) por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (PROADI-SUS), lançou o curso com carga horária de 30 horas nomeado “QualiGuia - Formação para utilização dos Protocolos de Uso do Guia Alimentar para a População Brasileira" focado em capacitar profissionais da APS para usar o GAPB e auxiliar a população a fazer escolhas alimentares mais saudáveis, priorizando alimentos *in natura* e reduzindo ultraprocessados, por meio da plataforma de cursos UNA-SUS (Universidade Aberta do SUS) na modalidade *online* (Brasil, 2024). Essa iniciativa faz parte do empenho para a qualificação do

trabalho dos profissionais e equipes de APS do SUS e apoia o reforço da disseminação das recomendações para uma alimentação adequada e saudável, com objetivo de tornar essas mensagens mais acessíveis à população brasileira (Brasil, 2021).

Diante desse contexto, Barbosa, Tramontt e Baraldi (2025) salientam que a incorporação do GAPB pelos profissionais da APS é essencial para consolidar práticas coerentes com a PAAS, contribuindo para mudanças sustentáveis nos padrões alimentares da população. A aplicação cotidiana do GAPB na APS fortalece ações de EAN, potencializando sua efetividade no território, especialmente quando integrada às demais ações de promoção da saúde.

Diante disso, destaca-se a importância de investigar o nível de conhecimento sobre o GAPB dos profissionais de saúde atuantes na APS, a fim de subsidiar o planejamento de ações e políticas públicas de saúde que possam contribuir para a promoção de saúde, no enfrentamento das DCNT e da Sindemia Global, as quais são questões relevantes de saúde pública.

# 2 REFERENCIAL TEÓRICO

## 2.1 ALIMENTAÇÃO ADEQUADA E SAUDÁVEL E SUAS REPERCUSSÕES NA SAÚDE

O conceito de alimentação saudável, em sua formulação mais clássica, remete à ideia de uma dieta capaz de garantir ao organismo a oferta equilibrada de nutrientes essenciais, em quantidades adequadas, a fim de promover crescimento, manutenção das funções vitais e prevenção de deficiências nutricionais. Tradicionalmente, essa noção esteve fortemente ancorada em parâmetros biológicos e nutricionais, destacando a importância da variedade e da moderação no consumo alimentar. Nesse sentido, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definia, nas décadas de 1980 e 1990, a alimentação saudável como aquela que supre as necessidades nutricionais de acordo com idade, sexo e condições fisiológicas, reduzindo riscos associados a distúrbios nutricionais e DCNT (WHO, 1990).

O nutricionismo enraizado nessa definição começou a ser superado com a publicação de materiais indutores de políticas públicas, como o GAPB, que compreendem a alimentação adequada e saudável de maneira ampliada, valorizando não apenas a composição química dos alimentos, mas também os sistemas alimentares, os contextos culturais e sociais das práticas alimentares. O conceito de alimentação adequada e saudável envolve a escolha de alimentos variados, equilibrados e seguros, que atendam às necessidades nutricionais do indivíduo em cada fase da vida, contribuindo para a prevenção de doenças e promoção da saúde. Mais do que a soma de nutrientes, esse padrão alimentar deve considerar aspectos culturais, sociais e ambientais, valorizando práticas alimentares adequadas e sustentáveis (Brasil, 2014).

Os alimentos têm gosto, cor, forma, aroma e textura e todos estes componentes precisam ser considerados. Os nutrientes são importantes, contudo, os alimentos não podem ser resumidos apenas a “veículos” destes. Os alimentos trazem significações culturais, comportamentais e afetivas singulares que jamais podem ser desprezadas (Brasil, 2006). As diferenças das concepções sobre o que é ter uma alimentação saudável podem refletir diferentes contextos, aspectos culturais, históricos, hábitos, heranças, informações científicas, populares ou tradicionais, entre outros. Quando se compreende o papel central da alimentação na

vida das pessoas, em todas as suas dimensões torna-se possível a criação de espaços para diálogos, reflexões e ações que possam propiciar o aprimoramento da alimentação, e, por sua vez, da saúde da população (Brasil, 2018).

Concomitante à transição epidemiológica vivenciada no mundo todo, onde nota-se a diminuição das doenças infecciosas e a maior prevalência das DCNT, como diabetes, hipertensão arterial, obesidade e dislipidemias, ocorreu a transição alimentar — com maior presença de ultraprocessados e menor participação de alimentos *in natura* ou minimamente processados. Segundo a OMS (2020), padrões alimentares baseados no consumo de alimentos *in natura* e minimamente processados, com redução do excesso de açúcares, gorduras saturadas, sódio e ultraprocessados, têm mostrado impacto positivo na diminuição dos fatores de risco para essas condições. No Brasil, o GAPB representou um marco nessa mudança ao propor padrões alimentares que privilegiam alimentos *in natura* e minimamente processados, além de destacar a importância dos modos de comer e da sustentabilidade como dimensão da alimentação adequada e saudável (Brasil, 2014; Louzada et al., 2023).

Estudos recentes apontam que a qualidade da alimentação — mais do que simplesmente a quantidade de calorias consumidas — exerce papel decisivo na prevenção e no curso das DCNT. Em nível global, uma análise realizada pelo *Global Burden of Disease* estimou que em 2021 o consumo médio diário de frutas e de vegetais ficou muito abaixo do ideal, contribuindo para milhões de mortes atribuíveis a DCNT (Xu et al, 2025). Já no Brasil, o aumento no consumo de alimentos ultraprocessados entre 2008-2009 e 2017-2018, conforme os dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), mostra que esses alimentos passaram a representar cerca de 19,7% das calorias da dieta da população com 10 anos ou mais, com crescimento mais acentuado em grupos de menor escolaridade, renda e nas regiões Norte e Nordeste (Louzada et al., 2023).

Estima-se que o consumo de ultraprocessados seja responsável por aproximadamente 57 mil mortes prematuras por ano no Brasil, correspondendo a 10,5% do total de mortes entre 30 e 69 anos. Além disso, estudo do Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde da Universidade de São Paulo (Nupens/USP) revelou que cerca de 4,6% de todos os gastos anuais do SUS estão relacionados a doenças associadas ao consumo de ultraprocessados, evidenciando não apenas o impacto na saúde da população, mas também no sistema público de

saúde (Nilson, 2024).

A ocorrência da Sindemia Global exerce influência mútua em sua carga para a sociedade e nos impõe a necessidade urgente de reformulação de nossos sistemas alimentares, agropecuária, transporte, planejamento urbano e uso do solo (Swinburn, et al., 2019).

A Sindemia Global está intimamente ligada ao conceito de sistemas alimentares, que se refere ao conjunto de elementos (ambientes, pessoas, insumos, processos, infraestrutura, instituições etc.) e atividades que se relacionam com a produção, processamento, distribuição, preparação, consumo e descarte de alimentos, e as consequências dessas atividades, incluindo impactos socioeconômicos, ambientais e de saúde. Por esse motivo os efeitos da Sindemia Global são agravados em locais e grupos vulnerabilizados, que variam em diferentes contextos, mas comumente incluem mulheres, minorias étnicas e raciais (povos indígenas, comunidades tradicionais, populações negras), entre outros (Domingues; Camusso; Bonfim, 2024).

Os desafios enfrentados no combate à Sindemia Global estão intimamente interligados. Por esse motivo, uma abordagem integrativa e intersetorial aumenta o potencial para fortalecer as ações e a responsabilização em relação aos três desafios (Swinburn, et al., 2019). O SUS deve atuar junto com outras políticas, essencialmente por meio da APS, a fim de combater esse fenômeno, promovendo o controle das prevalências de obesidade e desnutrição, além de contribuir na mitigação e adaptação às mudanças climáticas, com o olhar voltado aos sistemas alimentares mais saudáveis e sustentáveis (Machado et al., 2021; Domingues; Camusso; Bonfim, 2024).

Portanto, é evidente que a alimentação adequada e saudável atua como estratégia fundamental para a promoção da saúde e qualidade de vida da população, e a APS desempenha papel estratégico na PAAS, pois atua de forma próxima ao território e às comunidades, possibilitando ações de EAN, acompanhamento individual e coletivo e articulação intersetorial para enfrentar os determinantes sociais da saúde (Brasil, 2014; Santos et al., 2021).

## 2.2 EDUCAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL E O PAPEL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

A EAN, no contexto do DHAA, da garantia da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) e da promoção da saúde, é um campo de conhecimento e prática contínua e permanente, transdisciplinar, intersetorial e multiprofissional que visa promover a prática autônoma e voluntária de hábitos alimentares saudáveis (Brasil, 2021).

Conforme o Decreto Nº 7.272, de 25 de agosto de 2010, a EAN é uma diretriz da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN), e desde então vem sendo trabalhada em uma perspectiva mais ampliada em diferentes campos de ação, no escopo do sistema alimentar, e articulada a outras políticas públicas, como assistência social, saúde e educação, bem como em outros diversos cenários de práticas. A EAN ocupa posição estratégica para a prevenção e controle dos problemas alimentares e nutricionais atuais e para PAAS (Brasil, 2018).

Segundo o Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para as Políticas Públicas - um importante documento elaborado em 2012 para fortalecimento da EAN no Brasil - dentre as potencialidades da EAN encontram-se a contribuição na prevenção e no controle das DCNT e deficiências nutricionais; a valorização das diferentes expressões da cultura alimentar; o fortalecimento de hábitos regionais; a redução do desperdício de alimentos; a promoção do consumo sustentável e da alimentação saudável (Brasil, 2012).

Neste contexto, a APS oferece um espaço privilegiado para a EAN, favorecendo a construção de práticas alimentares mais saudáveis, culturalmente adequadas e socialmente justas. A utilização desta na APS é fundamental porque promove autonomia e empoderamento da população em relação às suas escolhas alimentares, indo além da simples transmissão de informações para estimular reflexão crítica e mudanças sustentáveis nos hábitos de vida (Brasil, 2012; Boog, 2004).

De acordo com a PNAB (2017) e Starfield (2002), a APS reúne princípios e diretrizes que a consolidam como o espaço mais adequado para a prática da EAN conforme elucidado no Quadro 1.

Quadro 1 - Princípio e diretrizes da APS e seu potencial para fortalecimento da EAN.

| **Princípio/Diretriz da APS (PNAB, 2017)** | **Potencial para fortalecer a EAN** |
|---|---|
| **Universalidade** | Garante que todos tenham direito às ações de EAN, sem distinção de classe social, gênero ou território. |
| **Acessibilidade** | Facilita o acesso contínuo da população às orientações e atividades de EAN no território. |
| **Vínculo** | Favorece a construção de relações de confiança, essenciais para mudanças nos hábitos alimentares. |
| **Continuidade do cuidado** | Permite acompanhar a evolução das práticas alimentares ao longo do tempo, reforçando o apoio constante. |
| **Integralidade** | Possibilita abordar a alimentação em conjunto com outras dimensões da saúde (física, mental, social). |
| **Responsabilização** | Estimula a corresponsabilidade entre equipe de saúde e usuários na adoção de práticas alimentares saudáveis. |
| **Humanização** | Valoriza o diálogo e a escuta ativa, tornando a EAN mais participativa e respeitosa. |
| **Equidade** | Direciona ações específicas de EAN para populações em maior vulnerabilidade social e alimentar. |
| **Participação social** | Permite que a comunidade contribua na construção de práticas de EAN, fortalecendo a autonomia coletiva. |

Fonte: Autoria própria, adaptado de Brasil, 2017.

Esses princípios reforçam o papel estratégico da APS como cenário ideal para a PAAS e para a prevenção de DCNT (Brasil, 2017 e Starfield, 2002).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é o modelo prioritário de organização da APS no Brasil, visando a reorganização e qualificação do cuidado à população em seus territórios. Fundamentada nos princípios do SUS, a ESF atua na promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, vigilância e cuidados paliativos de forma integrada e contínua, com foco nas necessidades de saúde da comunidade local e considerando determinantes sociais e ambientais da saúde. Essa estratégia amplia a cobertura da APS, fortalece o vínculo com a população,

coordena os fluxos de cuidado e contribui para a redução de desigualdades no acesso aos serviços de saúde, promovendo maior equidade e eficiência no sistema público de saúde (Brasil, 2025).

A Equipe de Saúde da Família (EqSF) é o núcleo operacional da ESF, constituindo a principal porta de entrada do SUS na APS. Atuando em um território definido, a EqSF assume responsabilidade sanitária pela população local e implementa ações de cuidado individual, familiar e coletivo, que envolvem desde consultas, visitas domiciliares, vacinação, educação em saúde, até acompanhamento de condições crônicas, vigilância em saúde e grupos de promoção de saúde. A composição mínima da EqSF inclui médico (generalista ou especializado em saúde da família), enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo ser complementada por agentes de combate às endemias e equipe de saúde bucal conforme as necessidades. A atuação integrada desses profissionais no território fortalece o vínculo com as famílias, promove acesso contínuo ao cuidado e facilita a articulação com outros níveis de atenção e serviços da rede de saúde (Brasil, 2024).

Já o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) foi criado para fortalecer a APS por meio de equipes multiprofissionais e interdisciplinares, atuando em apoio às EqSF e outras equipes da APS. Sua função principal era ampliar o escopo das ações de cuidado, promover práticas de apoio matricial e contribuir para o cuidado integral, especialmente na prevenção, promoção e reabilitação da saúde segundo as necessidades epidemiológicas dos territórios (Brasil, 2017).

Em 2023, o NASF-AB foi substituído pelo modelo de equipes multiprofissionais na APS – eMulti, instituído pela Portaria GM/MS nº 635/2023, com o objetivo de reorganizar e expandir o trabalho multiprofissional na APS. As eMulti são compostas por profissionais de diferentes áreas do conhecimento (como psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, fisioterapeutas, entre outros), atuando de forma integrada e complementar às EqSF e demais equipes da APS. Estas equipes ampliadas fortalecem a capacidade resolutiva do cuidado, promovem suporte clínico-pedagógico e organizacional e potencializam a atuação interprofissional e intersetorial para responder às necessidades de saúde da população, contribuindo para o cuidado integral no SUS (Brasil, 2023; Fillis et al., 2020).

Segundo a PNAB (2017), além da realização de consultas individuais, aconselhamento em saúde, são atribuições de todo profissional de saúde, independente da categoria profissional:

> "Realizar trabalhos interdisciplinares e em equipe, integrando áreas técnicas, profissionais de diferentes formações e até mesmo outros níveis de atenção, buscando incorporar práticas de vigilância, clínica ampliada e matriciamento ao processo de trabalho cotidiano para essa integração (realização de consulta compartilhada reservada aos profissionais de nível superior, construção de Projeto Terapêutico Singular, trabalho com grupos, entre outras estratégias, em consonância com as necessidades e demandas da população)" (Brasil, 2017).

Dessa forma, as práticas desenvolvidas na APS — incluindo consultas individuais e compartilhadas, visitas domiciliares, grupos de educação em saúde, aconselhamento em saúde e discussão de casos — configuram-se como elementos estruturantes do processo de aprendizagem no trabalho (Ceccim; Feuerwerker, 2004). Ao integrar cuidado, educação e reflexão crítica, essas práticas sustentam a incorporação de referenciais como o GAPB no cotidiano dos serviços, reforçando o papel da APS como espaço estratégico para a PAAS.

No município de Londrina a ESF tem-se mantido como estratégia principal para a organização da APS. O município ocupa um lugar singular na história da APS no Brasil, tendo sido palco de experiências pioneiras de descentralização e reorganização dos serviços de saúde ainda na década de 1970, fortemente influenciadas pelo ideário da Reforma Sanitária Brasileira e pelas diretrizes internacionais da APS propostas pela OMS. A implantação dos primeiros postos de saúde em bairros urbano-periféricos, em parceria entre a UEL e a gestão municipal, representou um movimento inovador ao ampliar o conceito de saúde e integrar práticas curativas, preventivas e de promoção da saúde, rompendo com a dicotomia entre medicina preventiva e curativa até então predominante. No entanto, esse processo inicial ocorreu em um contexto marcado por limitações estruturais, políticas e institucionais, em meio à centralização e ao autoritarismo do regime militar, além da coexistência com um modelo médico-assistencial privatista, hospitalocêntrico e centrado na lógica curativa, o que impôs importantes tensões à consolidação de um modelo integral de atenção (Gil et al. *in* Andrade et al., 2017; Fachinni; Tomasi; Thumé, 2021).

Ao longo das décadas de 1980 e 1990, com o avanço da abertura democrática e da municipalização dos serviços de saúde, Londrina aprofundou a

descentralização da gestão e ampliou significativamente sua rede de unidades básicas e de recursos humanos, posicionando-se como um dos municípios precursores na implementação de diretrizes que posteriormente seriam incorporadas ao SUS. Esse movimento, embora tenha representado avanços institucionais relevantes, também evidenciou contradições importantes. A expansão quantitativa dos serviços não foi acompanhada, de forma consistente, por mudanças estruturais no modelo assistencial, o que resultou na manutenção da centralidade das práticas médico-curativas e na secundarização das ações de promoção da saúde e prevenção de agravos (Gil et al. *in* Andrade et al., 2017).

O processo de implantação da APS foi fortalecido após a década de 1990 - posterior a criação do SUS - e em 1991, foi editada a Lei Orgânica Municipal, que criou o Conselho Municipal e o Fundo Municipal de Saúde. Este período também foi marcado pela reestruturação e fortalecimento das UBS como porta de entrada, com objetivo de descentralizar a atenção e aproximar os serviços de saúde da população. Ao longo dos anos, a gestão municipal desempenhou um papel fundamental no processo de mudança, promovendo capacitações para os profissionais de saúde e ajustando a estrutura de financiamento, para garantir a continuidade do processo de descentralização e maior cobertura (Londrina, 2019; Gil et al. *in* Andrade et al., 2017).

A adoção da gestão semiplena e, posteriormente, da gestão plena do sistema municipal de saúde reforçou a autonomia do município, mas também ampliou a complexidade administrativa, financeira e política da rede de atenção. Apesar da implantação de programas inovadores, como internação domiciliar, núcleos de atenção psicossocial e ampliação de serviços especializados, persistiram dificuldades relacionadas à regulação do sistema, à sustentabilidade financeira e à efetiva transformação do modelo de atenção. A expansão da ESF, a partir de 2001, configurou-se como uma tentativa de reorientar o cuidado a partir da APS, com ampliação expressiva do número de equipes e cobertura populacional. Contudo, essa expansão ocorreu por vínculos de trabalho precarizados, terceirização da força de trabalho, alta rotatividade de profissionais e fragilidade na formação e capacitação das equipes (Londrina, 2019; Gil et al. *in* Andrade et al., 2017).

Essas fragilidades tornaram-se ainda mais evidentes ao longo dos anos 2000, quando sucessivas crises políticas, administrativas e éticas impactaram diretamente a organização dos serviços de saúde no município. A terceirização da gestão de

recursos humanos, associada ao aumento da demanda do serviço, contribuiu para o enfraquecimento da rede de atenção, a redução da cobertura da ESF, a sobrecarga dos trabalhadores remanescentes e o agravamento da descontinuidade do cuidado (Londrina, 2019; Gil et al. *in* Andrade et al., 2017).

Deste modo, conforme reiteram Gil e colaboradores (2017), embora Londrina tenha desempenhado um papel histórico relevante na construção da APS no Brasil, sua trajetória evidencia que esse processo foi marcado por avanços, recuos, disputas políticas e limites estruturais. A experiência do município demonstra que a consolidação da APS não se dá de forma linear ou homogênea, exigindo investimentos contínuos, estabilidade institucional, valorização dos trabalhadores e compromisso político com um modelo de atenção centrado na integralidade, na equidade e na participação social.

Sendo assim, apesar dos desafios, notoriamente, a APS constitui espaço privilegiado para o desenvolvimento de grupos educativos, visitas domiciliares e projetos comunitários, valorizando os aspectos culturais da alimentação e incentivando escolhas alimentares mais saudáveis e sustentáveis (Brasil, 2014; Santos et al., 2021).

O trabalho multiprofissional favorece a integração de diferentes saberes, ampliando a abordagem da EAN não apenas para a prevenção de doenças, mas também para a promoção da saúde e do autocuidado em todas as fases do ciclo de vida. Deste modo, os profissionais da APS desempenham papel fundamental na implementação da EAN, atuando como mediadores entre o conhecimento científico e a realidade cotidiana das comunidades (Boog, 2004; Brasil, 2017).

Porém, a prática da EAN na APS enfrenta desafios importantes, como a escassez de tempo durante as consultas, a sobrecarga de demandas assistenciais, a falta de recursos pedagógicos e a limitação de espaços físicos adequados para atividades coletivas. Soma-se a isso a insuficiente formação de parte dos profissionais para desenvolver estratégias de EAN alinhadas a metodologias ativas e participativas, o que pode reduzir o alcance das ações e restringi-las a abordagens prescritivas. Essas barreiras dificultam a consolidação de práticas efetivas de educação em saúde e podem comprometer a adesão da população às mudanças de comportamento alimentar (Cervato-Mancuso, Vincha, Santiago, 2016).

Por outro lado, mesmo diante das fragilidades estruturais e organizacionais que ainda marcam a APS no Brasil, é preciso reconhecer que esse nível de atenção

reúne condições singulares para consolidar práticas transformadoras de EAN, constituindo-se um espaço sublime de proximidade entre profissionais e população, permitindo a construção de vínculos e o desenvolvimento de ações contínuas e contextualizadas, o que potencializa a efetividade das intervenções educativas. Portanto, apesar das limitações, a atuação nesse cenário mantém-se estratégica para a promoção da alimentação adequada e saudável, para o enfrentamento das DCNT e da Sindemia Global (Starfield, Schi, Macinko, 2005).

## 2.3 GUIA ALIMENTAR PARA A POPULAÇÃO BRASILEIRA

A necessidade de se obter um guia alimentar de amplitude nacional advém de uma recomendação com mais de 30 anos da OMS e Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação (FAO) por meio do plano de ação da Conferência Internacional de Nutrição em 1992, que destaca a imprescindibilidade do papel que o alimento exerce na vida das pessoas. Um guia alimentar deve orientar e estimular uma alimentação adequada e saudável, considerando todos os fatores socioeconômicos, culturais e políticos da população adstrita. Além disso, se faz necessária sua atualização periódica, por se tratar de uma ferramenta que orienta políticas públicas, devendo sem exceção, adequar-se às necessidades da população (Nupens-USP, 2019; FAO; WHO, 1992).

Mais de 100 países já publicaram suas diretrizes alimentares baseadas em alimentos, devido ao fato de que 88% dos países convivem com um elevado impacto de duas ou mais formas de desnutrição, que podem incluir a desnutrição aguda e/ou crônica, deficiências de micronutrientes, além da obesidade e de enfermidades associadas à alimentação, como as DCNT. As origens da desnutrição são complexas e interligadas, porém a alimentação figura-se como um dos fatores mais importantes, sendo moldada por diferentes aspectos, que vão desde as escolhas individuais até a disponibilidade de alimentos em nível nacional. Nesse contexto, os guias alimentares têm o potencial de nortear políticas e ações nas áreas de nutrição, saúde, agricultura e educação alimentar, configurando-se como uma oportunidade estratégica para promover melhorias tanto nas práticas alimentares quanto no sistema alimentar como um todo, do cultivo ao consumo (FAO, 2025).

Deste modo, o Brasil publicou sua primeira edição de guia alimentar em 2006. Por se tratar de uma das estratégias para a implementação da PAAS, que integra a

PNAN e a PNPS do SUS, considerou-se necessária uma revisão, iniciada em meados de 2011 e, dessa vez, de forma mais democrática e participativa. A publicação da 2ª edição do guia consolidou-se em 2014 e sua versão resumida em 2015 (Brasil, 2006; Brasil, 2014).

Porém, vale citar que o GAPB não foi o primeiro guia implementado pelo Ministério da Saúde no Brasil. O Guia Alimentar para as crianças brasileiras menores de dois anos foi publicado em 2002 contendo os dez passos recomendados pelo Ministério da Saúde e pela Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) para melhorar a alimentação das crianças menores de dois anos no Brasil e foi atualizado em 2010. Quase dez anos depois, considerou-se necessária uma nova versão, publicada em 2019, e sua publicação de forma resumida em 2021, alinhada aos princípios e diretrizes do GAPB de 2014, com o objetivo de promover saúde, crescimento e desenvolvimento, fortalecendo a prática do aleitamento materno e PAAS nos primeiros anos de vida, considerando a especificidade e a relevância dessa fase no desenvolvimento do ser humano (Brasil, 2021).

A segunda edição do GAPB foi um marco fundamental para a mudança do paradigma da alimentação. A partir da publicação, diversas políticas públicas foram implementadas no Brasil e em outros países, inspirados pelo pioneirismo brasileiro com o objetivo de reduzir o consumo de ultraprocessados e ampliar o acesso das populações à comida “de verdade”, incentivando uma alimentação adequada e saudável. Os preceitos do GAPB serviram de base para a elaboração de guias alimentares de outros países, sobretudo na América Latina (Uruguai, Peru, Equador, México e Chile), mas também no Canadá e na Índia. É relevante observar que diversos países utilizaram o GAPB como referência e, a partir dessa experiência, passaram a desenvolver iniciativas próprias que, posteriormente, também passaram a inspirar o Brasil, configurando um processo de intercâmbio mútuo e virtuoso (Jaime; Braga, 2025).

Em uma análise feita por Oliveira e Silva-Amparo (2018), nota-se diferenças significativas entre as duas publicações do GAPB, o documento de 2006 organizava os alimentos em grupos segundo sua função nutricional, com foco em porções e nutrientes, enquanto a versão de 2014 introduziu a classificação NOVA, que considera o grau de processamento dos alimentos (*in natura*, minimamente processados, processados e ultraprocessados). Além disso, o GAPB de 2014

ampliou a abordagem ao incluir aspectos culturais, sociais e ambientais, valorizando práticas culinárias, modos de comer, sustentabilidade e autonomia alimentar. Outra inovação foi o destaque do impacto na saúde dos alimentos ultraprocessados, orientando a redução de seu consumo, algo não tão evidente na versão anterior. Também houve maior participação social no processo de elaboração de 2014, com consultas públicas e materiais de apoio mais acessíveis, o que contribuiu para torná-lo um documento mais abrangente, atualizado e alinhado às necessidades atuais da saúde e do sistema alimentar.

O último GAPB, publicado em 2014, está organizado em 5 capítulos que contemplam os seguintes temas: 1 - Princípios do guia alimentar; 2 - A escolha dos alimentos; 3 - Dos alimentos às refeições; 4 - O ato de comer e a comensalidade e 5 - A compreensão e a superação de obstáculos. Ao final, as principais recomendações do GAPB são sintetizadas em 10 passos para uma alimentação saudável (Brasil, 2014).

A segunda edição do GAPB estrutura-se a partir de cinco princípios basilares: a concepção de que a alimentação transcende a mera ingestão de nutrientes; a exigência de que as recomendações alimentares estejam em sintonia com as transformações sociais e contextuais de seu tempo; o reconhecimento de que uma alimentação adequada e saudável pressupõe sistemas alimentares social e ambientalmente sustentáveis; a valorização de distintos saberes como fontes legítimas para a formulação de guias alimentares; e a promoção da autonomia dos sujeitos nas escolhas alimentares. Fundamentado nesses princípios, o GAPB apresenta recomendações que orientam a seleção de alimentos capazes de constituir refeições nutricionalmente equilibradas, sensorialmente atrativas, culturalmente pertinentes e, simultaneamente, promotoras de sistemas alimentares mais equitativos e sustentáveis (Monteiro et al., 2015; Brasil, 2014).

De acordo com Jaime e Braga (2025), a segunda edição do GAPB apresenta caráter inovador pela adoção da classificação NOVA como referência para suas orientações alimentares. Trata-se do primeiro documento deste tipo a reconhecer de forma explícita os impactos do grau de processamento sobre os alimentos e, consequentemente, sobre a qualidade da dieta. No segundo capítulo, o GAPB detalha as quatro categorias propostas pela NOVA, fundamentais para a compreensão da “regra de ouro”: priorizar o consumo de alimentos *in natura* ou minimamente processados e restringir a ingestão de produtos ultraprocessados.

A classificação NOVA, organiza os alimentos segundo o propósito e a extensão do processamento – e não de acordo com o tipo de nutriente predominante no alimento. Nessa perspectiva, os alimentos deixam de ser tratados apenas como carreadores de nutrientes e fornecedores de calorias, pois o processamento de um alimento tem impacto social e cultural, influenciando o contexto (quando, onde, com quem), com quais outros alimentos e em que quantidade ele será consumido. Além disso, esse modelo expõe a importância do impacto ambiental causado pelo tipo de processamento utilizado. Até hoje, pelo menos 13 países já utilizaram a classificação NOVA em seus guias alimentares: Brasil, Chile, Equador, Peru, Uruguai, México, França, Bélgica, Israel, Malásia, Zambia, Sri Lanka e o Canadá, sendo o Brasil, o pioneiro e inspiração para esses diversos países (Brasil, 2019).

Na classificação NOVA, os alimentos são categorizados em quatro grupos: *In natura* e minimamente processados; Ingredientes culinários processados; Processados e Ultraprocessados conforme Quadro 2 (Monteiro et al., 2010).

Quadro 2 - Grupos de alimentos da classificação NOVA: definição de acordo com a extensão e o objetivo do processamento industrial, com respectivos exemplos*.

| Grupo NOVA | Classificação | Exemplos |
|---|---|---|
| **Alimentos in natura ou minimamente processados** | *In natura*: partes comestíveis de plantas (frutas, sementes, folhas, caules, tubérculos) ou de animais (músculo, miúdos, ovos, leite) e também cogumelos, algas.<br>Minimamente processados: alimentos alterados por processos industriais, como remoção de partes não comestíveis ou indesejáveis, secagem, moagem, trituração e outros métodos que não envolvem adição de sal, açúcar, óleos, gorduras ou outras substâncias ao alimento original. | Frutas frescas, espremidas, resfriadas, congeladas ou secas, hortaliças folhosas ou tuberosas; grãos como arroz integral, parboilizado ou branco, milho em grão ou na espiga, grãos de trigo; legumes como feijões, lentilhas, grão-de-bico; raízes e tubérculos como batata, batata doce e mandioca; cogumelos frescos ou secos; carnes de boi, porco, aves, peixes e frutos do mar inteiros ou na forma de bifes, filetes e outros cortes, frescos, refrigerados ou congelados; ovos; leite fresco ou pasteurizado; entre outros. |
| **Ingredientes culinários processados** | Substâncias obtidas diretamente dos alimentos do grupo 1 ou da natureza por processos industriais como prensagem, centrifugação, refino, extração ou mineração. Esses produtos podem conter classes de aditivos que prolongam sua duração, protegem suas propriedades originais ou previnem a proliferação de microrganismos. | Óleos vegetais extraídos de sementes, castanhas ou frutas (especialmente, azeitonas); manteiga obtida do leite ou banha de porco; açúcar e melaço provindos da cana ou beterraba; mel de abelha e xaropes extraídos de plantas (maple syrup); amidos extraídos do milho e de outras plantas; entre outros. |
| **Alimentos processados** | Produtos fabricados com a adição de sal, óleo, açúcar ou outros ingredientes do grupo 2 a alimentos do grupo 1, utilizando métodos de conservação como enlatamento e engarrafamento e, no caso de pães e queijos, fermentação não | Legumes enlatados ou engarrafados em salmoura; castanhas e sementes salgados ou açucarados; carnes e peixes salgados, secos, curados ou defumados; peixes enlatados (com ou sem a adição de conservantes); frutas em calda (com ou sem |

| | | |
|---|---|---|
| | alcoólica. Esses produtos podem conter classes de aditivos que prolongam a duração do produto, protegem suas propriedades originais e previnem a proliferação de microrganismos. | adição de antioxidantes); pães preparados com farinha, água, sal e fermento e queijos frescos ou curados. |
| **Alimentos ultraprocessados** | Formulação de ingredientes, em sua maioria, de uso exclusivamente industrial. Os ingredientes de alimentos ultraprocessados comumente incluem açúcar, óleos e gorduras e sal, usualmente em combinação; substâncias que são fontes de energia e nutrientes, mas de nenhum ou raro uso culinário como xarope de milho, óleos hidrogenados ou interesterificados e proteínas isoladas; aditivos cosméticos como aromatizantes, realçadores de sabor, corantes, emulsificantes, agentes de massa, adoçantes, espessantes, antiespumantes, carbonatantes, espumantes, gelificantes e agentes de revestimento. Podem contar com a adição de vitaminas e minerais sintéticos e são formulados para serem palatáveis, atraentes, duráveis, acessíveis e convenientes. | Bebidas gaseificadas; snacks embalados doces ou salgados; chocolates, balas e guloseimas; sorvetes, pães empacotados; margarinas e outros cremes como de avelã; biscoitos, bolos e misturas para bolos; cereais matinais; barras energéticas, bebidas energéticas; bebidas lácteas, iogurte; bebidas de chocolate, fórmulas e outros produtos infantis; produtos para “saúde” e “emagrecimento” como shakes e pós-treinos (substitutos de refeições). Produtos prontos para aquecer incluindo massas e pizzas pré prontas; ‘nuggets’ de aves ou peixes, salsichas, hambúrgueres, hot-dogs e outros produtos de carnes reconstituídas, e produtos em pó, embalados e instantâneos, como sopas, macarrão e sobremesas. |
| *Bebidas alcoólicas não são imediatamente classificadas pela NOVA. Por analogia com a natureza de alimentos processados e ultraprocessados, elas seriam incorporadas no grupo 3, se produzidas por fermentação dos alimentos do grupo 1, como cerveja, cidra e vinho, e no grupo 4, se produzidas por fermentação dos alimentos do grupo 1 seguida de destilação do álcool resultante, como aguardentes, whisky, gin, rum e vodka. Outra opção, a depender do uso dado à classificação, seria tratar as bebidas alcoólicas separadamente. | | |

Fonte: Adaptado de Monteiro (2019).

As quatro principais recomendações baseadas na classificação NOVA, juntamente com a regra de ouro, aliados aos dez passos para uma alimentação saudável ao final do documento, reforçam que a segunda edição do GAPB, reconhecido internacionalmente, fundamenta-se nas culturas regionais e tradicionais do país, dando ênfase ao papel do alimento, se aproximando ainda mais do cotidiano da população (Ambrosi; Grisotti, 2022).

O GAPB foi proposto para que possa ser utilizado por todos os brasileiros, principalmente por aqueles que são propagadores de suas informações, como profissionais de saúde, educadores, formadores de recursos humanos, trabalhadores envolvidos na promoção da saúde da população, dentre outros. Nesse sentido, pode-se destacar a sua segunda edição, que favorece aos profissionais de saúde e à população uma compreensão do alimento enquanto parte concreta da vida dos indivíduos e coletividade, extrapolando sua dimensão fisiológica e biológica (Brasil, 2014; Oliveira; Santos, 2020).

## 2.4 APLICABILIDADE DO GUIA ALIMENTAR PARA A POPULAÇÃO BRASILEIRA

O GAPB é um instrumento para comunicação e educação em saúde e foi desenvolvido em consonância com os princípios estabelecidos no Marco de Referência de EAN e no Marco de Referência da Educação Popular para as Políticas Públicas, por esse motivo, a abordagem ampla e contextual da alimentação apresentada pelo GAPB conduz e orienta ações de saúde e de outras políticas públicas voltadas à PAAS, além de impulsionar pesquisas científicas com repercussão nacional e global. A ampliação da aplicação de suas diretrizes mostra-se essencial para enfrentar os desafios atuais e futuros da saúde pública e do meio ambiente (Brasil, 2014; Jaime; Braga, 2025).

Apesar da relevância do documento, o conhecimento da população brasileira sobre o GAPB ainda é limitado. Estudo que avaliou a alta adesão às práticas alimentares recomendadas pelo GAPB, aponta que menos da metade da população de uma capital do nordeste brasileiro apresentou alta adesão às recomendações do documento (Fernandes et al., 2025). Silva, Sampaio e Lima (2022), destacam que o acesso ao GAPB pela população (seja físico, virtual ou através do profissional de saúde) ainda não é uma realidade, seja pela baixa disponibilidade dos exemplares nas unidades de saúde ou pela propagação limitada das informações do GAPB na

mídia ou pela falta de acessibilidade para aquelas pessoas que não sabem ler.

Mesmo o GAPB contemplando o olhar sistêmico à alimentação, como a valorização de diferentes fontes de saberes, a oposição a abordagens limitadas a informações técnico-científicas e a adoção de linguagem de fácil entendimento, não há garantia de que as mensagens cheguem até a população e nem que as mesmas sejam compreendidas e incorporadas no sentido de promoverem mudanças. Por esse motivo, destaca-se a importância do profissional de saúde como intermediador e propulsor das recomendações do documento, para que as informações sejam compreendidas por todos, inclusive aqueles que possuem dificuldade de leitura (Gabe, 2018; Brasil, 2014).

A publicação do Manual Instrutivo: implementando o GAPB em equipes que atuam na Atenção Primária à Saúde, em 2019, posteriormente com a publicação dos Protocolos de Uso do GAPB, organizados em cinco fascículos direcionados a adultos, idosos, gestantes, crianças de dois a dez anos e adolescentes, em 2021, são esforços do Ministério da Saúde em atingir o objetivo de favorecer a sua incorporação às práticas cotidianas de trabalho na APS (Brasil, 2019; Brasil, 2021). Nessa mesma perspectiva, o curso QualiGuia – Formação para utilização dos Protocolos de Uso do Guia Alimentar para a População Brasileira, com carga horária de 30 horas, na modalidade *online* na plataforma UNASUS destaca-se como importante ferramenta na capacitação de profissionais da APS para a aplicação do GAPB (Brasil, 2024).

Além disso, o Ministério da Saúde produziu diversos materiais como manuais, instrutivos, folders e vídeos em parceria com universidades (Reis; Jaime, 2019) conforme o Quadro 3 .

Quadro 3 – Materiais Baseados no Guia Alimentar para a População Brasileira voltados a Profissionais de Saúde.

| Material | Instituição / Autoria | Ano | Tipo | Link de acesso |
|---|---|---|---|---|
| Guia Alimentar para a População Brasileira (2ª edição) | Ministério da Saúde | 2014 | Guia oficial | https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/publicacoes-para-promocao-a-saude/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf |
| Guia Alimentar para a População Brasileira (2ª edição) - versão resumida | Ministério da Saúde | 2015 | Guia de bolso | https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_versao_resumida.pdf |
| Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de 2 Anos | Ministério da Saúde | 2019 | Guia oficial | https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/eu-quero-me-alimentar-melhor/Documentos/pdf/guia-alimentar-para-criancas-brasileiras-menores-de-2-anos.pdf/view |
| Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de 2 Anos - versão resumida | Ministério da Saúde | 2019 | Guia de bolso | https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_crianca_brasileira_versao_resumida.pdf |
| Manual Instrutivo: Implementando o Guia Alimentar na APS | Ministério da Saúde/ USP | 2019 | Manual técnico | http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_instrutivo_guia_alimentar_pop_brasileira.pdf |
| Protocolos de Uso do Guia Alimentar – Adultos | Ministério da Saúde/ USP | 2021 | Protocolo clínico | https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_guia_alimentar_fasciculo1.pdf |
| Protocolos de Uso do Guia Alimentar – Idosos | Ministério da Saúde/ USP | 2021 | Protocolo clínico | https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_guia_alimentar_fasciculo2.pdf |
| Protocolos de Uso do Guia Alimentar – Gestantes | Ministério da Saúde/ USP | 2021 | Protocolo clínico | https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_guia_alimentar_fasciculo3.pdf |
| Protocolos de Uso do Guia Alimentar – Crianças (2 a 10 anos) | Ministério da Saúde/ USP | 2021 | Protocolo clínico | https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_guia_alimentar_fasciculo4.pdf |
| Protocolos de Uso do Guia Alimentar – Adolescentes | Ministério da Saúde/ USP | 2022 | Protocolo clínico | https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_guia_alimentar_fasciculo5.pdf |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Protocolos de Uso do Guia Alimentar – Pessoas com Obesidade | Ministério da Saúde/ UnB | 2022 | Protocolo clínico | https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/volume2_protocolos_alimentar_adultas_obesidade.pdf |
| Protocolos de Uso do Guia Alimentar – Pessoas com Hipertensão | Ministério da Saúde/ UnB | 2022 | Protocolo clínico | https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacao_alimentar_adultas_hipertensao_v3.pdf |
| Instrutivo: Metodologia de Trabalho em Grupos para Ações de Alimentação e Nutrição na Atenção Básica | Ministério da Saúde/ UFMG | 2016 | Manual técnico | https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/instrutivo_metodologia_trabalho_alimentacao_nutricao_atencao_basica.pdf |
| Curso Conhecendo o Guia Alimentar para a População Brasileira | UNA-SUS /UFSC | 2020 | Curso EAD | https://www.unasus.gov.br/cursos/curso/47023 |
| Curso QualiGuia – Protocolos do Guia Alimentar | UNA-SUS /Fiocruz | 2021 | Curso EAD | https://www.unasus.gov.br/cursos/curso/47024 |
| Curso Promoção da Alimentação Adequada e Saudável na Atenção Básica - PAAS. | UNA-SUS /UFMG | 2021 | Curso EAD | https://www.unasus.gov.br/cursos/curso/46602 |
| Curso Amamenta e alimenta Brasil: recomendações baseadas no Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de 2 anos | UNA-SUS / UFSC | 2021 | Curso EAD | https://www.unasus.gov.br/cursos/curso/46403 |
| Desmistificando Dúvidas sobre Alimentação e Nutrição | Ministério da Saúde/ UFMG | 2016 | Material educativo | https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/desmistificando_duvidas_sobre_alimenta%C3%A7%C3%A3o_nutricao.pdf |
| Na Cozinha com as Frutas, Verduras e Legumes | Ministério da Saúde/ UFMG | 2016 | Material educativo | https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cozinha_frutas_legumes_verduras.pdf |
| Alimentos Regionais Brasileiros | Ministério da Saúde | 2015 | Material educativo | https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/alimentos_regionais_brasileiros_2ed.pdf |
| Alimentação Cardioprotetora | Ministério da Saúde/ Hospital do Coração | 2018 | Material educativo | https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/alimentacao_cardioprotetora.pdf |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Vídeos sobre o Guia Alimentar para a População Brasileira | Ministério da Saúde | 2019 | Material educativo | https://www.youtube.com/watch?v=thUMk4coJfo&list=PLaS1ddLFkyk-ObbBv4eWkHIhc5B49a9Sw |
| Vídeo 12 passos para a alimentação saudável das crianças | Ministério da Saúde | 2020 | Material educativo | https://www.youtube.com/watch?v=pN5djD3CnEM |
| Folder “Dez passos para uma alimentação adequada e saudável” | Ministério da Saúde | 2015 | Material educativo | https://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/dez_passos_alimentacao_adequada_saudavel_dobrado.pdf |
| Folder sobre Guia Alimentar da População Brasileira: obstáculos para uma alimentação adequada e saudável | Ministério da Saúde/UFMG | 2015 | Material educativo | http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/folder_obstaculos_alimentacao.pdf |
| Folder sobre Guia Alimentar da População Brasileira: habilidades culinárias | Ministério da Saúde/UFMG | 2015 | Material educativo | http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/folder_habilidades_culinarias.pdf |
| Folder sobre Guia Alimentar da População Brasileira: a escolha dos alimentos | Ministério da Saúde/UFMG | 2015 | Material educativo | https://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/escolha_dos_alimentos.pdf |
| Folder sobre Guia Alimentar da População Brasileira: tenha mais atenção com a alimentação em seu dia a dia | Ministério da Saúde/UFMG | 2015 | Material educativo | https://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/tenha_aten%C3%83%C2%A7%C3%83%C2%A3o_alimenta%C3%83%C2%A7%C3%83%C2%A3o_seu_dia.pdf |
| Vídeo Caminhos da comida | Ministério da Saúde | 2017 | Material educativo | https://www.youtube.com/watch?v=BYw0EVdQbV8 |
| Vídeo Caminhos da comida | Ministério da Saúde | 2017 | Material educativo | https://www.youtube.com/watch?v=biq3xE3O3Zc&t=10s |
| Vídeo Sem cantina! | Ministério da Saúde | 2018 | Material educativo | https://www.youtube.com/watch?v=4Ql6nOxbyKI&t=507s |

Fonte: Autoria própria.

Essas ações integram os esforços voltados à qualificação do trabalho das equipes da APS no âmbito do SUS e ao fortalecimento da disseminação das recomendações para uma alimentação adequada e saudável, tornando-as mais compreensíveis e acessíveis à população brasileira (Brasil, 2021).

Entre profissionais de saúde, especialmente nutricionistas, há maior conhecimento acerca da existência do GAPB, e o profissional nutricionista é o principal propulsor das ações de EAN de acordo com sua formação e atribuições profissionais. Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), até 2021, 37.536 nutricionistas estavam atuando no SUS e 7.707 inseridos na APS.

A Resolução 600 de 2018 do Conselho Federal de Nutricionistas (CFN) define as áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições, estabelecendo parâmetros numéricos mínimos para garantir a qualidade dos serviços. Em seu texto, a definição do número de nutricionistas para atuação na Atenção Básica é de um profissional na área da gestão das ações de alimentação e nutrição e no cuidado nutricional, um profissional com carga horária técnica semanal de 30h, porém, reitera que com relação ao NASF (atual eMulti), devem ser consideradas as disposições da legislação vigente específicas, ou seja, fica a cargo da gestão municipal a escolha da modalidade e-Multi de acordo com a realidade local (CFN, 2018; Brasil, 2022; Brasil, 2023).

No entanto, a realidade brasileira demonstra que nem todas as UBS contam com este profissional em sua equipe mínima, o que limita o alcance direto de ações específicas de nutrição. Mesmo sendo os profissionais de saúde que mais conhecem o GAPB, em uma pesquisa realizada com nutricionistas em São Paulo, identificou-se que menos da metade dos nutricionistas o utilizava de forma frequente em sua prática profissional. Isso revela que mesmo no campo da saúde, a incorporação do documento ainda é parcial, salientando mais uma vez, a importância do trabalho colaborativo e a PAAS como ferramentas cruciais no cotidiano do profissional de saúde da APS (Gonçalves; Hoffmann, 2024; Oliveira; Teixeira, 2023; Brasil, 2022; Brasil, 2023; Hara et al., 2017).

Além disso, apesar do conhecimento da existência do GAPB e por vezes até de seu conteúdo, muitos profissionais se sentem inseguros e pouco confiantes em utilizar o GAPB na rotina da APS, assim como na capacidade da equipe em promover alimentação saudável no território. Alguns motivos apontados nos estudos, são a falta de capacitação dos profissionais atuantes na APS por meio de educação continuada e a dificuldade de se estabelecer o trabalho colaborativo entre os profissionais de saúde, dificuldades em traduzir os princípios do GAPB para a prática clínica e educativa, e a influência de recomendações pautadas na lógica biomédica e prescritiva, ainda predominante em muitos serviços (Rodrigues; Garcia,

2023; Budnick, 2022; Tramontt et al., 2023; Barbosa, Tramontt; Baraldi, 2025).

## 2.5 CONHECIMENTO SOBRE O GAPB EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE ATUANTES NA APS

Com o intuito de sistematizar o que já foi produzido na literatura acerca do conhecimento de profissionais de saúde da APS sobre o GAPB, elaborou-se um quadro (Quadro 4) comparativo dos principais estudos encontrados. Todos os estudos encontrados e selecionados, utilizaram os instrumentos para avaliação do conhecimento sobre o GAPB (GAB1) e avaliação da autoeficácia e eficácia coletiva para aplicar o GAPB (GAB2) desenvolvidos e validados pelas pesquisadoras Reis e Jaime (2019).

Quadro 4 - Principais informações dos estudos encontrados sobre conhecimento sobre o GAPB realizado com profissionais de saúde atuantes na APS.

| Referência | Coleta de dados | Tamanho da amostra | Seleção da amostra | Local do estudo | Conhecimento sobre o GAPB | Principais achados/ Conclusões |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Reis; Jaime, 2019 | Plataforma online | 209 profissionais de saúde atuantes na APS | Aleatória | Brasil | Média de acertos Nutricionistas: 14,18 Outras profissões: 11,52 | Ser nutricionista está associado ao elevado conhecimento e autoeficácia na aplicação do GAPB. |
| Rodrigues; Garcia, 2023 | Google Forms | 20 médicos e enfermeiros da EqSF | Todos do município participaram | Santa Barbara d' Oeste - SP (183.347 habitantes) | Média de acertos 12,3 (considerado moderada pelos autores) | Médicos e enfermeiros possuem médias semelhantes. Os profissionais não estavam familiarizados com o conteúdo do GAPB e possuíam baixa autoeficácia na aplicação do instrumento. |
| Budnick, 2022 | Google Forms | 200 profissionais de saúde atuantes na APS | - | Guarapuava - PR (189.630 habitantes) | Média de acertos 10,52 (considerado bom conhecimento pelo autor) | Mesmo que houve bom conhecimento sobre o GAPB, observou-se não ser o suficiente para o profissional se sentir confiante em aplicá-lo. |
| Tramontt, 2020 | - | 24 profissionais do NASF | Conveniência | Município de médio porte (em torno de 400 mil habitantes) | Média de conhecimento antes da intervenção - grupo intervenção: 10,83; grupo controle: 12,25 Média de conhecimento após a intervenção - grupo intervenção: 12,83; grupo controle: 13,64 | A intervenção educativa demonstrou ser eficaz no aumento do conhecimento sobre o GAPB e na melhora da percepção de autoeficácia para orientar sobre alimentação saudável em profissionais de saúde. |
| Tramontt et al., 2023 | Questionários impressos | 26 profissionais de saúde atuantes na APS | Conveniência | Município de médio porte (em torno de 400 mil habitantes) | Média de 83,07 pontos (número de acertos convertidos em escores que variaram de 0 a 100 - 13,29) - considerado conhecimento elevado pelo autor | Mesmo com pontuação alta de conhecimento após intervenção educativa sobre o GAPB, não refletiu na prática profissional. |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Barbosa; Tramontt; Baraldi, 2025 | Google Forms | 141 profissionais do setor saúde e educação | Prof. de saúde: probabilística; Prof. da educação: conveniência | Campinas - SP (1.200.000 habitantes) | Média de pontos foi 64,6 (número de acertos convertidos em escores que variaram de 0 a 100 - 10,25) - considerado médio conhecimento pelos autores | Maior conhecimento sobre o GAPB nos profissionais do setor saúde quando comparados com educação, porém, mesmo com a pontuação mais alta, conhecem e usam pouco o instrumento. |
| Borges, 2021 | Google Forms | 81 profissionais de saúde atuantes na APS | Conveniência | Rio de Janeiro (6.211.223 habitantes) | Analisou as pontuações das perguntas individualmente | Mesmo que haja conhecimento sobre o GAPB, os profissionais ainda possuem muitas dúvidas a respeito do seu conteúdo, o que evidencia a lacuna existente entre conhecimento e o uso do instrumento na prática. |

Fonte: Autoria própria.

# 3 JUSTIFICATIVA

As DCNT vêm crescendo no Brasil e no mundo e podem afetar a saúde física, mental, qualidade de vida, produtividade e vínculos sociais dos indivíduos acometidos. De acordo com o Ministério da Saúde, mais da metade (54,7%) dos óbitos registrados no Brasil foram causados por DCNT (Brasil, 2021). O cenário contemporâneo de saúde pública é caracterizado pela emergência da Sindemia Global — definida pela interação sinérgica entre obesidade, desnutrição e mudanças climáticas — que expõe a complexidade das vulnerabilidades de sistemas de saúde e de populações em contextos locais e globais, intensificando os desafios relacionados à insegurança alimentar, às doenças crônicas e às iniquidades socioambientais (Swinburn, 2019; Machado et al., 2021).

Neste contexto, a APS assume um papel central como ordenadora do cuidado, articulando ações intersetoriais e promovendo a coordenação contínua, longitudinal e integral dos cuidados em saúde, essenciais para prevenir e gerenciar fatores de risco associados às múltiplas dimensões da Sindemia Global. O GAPB, reconhecido internacionalmente por suas recomendações baseadas em evidências e orientadas para uma alimentação adequada, saudável e sustentável, constitui uma ferramenta estratégica de EAN que subsidia práticas alimentares saudáveis e políticas públicas, promovendo não apenas a saúde individual, mas também a sustentabilidade de um sistema alimentar mais justo e saudável (Machado et al., 2024; Brasil, 2024).

Nesse processo, os profissionais de saúde, especialmente na APS, desempenham papel importante como propulsores das diretrizes contidas no GAPB, traduzindo suas recomendações em práticas de cuidado contextualizadas, fortalecendo o vínculo com as pessoas e comunidades e potencializando mudanças comportamentais que contribuem para a promoção da saúde e a prevenção de agravos relacionados à má nutrição em suas múltiplas formas (Brasil, 2024). No entanto, apesar da relevância do GAPB como instrumento orientador das ações em alimentação e nutrição no âmbito do SUS, observa-se uma lacuna na produção científica nacional no que se refere à avaliação do nível de conhecimento dos profissionais de saúde sobre esse documento, especialmente em estudos com amostras representativas e em municípios de grande porte.

Diante desse cenário, torna-se pertinente investigar o nível de conhecimento

sobre o GAPB entre profissionais de saúde atuantes na APS de um município de grande porte, considerando que estudos com esse delineamento ainda são incipientes no país. A produção de evidências nessa área pode contribuir para a identificação de lacunas formativas, subsidiar o planejamento de ações de Educação Permanente em Saúde e fortalecer a implementação das ações de alimentação e nutrição na APS, com potenciais impactos positivos na qualificação do cuidado e na promoção da saúde da população.

# 4 OBJETIVOS

## 4.1 OBJETIVO GERAL

- Verificar o conhecimento dos profissionais de saúde da Atenção Primária sobre o Guia Alimentar para a População Brasileira.

## 4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar os profissionais de saúde atuantes na APS de Londrina - PR segundo variáveis sociodemográficas e de trabalho;
- Investigar a associação entre o nível de conhecimento sobre o Guia Alimentar para a População Brasileira com as características de trabalho;
- Analisar possíveis diferenças segundo a categoria profissional no nível de conhecimento sobre o Guia Alimentar para a População Brasileira;
- Verificar o nível de conhecimento sobre o Guia Alimentar para a População Brasileira de acordo com as práticas de trabalho utilizadas pelos profissionais na APS;
- Verificar em quais conteúdos do Guia Alimentar para a População Brasileira os profissionais estudados apresentam maior e menor conhecimento.

# 5 METODOLOGIA

## 5. 1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

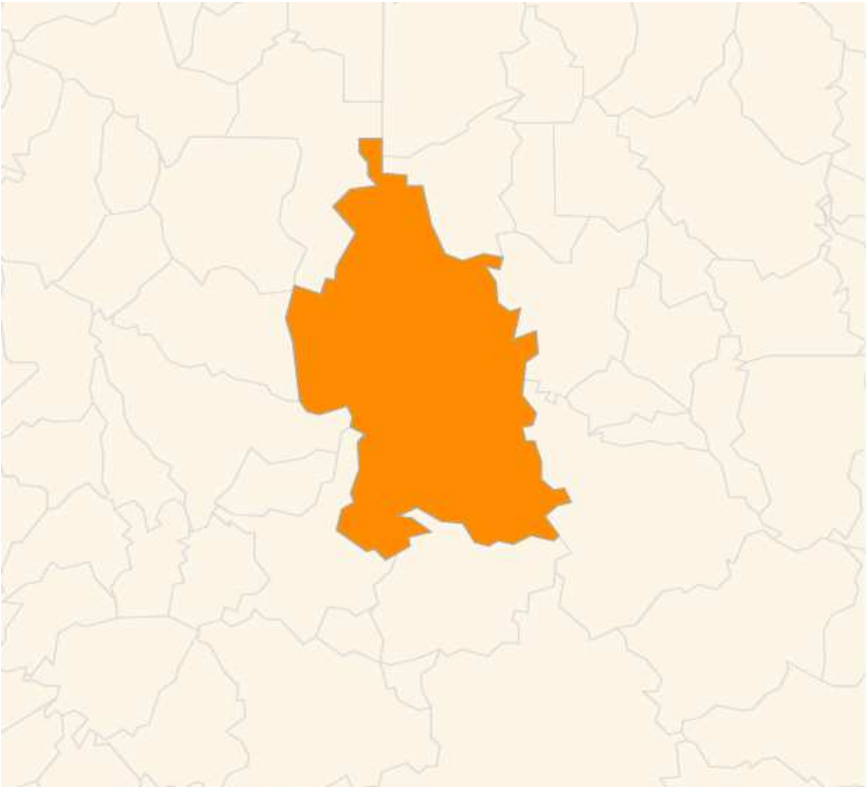
Trata-se de um estudo observacional, transversal e quantitativo, vinculado à uma dissertação de mestrado e a uma tese de doutorado, do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina (UEL).

Para este trabalho, será analisado como desfecho o conhecimento sobre o GAPB, enquanto a autoeficácia e eficácia coletiva serão abordados em outro documento.

## 5.2 LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO

O estudo foi realizado no município de Londrina - PR, localizado na zona norte do estado do Paraná. O município é composto por 555.965 habitantes, contando com uma área territorial de 1.652,569km² sendo classificado então, como um município de grande porte (IBGE, 2022).

Figura 1 - Localização do município de Londrina - PR.



Fonte: IBGE, 2022.

Além disso, Londrina é referência da 17ª região de saúde, que inclui mais 20 municípios próximos.

Figura 2 - Municípios pertencentes a 17ª Regional de Saúde.

Fonte: SESA, 2025.

## 5.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

No momento da pesquisa, a APS de Londrina era constituída por 54 UBS, sendo 42 urbanas e 12 na região rural, divididas em 6 regiões conforme o Quadro 5:

Quadro 5 - Distribuição das Unidades Básicas de Saúde (UBS) por Região – Município de Londrina.

| Região | Nº de UBS | Unidades |
|---|---|---|
| **Central** | 07 | UBS Centro, UBS Vila Brasil, UBS Guanabara, UBS Vila Casoni, UBS CSU, UBS Vila Nova, UBS Fraternidade |
| **Norte** | 11 | UBS Aquiles Stenghel, UBS Chefe Newton, UBS Parigot de Souza, UBS Maria Cecília, UBS João Paz, UBS Milton Gavetti, UBS Carnascialli, UBS Vivi Xavier, UBS Cabo Frio, UBS Padovani/Vista Bela, UBS Campos Verdes |
| **Leste** | 08 | UBS Armindo Guazzi, UBS Marabá, UBS Ernani, UBS Lindóia, UBS Mister Thomas, UBS Novo Amparo, UBS Jardim Ideal, UBS Vila Ricardo |
| **Oeste** | 07 | UBS Panissa, UBS Alvorada, UBS Santiago, UBS Bandeirantes, UBS Santa Rita, UBS Jardim do Sol, UBS Tóquio |
| **Sul** | 09 | UBS Cafezal, UBS Ouro Branco, UBS Pind, UBS Eldorado, UBS San Izidro, UBS Itapoã, UBS União da Vitória, UBS Piza, UBS Jamile Dequech |
| **Rural** | 12 | UBS Guairacá, UBS Guaravera, UBS Irerê, UBS Lerroville, UBS Maravilha, UBS Paiquerê, UBS Patrimônio Regina, UBS São Luiz, UBS Patrimônio Selva, UBS Taquaruna, UBS Três Bocas, UBS Warta |

Fonte: Londrina, 2024.

A ESF de Londrina era (no momento da coleta dos dados) formada por 94

EqSF compostas pelos profissionais: Enfermeiros(as), Auxiliares/técnicos em Enfermagem, Médicos(as) (algumas unidades contam com ginecologista e pediatra, porém estes não participam da rotina efetiva da UBS), Dentistas, Auxiliares/técnicos em Saúde Bucal e ACS. Além desses profissionais, as UBS alocam Agente de Combate a Endemias, Auxiliar Administrativo e Auxiliar de Serviços Gerais. Existiam 10 equipes de eMulti alocadas na APS do município no momento da pesquisa, que contam com Fisioterapeuta, Farmacêutico(a), Nutricionista, Profissional de Educação Física e Psicólogo(a), e mais duas equipes de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da UEL com Assistente social, Fisioterapeuta, Farmacêutico(a), Nutricionista, Profissional de Educação Física e Psicólogo(a).

No total, a APS de Londrina possuía 14 Nutricionistas: uma que se encontrava na gestão do Departamento de Atenção Primária, nove nas UBS como parte da e-Multi com vínculo estatutário, dois residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da UEL e dois residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher da UEL. Até a data desse estudo, as pesquisadoras não tinham conhecimento a respeito de padrão e/ou constância de matriciamento nutricional, sendo que as atividades de matriciamento dependiam do perfil de cada Nutricionista, da coordenação das UBS e de outros aspectos ligados ao processo de trabalho.

Por questões logísticas a pesquisa foi realizada somente nas UBS da área urbana. Considerando as 42 UBS da área urbana e uma média de cerca de 30 profissionais em cada uma destas unidades (considerando dados do CNES, estimou-se a população em 1260 profissionais) (Londrina, 2024). A partir deste número, foi realizado cálculo do tamanho da amostra adotando-se um nível de confiança de 90% e margem de erro de 5%, chegando-se à 225 sujeitos. Prevendo-se eventuais perdas, foram acrescidos 10% e ainda o efeito do *Design Effect* (DEFF) ou Efeito do Plano Amostral (EPA) de 1,4. Assim, a amostra estimada foi de 348 sujeitos. Buscando garantir uma adequada distribuição dos profissionais segundo região do município, foram selecionadas, por sorteio, quatro UBS da Região Norte, quatro da Sul, três da Central, três da Oeste e três da Leste, totalizando assim 17 UBS. Das UBS sorteadas, caso houvesse recusa ou impossibilidade de participar, um novo sorteio foi realizado para substituir esta UBS. De fato, cinco UBS tiveram que ser substituídas, quatro porque estavam em

reforma ou acolhendo UBS em reforma em sua estrutura e uma porque não houve retorno da coordenação da UBS ao convite.

No município de Londrina, cada UBS realizava uma reunião geral com todos os funcionários uma vez ao mês, o que tomou-se por espaço adequado para a realização da pesquisa. O contato inicial foi realizado com as coordenadoras das regiões estudadas. Posteriormente, por meio do contato telefônico ou por aplicativo *Whatsapp* com as coordenadoras de cada UBS pesquisada, foi agendado um espaço de tempo no dia da reunião geral com todos os profissionais de saúde. A pesquisa foi realizada de setembro a dezembro de 2024.

## 5.4 INSTRUMENTO

Para a coleta de dados, o questionário foi construído por meio da plataforma Google Formulários com aproximadamente 50 perguntas e em média 60 perguntas para Nutricionistas (Apêndice 1) divididas em 4 blocos. Para este estudo, utilizou-se o primeiro bloco constituído de perguntas sobre as características sociodemográficas e de trabalho dos participantes (idade, sexo, raça/cor, estado civil, escolaridade, vínculo empregatício, tempo de atuação na APS e UBS em que trabalha), o segundo bloco que continha GAB1, onde constam 16 itens com três opções de respostas (“falso”, “verdadeiro” e “não sei”), que avaliam o conhecimento dos profissionais de saúde da APS acerca das recomendações descritas nos cinco capítulos do GAPB, que são eles: princípios, a escolha dos alimentos, dos alimentos à refeição, o ato de comer e a comensalidade e a compreensão e a superação dos obstáculos (Reis; Jaime, 2019; Brasil, 2014). O bloco 3 constitui questões relacionadas à autoeficácia e eficácia coletiva (GAB2) dos profissionais de saúde em aplicar as recomendações do GAPB, também elaboradas por Reis e Jaime (2019) e que serão abordadas em outro documento.

O quarto bloco, onde foram abordadas questões sobre a formação do profissional e atuação na APS (se houve abordagem do conteúdo de alimentação e nutrição em sua formação, se participa/participou de cursos dentro deste tema e se realiza/com que frequência realiza atividades do cotidiano da UBS em que se aborda a temática da alimentação e nutrição como: visita domiciliar, consulta individual, consulta compartilhada, grupos de educação em saúde, aconselhamento em saúde e discussão de casos.

Para verificar o tempo necessário para responder as perguntas e as possíveis dúvidas ou ajustes que poderiam ser necessários no instrumento antes de sua aplicação, foi realizado um estudo piloto no município de Tamarana - PR com 15 profissionais de saúde da APS.

## 5.5 COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados, duas pesquisadoras compareceram nas UBS selecionadas, no período acordado com as coordenadoras e orientaram os profissionais de saúde quanto ao objetivo da pesquisa. Após sanadas as dúvidas, todos os profissionais de saúde foram convidados a participar da pesquisa, e aqueles que aceitaram, receberam o *link* da pesquisa para autopreenchimento, assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). Foi disponibilizado também os questionários de forma impressa, para aqueles que possuíam dificuldade em acessar o *link* ou tiveram preferência por essa modalidade, que posteriormente foram digitados no mesmo *link* disponibilizado pelas pesquisadoras.

O contato com os profissionais de saúde da eMulti foi realizado por meio de grupo do aplicativo *Whatsapp*, disponibilizando-se o *link* do formulário para preenchimento. Isso foi necessário para se contemplar o máximo de profissionais da eMulti, pois essa categoria não está instalada em apenas uma UBS, onde poderia ou não estar no dia da coleta presencial.

## 5.6 ANÁLISE DE DADOS

Os dados coletados via Google Formulários foram organizados em planilha do programa *Excel* para *Windows* e a análise foi realizada com a plataforma de software estatístico *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão IBM 20.0. Para a análise descritiva, usou-se a distribuição de frequências absoluta e relativa.

Foi realizado o teste de Shapiro Wilk para testar a normalidade das variáveis e os resíduos padronizados, sendo estas, de distribuição não normal (p valor <0,05). Como testes não paramétricos, com objetivo de comparar os grupos e identificar diferença significativa entre as medianas destes, para as variáveis com dois grupos (tempo de atuação, tempo de formação e tipo de vínculo), foi realizado o teste de Mann Whitney (nível de significância <0,05), já para as variáveis com

mais de dois grupos (escolaridade, profissão e práticas de trabalho na APS), foi utilizado o teste Kruskal Wallis (nível de significância <0,05). Para analisar o nível de acertos das questões sobre o GAPB de acordo com a categoria profissional (nutricionistas, profissionais de nível superior e profissionais de nível médio) utilizou-se o teste Qui-Quadrado (nível de significância <0,05).

## 5.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa foi norteada de acordo com a Resolução CNS no 466/12, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2013). Passou pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da UEL, sob parecer número 7.082.476, obtendo autorização para a pesquisa sob o certificado de apresentação ética (CAAE) de número 82022724.0.0000.5231 (ANEXO A). Os participantes foram orientados sobre o projeto, o objetivo da pesquisa e sobre o caráter voluntário de sua participação, posteriormente assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO B), em duas vias para aqueles que responderam no papel e cópia automática das respostas por e-mail ao finalizar o preenchimento pelo Google Formulários.

# 6 RESULTADOS

Participaram da pesquisa 373 profissionais, sendo a maioria do sexo feminino (83,1%), com predomínio da faixa etária de 45 a 54 anos (32,4%). Em relação à raça/cor, 67,8% se autodeclararam brancos, seguidos por 20,1% pardos. Quanto à escolaridade, verificou-se diversidade entre os níveis de formação: 23,3% possuíam ensino médio e 25,5% ensino superior completo. Um total de 33% relatou especialização ou residência completa. Sobre o tempo de atuação na APS, a maioria (60,9%) trabalha há mais de 10 anos. O vínculo estatutário foi predominante (78,8%), seguido pelo processo seletivo simplificado (8,6%) (Tabela 1).

Em relação ao perfil de nutricionistas, observou-se predominância do sexo feminino (91,7%), idade entre 35 e 44 anos (66,7%), e cor branca (91,7%). Destes, 75% possuíam especialização completa. Mais da metade (58,3%) atuava na APS há mais de 10 anos, eram servidores públicos (66,7%) e haviam se formado entre 11 e 20 anos (58,3%) (Tabela 1).

Quanto aos demais profissionais de nível superior, a maioria era do sexo feminino (76,9%), se autodeclararam brancos(as) (76,2%), possuíam especialização (56,5%), atuavam há mais de 10 anos (54,4%), eram estatutários (64,6%) e haviam se formado há mais de 11 anos (62,6%) (Tabela 1).

Já com relação aos profissionais de cargos de nível médio, a maioria também era do sexo feminino (86,9%), brancos(as) (60,7%) e 47,6%, apesar de exercerem função que exige até nível médio, possuíam formação de nível superior completo. A maior parte atuava há mais de 10 anos na APS (65,7%), e 89,3% tinham vínculo estatutário (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização dos profissionais de saúde atuantes na Atenção Primária à Saúde (APS) de Londrina, PR.

| | **Total % (n=373)** | **Nutricionistas % (n=12)** | **Profissionais Nível Superior* % (n=147)** | **Profissionais Nível médio** % (n=214)** |
|---|---|---|---|---|
| **Sexo Biológico** | | | | |
| Feminino | 83,1 | 91,7 | 76,9 | 86,9 |
| Masculino | 16,6 | 8,3 | 23,1 | 12,6 |
| Prefiro não dizer | 0,3 | 0,0 | 0,0 | 0,5 |
| **Idade em anos** | | | | |
| < 25 | 7,9 | 8,3 | 4,1 | 0,0 |
| 25 a 34 | 13,9 | 16,7 | 21,8 | 8,4 |
| 35 a 44 | 29,8 | 66,7 | 29,3 | 28,0 |
| 45 a 54 | 32,4 | 0,0 | 32,0 | 34,6 |
| ≥ 55 | 18,8 | 8,3 | 12,9 | 23,4 |
| Preferiram não informar | 3,2 | 0,0 | 0,0 | 5,6 |
| **Raça/Cor** | | | | |
| Amarelo | 4,8 | 0,0 | 8,2 | 2,8 |
| Branco | 67,8 | 91,7 | 76,2 | 60,7 |
| Pardo | 20,1 | 8,3 | 11,6 | 26,6 |
| Preto | 7,2 | 0,0 | 4,1 | 9,8 |
| **Escolaridade** | | | | |
| Ensino médio | 23,3 | 0,0 | 0,0 | 40,7 |
| Superior cursando | 7,5 | 0,0 | 0,0 | 11,2 |
| Superior completo | 25,5 | 0,0 | 20,4 | 32,2 |
| Especialização/Residência cursando | 6,2 | 25,0 | 12,2 | 0,9 |
| Especialização/Residência completa | 33 | 75,0 | 56,5 | 14,5 |
| Mestrado completo | 4 | 0,0 | 10,2 | 0,0 |
| Doutorado completo | 0,3 | 0,0 | 0,7 | 0,0 |
| **Tempo de atuação na APS** | | | | |
| < 10 anos | 38,9 | 41,7 | 45,6 | 34,3 |
| Acima de 10 anos | 60,9 | 58,3 | 54,4 | 65,7 |
| **Tempo de formação** | | | | |
| Menor que 5 anos | 15,3 | 33,3 | 23,1 | 8,9 |
| 6 a 10 anos | 5,1 | 0,0 | 1,4 | 7,9 |
| 11 a 20 anos | 22,0 | 58,3 | 29,3 | 15,0 |
| Acima de 21 anos | 17,4 | 8,3 | 33,3 | 7,0 |
| Não possuíam formação/ou não informaram | 40,2 | 0,0 | 12,9 | 40,2 |
| **Tipo de Vínculo** | | | | |
| Estatutário | 78,8 | 66,7 | 64,6 | 89,3 |
| Processo seletivo simplificado | 8,0 | 0,0 | 5,4 | 10,3 |
| Residente | 5,9 | 33,3 | 12,2 | 0,0 |
| Terceirizado | 4,3 | 0,0 | 10,9 | 0,0 |
| Outros | 2,9 | 0,0 | 6,8 | 0,5 |

*Profissionais de nível superior: Dentistas, Enfermeiros(as), Farmacêuticos(as), Fisioterapeutas, Médicos(as), Profissionais de Educação Física e Psicólogos(as)

**Profissionais de nível médio: Agentes Comunitários de Saúde - ACS, Auxiliares/Técnicos em Enfermagem, Auxiliares/Técnicos em Saúde Bucal

A média e mediana geral de pontos obtidos na escala de conhecimento sobre o GAPB (que variava entre 0 e 16, sendo que quanto maior a pontuação, maior o conhecimento) foi de 11,0 e 12,0, em uma escala de 0 a 16, ou seja, esses valores representam, respectivamente, 68,7% e 75% dos acertos. Observou-se associação entre o conhecimento e o nível de formação. Profissionais com ensino médio completo ou superior em curso apresentaram mediana 11,0, enquanto aqueles com ensino superior completo obtiveram mediana 12,0, e os com especialização ou mais de 13,0 ($p < 0,001$), indicando diferença significativa do nível de conhecimento sobre o GAPB daqueles com especialização completa ou mais em relação aos outros dois grupos (Tabela 2).

Quanto à profissão, os nutricionistas apresentaram as maiores médias e medianas de conhecimento (média 13,4; mediana 14,0), seguidos pelos demais profissionais de nível superior (média 12,2; mediana 13,0) e pelos profissionais de nível médio (média 10,7; mediana 11,0). A diferença entre os grupos foi estatisticamente significativa na comparação das duas categorias de nível superior em relação ao nível médio ($p < 0,001$), mas não entre os nutricionistas e outras profissões de nível superior (Tabela 2).

Já em relação ao tempo de atuação na APS, identificou-se que profissionais com menos de 10 anos de atuação tiveram maior média de conhecimento (11,9) do que aqueles com 10 anos ou mais (11,1), mas a mediana foi a mesma (12), sendo a diferença estatisticamente significativa ($p = 0,009$). Por outro lado, o tipo de vínculo e o tempo de formação não se associaram ao conhecimento sobre o GAPB (Tabela 2).

Tabela 2 - Conhecimento sobre o GAPB segundo características de trabalho dos profissionais de saúde atuantes na APS de Londrina - PR.

| | Média | DP | Mediana | Mínimo - Máximo | p valor |
|---|---|---|---|---|---|
| **Geral** | 11,0 | 2,6 | 12,0 | 1-16 | |
| **Escolaridade** | | | | | |
| Médio/Superior cursando | 10,7 | 2,7 | 11,0 | 1-15 | <0,001 *a, b |
| Superior completo | 11,1 | 2,6 | 12,0 | 4-15 | |
| Especialização ou mais | 12,3 | 2,3 | 13,0 | 4-16 | |
| **Profissão** | | | | | |
| Nutricionistas | 13,4 | 1,0 | 14,0 | 11-15 | |
| Profissionais nível superior | 12,2 | 2,3 | 13,0 | 4-16 | <0,001 * c, d |
| Profissionais nível médio | 10,7 | 2,6 | 11,0 | 1-15 | |
| **Tipo de vínculo** | | | | | |
| Estatutário | 11,3 | 2,7 | 12,0 | 1-16 | 0,120 |
| Não estatutário | 11,9 | 2,2 | 12,0 | 6-16 | |
| **Tempo de atuação** | | | | | |
| Menor que 10 anos | 11,9 | 2,4 | 12,0 | 5-16 | 0,009** |
| 10 anos ou mais | 11,1 | 2,7 | 12,0 | 1-16 | |
| **Tempo de formação** | | | | | |
| Até 10 anos | 11,6 | 2,6 | 12,0 | 4-16 | 0,650 |
| Mais que 10 anos | 11,8 | 2,4 | 12,0 | 4-16 | |

*Legenda:
[a] diferença significativa entre médio/superior cursando x especialização ou mais
[b] diferença significativa entre superior completo x especialização ou mais
[c] diferença significativa entre prof. de nível médio x prof. de nível superior
[d] diferença significativa entre prof. de nível médio x nutri
**p valor do teste Mann Whitney

Em relação ao nível de conhecimento segundo profissão, observou-se que as maiores medianas foram observadas entre os Nutricionistas (14,0), seguidos pelos Profissionais de Educação Física (14,0), Médicos(as) (13,0), e Farmacêuticos(as) (12,5). Entre os profissionais de nível médio, as medianas foram inferiores: ACS (11,5), Auxiliares/técnicos em Enfermagem (11,0) e Auxiliares/técnicos em Saúde Bucal (9,5).

Na comparação dos grupos, observou-se que os Nutricionistas apresentaram maior nível de conhecimento que Auxiliares/técnicos em Saúde Bucal, Auxiliares/técnicos em Enfermagem e ACS. Já os médicos também tiveram maior nível de conhecimento que Auxiliares/técnicos em Saúde Bucal, Auxiliares/técnicos em Enfermagem e ACS (p valor <0,001) (Tabela 3).

Tabela 3 - Nível de conhecimento sobre o GABP por profissões.

| Formação inicial/Área de atuação | n | Média | Desvio Padrão | Mediana | Mínimo | Máximo |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Agente Comunitário* de Saúde | 82 | 10,84 | 2,53 | 11,5 | 3 | 15 |
| Auxiliar/Técnico em* Enfermagem | 114 | 10,83 | 2,84 | 11,0 | 1 | 15 |
| Auxiliar/Técnico em* Saúde Bucal | 18 | 10,28 | 2,37 | 9,5 | 5 | 14 |
| Dentista | 8 | 12,38 | 1,51 | 12,0 | 10 | 14 |
| Enfermeiro(a) | 46 | 11,76 | 2,72 | 12,0 | 4 | 16 |
| Farmacêutico(a) | 14 | 11,79 | 2,72 | 12,5 | 5 | 15 |
| Fisioterapeuta | 24 | 12,46 | 2,19 | 12,0 | 7 | 16 |
| Médico(a) [a*] | 36 | 12,67 | 1,90 | 13,0 | 7 | 16 |
| Nutricionista [b*] | 12 | 13,42 | 1,08 | 14,0 | 11 | 15 |
| Profissional de Educação Física | 11 | 12,55 | 3,21 | 14,0 | 6 | 16 |
| Psicólogo(a) | 7 | 12,57 | 1,62 | 12,0 | 10 | 15 |
| Total | 372 | 11,00 | 2,64 | 12,0 | 1 | 16 |

Legenda:
[a]Diferença significativa entre Médico(a) e Auxiliar/técnico em saúde bucal; Auxiliar/técnico em enfermagem; ACS;
[b]Diferença significativa entre Nutricionista e Auxiliar/técnico em saúde bucal; Auxiliar/técnico em enfermagem; ACS;
*p valor Kruskall Wallis <0,005

Quando se avaliou o nível de conhecimento sobre o GAPB em relação ao uso de diversas práticas de trabalho na APS constatou-se diferença estatisticamente significativa em todas as atividades (p <0,001) indicando, de modo geral, que o conhecimento sobre o GAPB foi maior conforme a frequência de realização das atividades aumentava (Tabela 4).

Tabela 4 - Conhecimento sobre o GABP conforme práticas do trabalho e atuação dos profissionais na APS.

| Práticas | n | Média | Desvio padrão | Mediana | Mínimo e Máximo | p valor |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Visita Domiciliar** | | | | | | |
| Não Realiza | 181 | 10,9 | 2,8 | 11,0 | 3 – 16 | |
| Poucas vezes | 59 | 10,8 | 2,7 | 11,0 | 1 – 16 | <0,001 [b, c, d, e] |
| Algumas vezes | 79 | 12,3 | 1,9 | 12,0 | 6 – 16 | |
| Muitas vezes | 52 | 12,5 | 1,8 | 13,0 | 5 – 16 | |
| **Aconselhamento** | | | | | | |
| Não Realiza | 151 | 10,7 | 2,7 | 11,0 | 3 – 15 | |
| Poucas vezes | 66 | 11,2 | 2,9 | 11,5 | 1 – 16 | <0,001 [c, e, f] |
| Algumas vezes | 101 | 11,6 | 2,2 | 12,0 | 5 – 16 | |
| Muitas vezes | 53 | 13,1 | 1,4 | 13,0 | 9 – 16 | |
| **Discussão de casos** | | | | | | |
| Não Realiza | 212 | 11,0 | 2,7 | 12,0 | 3 – 16 | |
| Poucas vezes | 65 | 11,1 | 2,9 | 12,0 | 1 – 16 | <0,001 [c, d, e] |
| Algumas vezes | 68 | 12,3 | 1,9 | 12,5 | 6 – 16 | |
| Muitas vezes | 25 | 13,0 | 1,5 | 13,0 | 10 – 16 | |
| **Consulta Individual** | | | | | | |
| Não Realiza | 195 | 10,8 | 2,6 | 11,0 | 1 – 15 | |
| Poucas vezes | 38 | 11,0 | 3,0 | 11,0 | 3 – 16 | <0,001 [c, d, e] |
| Algumas vezes | 60 | 12,1 | 2,3 | 12,0 | 6 – 16 | |
| Muitas vezes | 78 | 12,7 | 2,0 | 13,0 | 4 – 16 | |
| **Consulta Compartilhada** | | | | | | |
| Não Realiza | 221 | 10,9 | 2,8 | 12,0 | 1 – 16 | |
| Poucas vezes | 51 | 11,8 | 2,5 | 12,0 | 6 – 16 | 0,001 [d, e] |
| Algumas vezes | 66 | 12,1 | 1,9 | 12,0 | 6 – 16 | |
| Muitas vezes | 33 | 12,5 | 1,8 | 13,0 | 7 – 16 | |
| **Grupo de Educação em Saúde** | | | | | | |
| Não Realiza | 240 | 11,1 | 2,6 | 12,0 | 1 – 16 | |
| Poucas vezes | 49 | 11,4 | 2,9 | 12,0 | 3 – 15 | <0,001 [d, e] |
| Algumas vezes | 50 | 12,1 | 2,1 | 12,0 | 5 – 16 | |
| Muitas vezes | 32 | 12,8 | 1,8 | 13,0 | 7 – 16 | |

Legenda:
[a] Diferença significativa entre Realizo poucas vezes x Não realizo
[b] Diferença significativa entre Realizo poucas vezes x Realizo algumas vezes
[c] Diferença significativa entre Realizo poucas vezes x Realizo muitas vezes
[d] Diferença significativa entre Não realizo x Realizo algumas vezes
[e] Diferença significativa entre Não realizo x Realizo muitas vezes
[f] Diferença significativa entre Realizo algumas vezes x Realizo muitas vezes
*p valor do Kruskall Wallis

Quando se analisa o percentual de acertos em cada questão da escala de conhecimento sobre o GAPB (Tabela 5) em todos os profissionais de saúde, constatou-se que os maiores percentuais de acertos ocorreram nas questões 11 (92,8%), 13 (92,8%), 3 (87,4%), 7 (83,4%) e 10 (83,4%), itens que abordaram

conceitos centrais da alimentação saudável, como comportamento na hora de se alimentar, nível de processamento dos alimentos e pensamento crítico quanto às informações dos rótulos.

As questões com menores porcentagens de acertos concentraram-se nos temas que envolvem autonomia nas escolhas alimentares, senso crítico frente à publicidade, grau de processamento dos alimentos e combinação destes nas preparações culinárias, são elas as questões 1 (34,6%), 4 (43,7%), 8 (49,6%, 6 (64,1%) e 12 (63,3%) (Tabela 5).

Houve diferença no percentual de acertos em nove das 16 questões do instrumento (p valor <0,05) - sendo que em todas, o grupo que apresentou maior percentual de acertos foi o de nutricionistas e menor dos profissionais de nível médio. Demonstrando maior conhecimento no grupo de nutricionistas principalmente em temas centrais do GAPB, como a classificação dos alimentos e processamento (questões 3, 4 e 6); educação alimentar e autonomia dos sujeitos (questões 1 e 15); valorização da culinária tradicional e práticas alimentares cotidianas (questões 7 e 9); escolhas alimentares conscientes e uso adequado de gorduras (questão 12); reconhecimento dos determinantes culturais e midiáticos da alimentação (questão 16) conforme Tabela 5.

Tabela 5 - Percentual de acertos em cada questão da escala de avaliação do conhecimento sobre o GAPB de acordo com os profissionais de saúde atuantes na APS de Londrina - PR.

| Questão | Total (n=373) % | Nutricionistas (n=12) % | Profissionais Nível Superior (n=147) % | Profissionais Nível Médio (n=214) % | p valor |
|---|---|---|---|---|---|
| 1) Estratégias de educação alimentar e nutricional que ampliam a autonomia dos usuários do serviço de saúde são aquelas que os fazem obedecer às orientações nutricionais transmitidas pelo profissional. | 34,6 | 58,3 | 49,3 | 23,1 | <0,001* |
| 2) Uma alimentação em que predominam os alimentos ultraprocessados traz consequências negativas ao meio ambiente. | 81,5 | 91,7 | 86,4 | 77,6 | 0,069 |
| 3) Alimentos in natura ou minimamente processados devem constituir a base para uma alimentação saudável. | 87,4 | 100,0 | 91,8 | 83,6 | 0,029* |
| 4) Uma alimentação em que predominam os alimentos ultraprocessados é mais barata que aquela em que predominam os alimentos in natura ou minimamente processados. | 43,7 | 83,3 | 51,0 | 36,4 | <0,001* |
| 5) Um copo de iogurte pronto para consumo ou bebida láctea sabor morango corresponde a um copo de leite batido com morango para o café da manhã ou lanche da tarde. | 77,5 | 83,3 | 78,9 | 76,2 | 0,734 |
| 6) A barra de cereal e os biscoitos integrais industrializados são boas opções para as pequenas refeições. | 64,1 | 100,0 | 71,4 | 57,0 | <0,001* |
| 7) Batata, arroz, feijão, castanhas e nozes são alimentos que devem ser evitados para se prevenir o ganho de peso. | 83,4 | 100,0 | 88,4 | 79,0 | 0,017* |
| 8) O consumo de feijoada deve ser evitado por ser uma preparação que combina alimentos in natura e minimamente processados com ingredientes culinários processados. | 49,6 | 41,7 | 49,0 | 50,5 | 0,823 |
| 9) À noite, é preferível comer um lanche feito de pão de forma integral, queijo branco e peito de peru a um jantar feito de arroz, feijão, omelete e salada de alface com tomate. | 73,2 | 100,0 | 83,0 | 65,0 | <0,001* |
| 10) O rótulo de um suco de maracujá em garrafa descreve os seguintes | 83,4 | 83,3 | 82,3 | 84,1 | 0,903 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ingredientes: suco integral de maracujá, água, suco concentrado de maracujá, acidulante ácido cítrico, aroma idêntico ao natural, estabilizante goma xantana, conservadores benzoato de sódio e metabissulfito de sódio, corante natural carmim e antiespumante polidimetilsiloxano. A análise do rótulo indica que se trata de um alimento ultraprocessado. | | | | | |
| 11) Os nuggets de frango, desde que assados, podem substituir a carne de frango no almoço ou no jantar. | 92,8 | 100,0 | 95,2 | 90,7 | 0,158 |
| 12) Os óleos vegetais, como os de soja, milho, girassol ou de oliva, devem ser evitados nas preparações culinárias por serem fontes de gorduras e ricos em calorias. | 63,3 | 91,7 | 67,3 | 58,9 | 0,030* |
| 13) O envolvimento com outras atividades (TV, celular, internet) durante a refeição pode reduzir o prazer proporcionado pela alimentação. | 92,8 | 100,0 | 95,4 | 90,2 | 0,073 |
| 14) Restaurantes de comida por quilo são boas opções para quem realiza as refeições fora de casa por oferecerem variedade de alimentos e preparações culinárias feitas na hora. | 75,9 | 100,0 | 76,9 | 73,8 | 0,112 |
| 15) Crianças que compartilham as refeições com os colegas na escola e os familiares em casa tendem a apresentar piores hábitos alimentares. | 70,5 | 100,0 | 78,2 | 63,6 | <0,001* |
| 16) As revistas e os programas de televisão são fontes confiáveis de informações sobre alimentação saudável. | 73,7 | 91,7 | 78,2 | 69,6 | 0,067* |

*p valor do teste Qui-quadrado <0,05

## 7 DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo verificar o nível de conhecimento sobre o GAPB em profissionais de saúde atuantes na APS do município de Londrina - PR. Entre os principais achados do estudo, estão: 1) A média e mediana de conhecimento dos profissionais de saúde atuantes na APS de Londrina - PR foi de 11 e 12, em uma escala de 0 a 16, ou seja, esses valores representam, respectivamente, 68,7% e 75% de acertos; 2) O conhecimento associou-se positivamente com profissionais com menos de 10 anos de atuação na APS e a média foi maior conforme o nível de escolaridade aumentava; 3) Não houve diferença significativa no conhecimento entre nutricionistas quando comparados a outros profissionais de nível superior, mas a diferença foi observada quando comparados ao grupo de profissionais de nível médio; 4) Ao comparar o nível de conhecimento sobre o GAPB por profissão, as maiores médias e medianas foram dos Nutricionistas, Profissionais de Educação Física e Médicos(as), sendo que houve diferença significativa apenas no grupo de Nutricionistas e Médicos(as), quando comparada às médias dos ACS, Auxiliares/Técnicos em Enfermagem e Auxiliares/Técnicos em Saúde Bucal; 5) O conhecimento e a apropriação do conteúdo do GAPB foi maior entre aqueles que referiram maior frequência de realização de atividades da APS (visita domiciliar, aconselhamento ao usuário, consulta individual, consulta compartilhada e grupos de educação em saúde); 6) Houve diferença significativa no percentual de acertos em nove das 16 questões do instrumento (p valor <0,05), sendo que em todas o grupo que apresentou maior percentual de acertos foi o de nutricionistas e menor dos profissionais de nível médio.

A pontuação de conhecimento sobre o GAPB encontrada neste estudo foi semelhante à encontrada no estudo de Reis e Jaime (2019), onde a média de pontuação (no mesmo instrumento deste estudo) de 209 profissionais de saúde atuantes na APS de todo o Brasil foi 14,18 para Nutricionistas e de 11,52 para as demais profissões. O estudo de Budnick (2022), que avaliou o conhecimento de 200 profissionais de saúde atuantes na APS de um município com cerca de 189 mil habitantes, encontrou uma média de pontuação de 10,52 pontos. Barbosa, Tramontt e Baraldi (2025), encontraram a média de 10,25 de acertos em um estudo realizado com 141 profissionais de saúde e da educação, em um município com pouco mais

de um milhão de habitantes. Rodrigues e Garcia (2023) encontraram pontuação próxima (média de 12,3) em 20 médicos e enfermeiros da APS de um município com 183 mil habitantes. No estudo de Tramontt (2020), o conhecimento de 24 profissionais do NASF de um município de 400 mil habitantes, antes da intervenção educativa sobre o GAPB, foi semelhante ao nosso estudo, de 12,25 e 10,83 nos grupos controle e intervenção, respectivamente.

O nível de conhecimento se mostrou associado positivamente com a escolaridade. Quanto maior a escolaridade, maior o conhecimento sobre o GAPB. O estudo de Santos e colaboradores (2025) corrobora com tais achados, pois houve associação entre maior conhecimento sobre o GAPB e maior escolaridade entre 591 professores. Rech e Nicoletto (2023) avaliaram o conhecimento nutricional de 301 adultos e idosos e também encontraram associação entre maior conhecimento nutricional e maior escolaridade. Resultado semelhante foi encontrado no estudo de Salaberry (2021) que avaliou o conhecimento sobre o GAPB em 232 adultos em Pelotas - RS, onde o menor conhecimento esteve mais presente nas pessoas que responderam que estudaram até o ensino médio, apesar do estudo não ter usado nenhum teste de hipótese para confirmar se havia associação significativa.

No campo da saúde, é indispensável que produção de conhecimento e formação profissional sejam tomados como elementos indissociáveis da prática, no sentido de que a formação e a qualificação do cuidado devem estar presentes nos processos educativos para os profissionais de saúde (Feuerwerker, 2003; Batista; Gonçalves, 2011). A literatura aponta que o nível de ensino se associa positivamente ao conhecimento em alimentação e nutrição, em saúde pública e educação em saúde (Diaz-Quijano et al., 2018; Rech; Nicoletto, 2023; Lima et al., 2022).

Este estudo também encontrou associação entre tempo de atuação na APS menor que 10 anos e conhecimento sobre o GAPB. Isso pode ser explicado pelas características da amostra, que em análise complementar, indicou maior percentual de pessoas trabalhando há mais de 10 anos entre aqueles com cargos de ensino médio (61,7% atuavam há mais de 10 anos entre os que tinham cargos de ensino médio, enquanto 35,2% profissionais de nível superior e 3,1% nutricionistas possuíam mais de 10 anos de atuação na APS).

Nesse sentido, vale lembrar que a segunda edição do GAPB completou 10 anos de publicação em 2024, podendo justificar que os profissionais que iniciaram sua atuação concomitantemente ao seu lançamento podem ter maior conhecimento

sobre o seu conteúdo (Jaime; Braga, 2025).

Adicionalmente, pode-se inferir que o efeito do tempo de atuação sobre o conhecimento depende tanto da natureza do conhecimento avaliado (prático ou teórico) quanto da presença de políticas institucionais de educação permanente e gestão do conhecimento. Profissionais experientes podem estar mais presos a rotinas consolidadas e, se não houver política ativa de atualização, apresentar menor conformidade com diretrizes novas (Xu et al., 2021). Outros estudos, como de Reis e Jaime (2019) e de Tramontt (2020), não encontraram associação entre conhecimento e tempo de atuação. Já no estudo de Rodrigues e Garcia (2023), observou-se que a atuação da maioria dos participantes na ESF era recente, o que pode influenciar a falta de conhecimento aprofundado em nutrição e alimentação.

Os dados indicaram que o conhecimento sobre o GAPB é heterogêneo entre as categorias profissionais, foi mais consolidado entre profissionais de nível superior (nutricionistas e demais profissões), e mais limitado entre profissionais de nível médio. Tais achados corroboram com o resultado do estudo de Zeminian e colaboradores (2024) onde os profissionais indicaram dificuldade em compreender e aplicar os conceitos GAPB com diferença significativa entre profissionais com ensino superior completo e demais profissionais. Resultado semelhante foi encontrado no estudo de Amaral, Spadotto e Gomes (2024), no qual médicos e enfermeiros foram os profissionais que mais tinham conhecimento do guia alimentar para menores de dois anos, quando comparados aos ACS.

O fato do estudo não ter encontrado diferença significativa no conhecimento sobre o GAPB entre profissionais de nível superior e nutricionistas pode ser positivo, pois isso demonstra a possibilidade de que profissionais com nível superior tenham uma base de conhecimento relativamente homogênea. A nutrição formal — ou seja, conteúdos específicos sobre alimentação, metabolismo e educação alimentar e nutricional — não aparece de forma explícita e sistemática nos currículos de muitos cursos da saúde fora da Nutrição (apenas o curso de Farmácia cita terapia nutricional dentre os conhecimentos a serem adquiridos no curso), apesar de sua relevância para a prática profissional em prevenção e manejo de doenças. Em cursos como Medicina, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Psicologia e Educação Física, conteúdos ligados à nutrição frequentemente aparecem de forma fragmentada, integrados a disciplinas básicas como Fisiologia ou Bioquímica ou inseridos em módulos eletivos ou interdisciplinares, como promoção da saúde,

prevenção de doenças e cuidado integral que incluem conteúdos de alimentação saudável, dependendo da forma de implementação nos projetos políticos pedagógicos, não constituindo um eixo curricular robusto e padronizado em todos os cursos (Brasil, 2017; Brasil, 2025).

Um ponto positivo observado em algumas universidades é o crescimento de abordagens interdisciplinares e interprofissionais, nas quais estudantes de diferentes cursos de saúde — incluindo Nutrição — participam de atividades educativas e práticas colaborativas que abarcam EAN e promoção de saúde. Porém, a educação interprofissional requer um alinhamento entre os currículos dos cursos da área da saúde. Essas práticas são apontadas como estratégias promissoras para suprir lacunas curriculares tradicionais e desenvolver competências compartilhadas de cuidado em nutrição. Estudos brasileiros reforçam que, embora esse conteúdo esteja presente de maneira geral no arcabouço legal, há lacunas e necessidade de articulação curricular mais explícita e integrada, especialmente para preparar profissionais de saúde para práticas efetivas de EAN no SUS (Mazzi et al., 2023; Siqueira; Garcia, 2023).

Apesar do Nutricionista ser o profissional de referência do tema alimentação e nutrição e sua atuação na APS compreender mais especificidades além do GAPB - inclusive seu papel matriciador - é importante que todos os profissionais conheçam os conceitos básicos do GAPB para sua prática como parte da PAAS (Budnick, 2022; Zeminian et al., 2024; Amaral; Spadotto; Gomes, 2024).

Santos, Neves e Medeiros (2022) encontraram em seu estudo realizado na cidade de São Paulo, que o uso do GAPB esteve associado significativamente à presença do nutricionista. Cervato-Mancuso, Vincha e Santiago (2016) abordaram a premissa de que na maioria das vezes, as ações de EAN ficam a cargo do profissional nutricionista nos serviços da APS. Um estudo de Andrade e Santos (2012), que avaliou o conhecimento sobre nutrição em profissionais de saúde de três UBS em Londrina-PR, demonstrou que uma grande parte dos profissionais de saúde sente dificuldades em abordar assuntos referentes à nutrição e que nem todos os profissionais conhecem o papel do nutricionista na rede pública de saúde. Resultado semelhante foi encontrado por Fittipaldi, Barros e Romano (2017), que destacaram que existe uma preocupação dos profissionais com as questões de nutrição, porém, diferentemente do estudo anterior, provavelmente por ter sido um estudo pós intervenção, os profissionais pontuaram a atuação do profissional nutricionista como

referência no processo de matriciamento nesta área do conhecimento, indicando como oportuno o papel do nutricionista no estímulo ao uso de materiais técnicos pedagógicos, como o GAPB e ressaltando a importância da presença deste profissional na APS.

Segundo o CNES, até 2021, 37.536 nutricionistas estavam atuando no SUS e 7.707 inseridos na APS. A Resolução 600 de 2018 do CFN define as áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições, estabelecendo parâmetros numéricos mínimos para garantir a qualidade dos serviços. Em seu texto, a definição do número de nutricionistas para atuação na Atenção Básica é de um profissional na área da gestão das ações de Alimentação e Nutrição e no cuidado nutricional um profissional com carga horária técnica semanal de 30h, porém, reitera que com relação ao NASF (atual eMulti), devem ser consideradas as disposições da legislação vigente específica, ou seja, a presença do profissional fica a cargo da escolha da modalidade e-Multi da gestão municipal de acordo com a necessidade e realidade local (CFN, 2018; Brasil, 2022; Brasil, 2023). Gonçalves e Hoffman (2024) destacaram em sua revisão bibliográfica que, embora haja um número significativo de nutricionistas atuando na APS, muitas vezes eles enfrentam desafios estruturais e de recursos que dificultam a prestação de um cuidado nutricional eficaz e abrangente.

No estudo de Budnick (2022), que avaliou o conhecimento sobre o GAPB em Guarapuava, onde das 27 UBS estudadas, apenas 4 profissionais nutricionistas participaram da pesquisa. Estudo na cidade de São Paulo identificou 63% das UBS do município de São Paulo com a presença de nutricionista no quadro de funcionários (Santos; Neves; Medeiros, 2022). Portanto, diante deste cenário e das próprias recomendações do Ministério da Saúde, de que a EAN é uma prática transdisciplinar e multiprofissional, ressalta-se a importância da presença do profissional nutricionista na APS, mas acima de tudo, que todos os profissionais de saúde se apropriem das diretrizes e recomendações de alimentação e nutrição, a fim de promover a alimentação saudável (Brasil, 2018).

Nesse sentido, quando se comparou o nível de conhecimento sobre o GAPB por profissão, as maiores médias e medianas foram dos Nutricionistas seguidos pelos Profissionais de Educação Física e Médicos(as). Apesar da média de pontos dos Profissionais de Educação Física ter sido maior que da categoria de Médicos(as), só houve diferença em relação aos profissionais de nível médio de

Nutricionistas e Médicos(as). Isso pode ser explicado pelo número de participantes de cada profissão no nosso estudo, já que com maior número de Médicos(as) do que Profissionais de Educação Física, o poder estatístico foi maior em relação aos médicos.

O fato dos Profissionais de Educação Física terem apresentado bom conhecimento sobre o GAPB no presente estudo pode estar relacionado à sua inserção nas equipes multiprofissionais da APS, onde atuam de forma integrada com Nutricionistas e outros profissionais em ações voltadas à promoção da saúde, prevenção de agravos e enfrentamento das DCNT. Essa proximidade favorece a troca de saberes e o compartilhamento de práticas educativas que envolvem diretamente a alimentação e a nutrição, o que pode explicar sua maior familiaridade com os conteúdos do GAPB. Além disso, a literatura destaca que alimentação e atividade física são dimensões interdependentes e fundamentais para a promoção da saúde, sendo abordadas de forma articulada em políticas e programas públicos, como o Programa Academia da Saúde e o Programa Saúde na Escola (Silva et al., 2025; Morais et al., 2024; Brasil, 2013; Brasil, 2021).

Já na comparação do nível de conhecimento com Médicos(as), o resultado desse estudo foi semelhante ao da pesquisa de Rodrigues e Garcia (2023), que ao estudar o conhecimento sobre o GAPB em médicos e enfermeiros, não encontrou diferenças significativas na pontuação dessas categorias como em nosso estudo, que mostrou diferenças apenas com cargos de nível médio. Estudos realizados na APS apontam que médicos reconhecem a importância do GAPB como instrumento de promoção da saúde, mas enfrentam desafios para incorporá-lo na prática cotidiana, seja pela falta de tempo nas consultas, pela ausência de treinamento específico em alimentação saudável ou por barreiras estruturais nos serviços (Rodrigues; Garcia, 2025).

Ainda assim, a posição dos médicos entre as maiores médias do estudo reflete seu papel de referência como os profissionais que desenvolvem as principais atividades relacionadas com as questões de alimentação e nutrição na ausência do nutricionista, como também executam as ações de forma multidisciplinar, especialmente em contextos de prevenção de DCNT, o que reforça o potencial da integração entre as áreas na promoção de saúde (Pedraza; Menezes; Costa, 2016; Brasil, 2014).

Na análise no presente estudo Nutricionistas e Médicos(as) apresentaram

maior nível de conhecimento sobre o GAPB quando comparado às médias dos ACS, Auxiliares/Técnicos em Enfermagem e Auxiliares/Técnicos em Saúde Bucal. Os ACS possuem atribuições muito marcadas na promoção da saúde, educação em saúde e articulação comunitária, o que os coloca em posição de destaque para a divulgação e orientação sobre alimentação adequada e saudável.

O ACS ocupa uma posição estratégica na APS por atuar diretamente no território e manter vínculo contínuo com as famílias, o que lhe permite identificar demandas de saúde no cotidiano da população (Brasil, 2009). No exercício de suas atribuições, que incluem o acompanhamento domiciliar, a promoção da saúde e a articulação entre a comunidade e a equipe multiprofissional, o ACS pode reconhecer situações como insegurança alimentar, dificuldades de acesso a alimentos saudáveis e práticas alimentares inadequadas.

Deste modo, o ACS é um ator central nas ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, reforçando seu papel na identificação de necessidades e no desenvolvimento de orientações educativas no território, em articulação com a equipe multiprofissional (Brasil, 2017). Assim, ao utilizar o GAPB como instrumento de apoio, o ACS contribui para a PAAS de forma contextualizada, fortalecendo o cuidado longitudinal e a integralidade das ações na APS, estimulando e orientando famílias sobre alimentação saudável.

Por outro lado, as categorias Auxiliar/Técnico em Enfermagem e Auxiliar/Técnico em Saúde Bucal desempenham funções predominantemente assistenciais e técnicas, com foco em procedimentos clínicos, administração de medicamentos, cuidados diretos e apoio a consultas e tratamentos. Apesar de que em documentos da política de saúde bucal aparece a menção à política de alimentação saudável como fator de proteção para a saúde oral, a formação e o cotidiano de trabalho desses técnicos não necessariamente envolvem de forma regular ou sistemática a educação alimentar ou a promoção de hábitos alimentares saudáveis para além do contexto bucal (Brasil, 2004). Embora integrem o cuidado integral à saúde, essas categorias têm menor envolvimento sistemático com ações educativas e de PAAS, o que pode explicar o menor nível de conhecimento sobre o GAPB (Brasil, 2014; Brasil, 2017).

Em relação ao maior conhecimento sobre o GAPB conforme maior frequência de realização das atividades da APS com abordagem do tema Alimentação e Nutrição (visita domiciliar, consulta individual e compartilhada, aconselhamento ao

usuário e grupos), o estudo de Rodrigues e Garcia (2023) sobre o conhecimento sobre o GAPB, apresentou que todos os 20 médicos e enfermeiros da EqSF participantes da pesquisa, alegaram abordar temas da Alimentação e Nutrição na rotina de atendimentos. Na pesquisa de Andrade e Santos (2012) sobre conhecimento em nutrição em profissionais da APS de Londrina-PR, a maioria (52,5%) dos profissionais relatou realizar sempre visita domiciliar e destes, cerca de 42,5% relataram realizar orientações alimentares frequentemente ou sempre nas visitas. Já no estudo de Hara e colaboradores (2017), mostrou que apesar de que todos os participantes nutricionistas sabiam da existência do GAPB, apenas 30,8% utilizavam o documento no exercício da profissão.

Os resultados do presente estudo indicam que o conhecimento dos profissionais sobre o GAPB está fortemente associado à vivência prática no contexto da APS. Esse achado reforça a ideia de que o contato contínuo com ações, atividades e demandas concretas do território favorece a incorporação dos conteúdos do GAPB, evidenciando a prática profissional como espaço central de aprendizagem e consolidação do conhecimento.

De modo geral, os Nutricionistas apresentaram as maiores frequências de realização em praticamente todas as atividades analisadas, especialmente em consultas individuais, aconselhamento aos usuários, discussões de caso e grupos de educação em saúde. Em seguida, destacaram-se Médicos, Farmacêuticos e Psicólogos, sobretudo nas ações clínicas e educativas. Por outro lado, Técnicos/Auxiliares em Enfermagem e em Odontologia, Dentistas, ACS e, em algumas ações, Médicos, apresentaram maiores proporções de não realização, particularmente nas atividades coletivas, compartilhadas e de caráter educativo, evidenciando diferenças marcantes na inserção das categorias profissionais nas práticas relacionadas à alimentação e nutrição no âmbito da APS.

Os achados indicam que a realização de ações de alimentação e nutrição na APS varia conforme as atribuições profissionais, a formação acadêmica e a organização do processo de trabalho. O maior protagonismo dos nutricionistas era esperado, uma vez que a alimentação e a nutrição constituem o núcleo central de sua atuação profissional, conforme preconizado pelas políticas nacionais e pelo GAPB. Por outro lado, a menor participação de Técnicos/Auxiliares, ACS e algumas categorias clínicas não deve ser interpretada como fragilidade individual, mas como reflexo da exigibilidade diferenciada de competências e da própria divisão técnica do

trabalho em saúde, uma vez que o domínio técnico do GAPB não é igualmente requerido na formação de todas as profissões. Nesse contexto, destaca-se o papel estratégico do apoio matricial e das equipes eMulti, fundamentais para a disseminação do conhecimento, a qualificação das práticas e a incorporação da alimentação adequada e saudável de forma compartilhada na APS (Starfield, 2002; Mendes, 2011; Mendonça et al., 2018; Brasil, 2017; Universidade Federal de Santa Catarina, 2018;).

Almeja-se que o GAPB seja utilizado nas casas das pessoas, nas unidades de saúde, nas escolas e em todo e qualquer espaço onde atividades de promoção da saúde tenham lugar, como em várias das atividades dos serviços (acolhimento, pré-consultas e consultas, atividades em grupo, visita domiciliar, etc.) e em diferentes formatos. Tais momentos são privilegiados para operacionalizar as recomendações do GAPB — como valorizar alimentos *in natura*, promover a atenção ao comer e articular práticas alimentares no cotidiano das famílias — consolidando na rotina de trabalho os conceitos do GAPB. A integração entre práticas rotineiras e diretrizes é essencial para efetivar a PAAS na APS (Brasil, 2019; Brasil, 2022; Brandão et al., 2022).

Quando se analisou as questões do instrumento, que avalia o conhecimento sobre o GAPB, as questões com maior número de acertos foram: 13) O envolvimento com outras atividades (TV, celular, internet) durante a refeição pode reduzir o prazer proporcionado pela alimentação e 11) Os nuggets de frango, desde que assados, podem substituir a carne de frango no almoço ou no jantar, ambas com 92,8% de acertos no total. Resultado semelhante ao de Budnick (2022) com profissionais de saúde e no estudo de Santos e colaboradores (2025), a questão 11 foi a mais acertada quando aplicou-se o instrumento adaptado para professores. Esse resultado demonstrou um bom conhecimento acerca de algumas das principais recomendações do GAPB “Comer com regularidade e atenção, em ambientes apropriados e, sempre que possível, com companhia”, assim como reforça que os profissionais de saúde conhecem a “regra de ouro” recomendada pelo pelo GAPB: “prefira sempre alimentos *in natura* ou minimamente processados e preparações culinárias a alimentos ultraprocessados” (Brasil, 2014).

Ao consolidar a regra de ouro e a classificação dos alimentos segundo o grau de processamento, o GAPB passou a orientar não apenas as práticas individuais dos profissionais de saúde, mas também a formulação de políticas públicas. Um

exemplo dessa influência é a Resolução nº 6/2020 do Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), que incorpora explicitamente os princípios e recomendações do GAPB em seu texto normativo. A resolução adota a lógica do GAPB ao priorizar a oferta de alimentos *in natura* e minimamente processados, limitar a aquisição de alimentos processados e restringir o uso de ultraprocessados nos cardápios escolares, utilizando a classificação NOVA como referência central (Brasil, 2020; Canella et al., 2021). Esse alinhamento evidencia que o GAPB extrapola seu papel educativo e se consolida como base técnica para a regulação do ambiente alimentar institucional, reforçando sua capacidade de induzir mudanças estruturais e normativas coerentes com a PAAS.

Quanto às questões com menor número de acertos destacaram-se as questões: 1 (*Estratégias de educação alimentar e nutricional que ampliam a autonomia dos usuários do serviço de saúde são aquelas que os fazem obedecer às orientações nutricionais transmitidas pelo profissional*) e questão 4 (*Uma alimentação em que predominam os alimentos ultraprocessados é mais barata que aquela em que predominam os alimentos in natura ou minimamente processados*). Ambas com diferença significativa no maior percentual de acertos da categoria Nutricionistas. Tal resultado é semelhante ao de Borges (2021), a autora observou o quanto a EAN se estabelece na prática como estratégia de transmissão de conhecimento, como algo verticalizado sem problematizar e sem levar em consideração os interesses e necessidades da população, o que caminha na direção oposta do que deveria ser a EAN - promover a prática autônoma e voluntária de hábitos alimentares saudáveis (Brasil, 2018).

O GAPB contribui de forma decisiva para a superação do paradigma tradicional da EAN prescritiva e do aconselhamento normativo ao reconhecer e valorizar a cultura alimentar da população como eixo central das práticas em saúde. Ao se pautar no princípio do respeito aos diferentes saberes, o GAPB rompe com a lógica verticalizada do “especialista que ensina” e propõe uma abordagem dialógica, na qual os conhecimentos técnicos da ciência da nutrição dialogam com os saberes populares, as experiências cotidianas, as tradições culinárias e os contextos sociais dos indivíduos e coletividades. Dessa forma, o GAPB foca para a construção compartilhada do cuidado, fortalecendo a autonomia, o protagonismo e o vínculo dos sujeitos com a alimentação, ao mesmo tempo em que reconhece a comida como prática social, cultural e simbólica, e não apenas como um conjunto de nutrientes

(Brasil, 2014).

Borges (2021) também destacou sobre as lacunas existentes no conhecimento dos profissionais de saúde quanto ao tema de custo da alimentação, observada pelo alto número de erros da questão 4. O próprio GAPB reitera que o custo total de uma alimentação baseada em alimentos *in natura* ou minimamente processados ainda é menor no Brasil do que o custo de uma alimentação baseada em alimentos ultraprocessados e traz o custo como um obstáculo a ser ultrapassado, indicando ferramentas e orientações que podem auxiliar na economia (Brasil, 2014). Porém, em um cenário de aumento do consumo de alimentos ultraprocessados na população brasileira, especialmente entre pessoas negras, indígenas e com menor renda, é urgente uma ação intersetorial articulada em defesa de um sistema alimentar promotor da alimentação adequada e saudável (Louzada et al., 2023).

Destaca-se que a construção do instrumento utilizado neste estudo e a própria publicação do GAPB são anteriores ao aumento progressivo do preço de alimentos *in natura* e minimamente processados e à redução do custo dos alimentos ultraprocessados, o que pode ter gerado uma certa confusão entre os participantes da pesquisa. Diversos estudos têm demonstrado que o custo constitui um fator determinante no acesso e na adesão a padrões alimentares saudáveis. No contexto brasileiro, análises com dados da POF 2017/2018 indicam que, embora uma dieta alinhada ao GAPB possa ser nutricionalmente mais adequada e ambientalmente mais sustentável, seu custo relativo varia conforme o nível de renda: para famílias de maior poder aquisitivo pode representar economia, enquanto para as de menor renda tende a significar maior comprometimento orçamentário (Caldeira et al., 2024; Maia et al., 2021; Borges et al., 2015).

Resultados semelhantes foram observados em estudo norte-americano, no qual dietas de melhor qualidade nutricional estavam associadas a maiores valores monetários diários, reforçando a relação entre maior gasto alimentar e adequação nutricional (Beydoun et al., 2015). Ademais, uma pesquisa realizada por Olivier (2023) em estudantes universitários, aponta que, além do custo direto dos alimentos, fatores como o tempo de preparo, o acesso físico e as habilidades culinárias configuram barreiras adicionais à adoção de práticas alimentares saudáveis. Tais evidências destacam que a promoção de dietas saudáveis requer não apenas ações educativas, mas também estratégias que considerem a equidade econômica, o

incentivo ao consumo de alimentos *in natura* e minimamente processados de menor custo e a redução das barreiras práticas que dificultam escolhas saudáveis no cotidiano.

A pesquisa de Maia e colaboradores (2020) indica que de 1995 a 2017, alimentos processados, como os enlatados, integravam o grupo mais caro (R$ 7,64/kg), seguido de alimentos ultraprocessados (R$ 6,92/kg), e dos *in natura* ou minimamente processados (R$ 4,28/kg). O preço desses últimos produtos cresceu de forma contínua durante o período analisado (de R$ 3,45/kg em 1995 para R$ 4,69/kg em 2017). Contudo, apesar do preço dos alimentos processados também ter aumentado no mesmo período (de R$ 5,28/kg para R$ 8,55/kg), o crescimento foi gradualmente menor no decorrer dos anos. Por sua vez, o preço dos alimentos ultraprocessados aumentou durante o período inicial do estudo e começou a decrescer a partir dos anos 2000. Portanto, *in natura* ou minimamente processados recomendados pelo GAPB devem se tornar mais caros do que alimentos ultraprocessados a partir de 2026, quando o preço dos dois grupos se iguala. As estimativas mostram que, até 2030, a previsão é que os preços dos alimentos *in natura* e minimamente processados continuem crescendo (R$ 4,69/kg em 2017 para R$ 5,24/kg em 2030), enquanto os preços dos ultraprocessados devem decrescer (R$ 6,62/kg para R$ 4,34/kg) e o dos alimentos processados devem ficar estáveis. O

Em terceiro lugar nas perguntas com menor porcentagem de acertos, a questão 8 (*O consumo de feijoada deve ser evitado por ser uma preparação que combina alimentos in natura e minimamente processados com ingredientes culinários processados*) pode refletir o nutricionismo ainda enraizado na concepção de alimentação adequada e saudável adotada pelos profissionais (Santos et al., 2025). A feijoada é um prato bastante representativo da cozinha brasileira, resultado da miscigenação étnico-cultural e do cenário econômico e social, sendo composta por feijão preto acrescido de alimentos *in natura*, processados e ultraprocessados. A comida típica é um representante cultural de uma região, de um povo ou de uma nação, e esses aspectos demonstram como a alimentação é sociocultural (Bitelli; Jurema, 2019).

No GAPB de 2014, a prática culinária é uma estratégia para diminuição do consumo de alimentos ultraprocessados, e a culinária nacional é considerada um processo sociocultural relacionado com a identidade e o sentimento de pertencimento social e cultural das pessoas, a autonomia, o prazer e o bem-estar

dos indivíduos e das coletividades (Brasil, 2014). Entretanto, apesar do simbolismo para a cultura alimentar brasileira, a feijoada é uma preparação culinária também relacionada com o “proibido”, “não saudável”, devido ao seu valor calórico e à presença de alimentos ultraprocessados (Santos et al., 2025).

O menor percentual de acertos na questão sobre a feijoada, inclusive entre nutricionistas pode estar relacionado à ainda uma predominância do reducionismo nutricional na formação e na prática dos profissionais de saúde. Essa racionalidade privilegia a análise de nutrientes isolados e tende a descontextualizar as preparações alimentares de seus modos de consumo, dimensões culturais e sociais. Nesse cenário, preparações tradicionais passam a ser avaliadas prioritariamente por critérios como teor de gordura ou sódio, em desacordo com a abordagem proposta pelo GAPB (Burlandy et al., 2021).

A disputa de narrativas no campo da alimentação, reforçada por discursos técnicos e pela influência da indústria de alimentos, contribui para a manutenção desse olhar reducionista. Assim, torna-se evidente os desafios para a consolidação de uma compreensão ampliada da alimentação e para a incorporação efetiva do paradigma do GAPB na prática profissional (Viana, 2018). Neste sentido, o GAPB reforça o caráter multidimensional da alimentação adequada e saudável.

O maior percentual de acertos apresentado pelos Nutricionistas em nove das 16 questões do instrumento — especialmente nos temas centrais do GAPB, como classificação e processamento dos alimentos, EAN, valorização da culinária tradicional, autonomia e escolhas alimentares conscientes e reconhecimento dos determinantes culturais e midiáticos da alimentação — refletiu a própria formação e atuação desses profissionais, assim como no estudo de Reis e Jaime (2019), que constataram que os Nutricionistas possuíam uma chance cinco vezes maior de estar acima do percentil 75 de acertos no mesmo instrumento utilizado por este estudo, se comparado aos demais profissionais da APS, mostrando que foram os profissionais que mais acessaram as recomendações e diretrizes do GAPB.

A formação em nutrição, segundo as Diretrizes Curriculares Nacionais, abrange competências para compreender a alimentação de forma ampla, considerando dimensões biológicas, sociais, culturais e econômicas. Isso inclui o domínio conceitual sobre alimentos *in natura*, processados e ultraprocessados, bem como a capacidade de planejar e executar ações educativas que estimulem a autonomia alimentar e a valorização das práticas culinárias regionais (Brasil, 2018).

Em contrapartida, os demais profissionais de saúde podem variar em conhecimento conforme a exposição curricular, os recursos institucionais e a integração do conteúdo em estágios práticos — razão pela qual alguns grupos de ensino superior podem apresentar níveis relativamente mais altos, enquanto técnicos e profissionais com menos formação específica apresentam escores menores (Villacorta et al., 2020; Cardenas et al., 2021). Por esse motivo, há necessidade de que a nutrição seja reconhecida como um campo interdisciplinar e seja considerada desde a formação profissional (Tramontt; Jaime, 2020).

O trabalho de Melo e Cruz (2016) destaca a importância da inclusão da disciplina de Nutrição no curso de Enfermagem principalmente de forma prática logo no início do curso para que o graduando entre em contato com sua futura prática profissional, ressalta a interdisciplinaridade que os cursos da saúde carregam e propõe de forma estruturada a disciplina de Nutrição no curso e a integração posterior do tema em outras disciplinas. Tal recomendação é importante e pode ser usada como base para outros cursos de graduação na área da saúde.

Além disso, cabe destacar que a EAN tornou-se um dos eixos de atuação do PNAE pela Lei nº 11.947, de 16 de junho de 2009. Sua realização deve permear o currículo escolar e abordar temas referentes à alimentação adequada e saudável, na perspectiva de assegurar o DHAA e a garantia da SAN (Brasil, 2009). No mesmo sentido, em 2018, foi aprovada a Lei nº 13.666/2018, onde a EAN foi regulamentada como tema transversal dos currículos escolares (Brasil, 2018). Portanto, considerando que a escola desempenha um papel fundamental na promoção da saúde e na formação de hábitos saudáveis, incluindo a alimentação, incluir o tema alimentação e nutrição o quanto antes na formação profissional, surge como uma valiosa ferramenta para a PAAS.

É importante destacar que embora o presente estudo identificou níveis elevados de conhecimento sobre o GAPB entre determinados grupos profissionais, o domínio teórico desse conteúdo não garante sua efetiva aplicação. Conforme a literatura aponta, existe uma lacuna entre ‘conhecer’ e ‘fazer’, com múltiplos fatores intervenientes — formação continuada, cultura organizacional, rotinas de serviço, suporte institucional, e comportamento profissional. Assim, avaliar apenas o conhecimento oferece uma parte da equação, compreender a aplicação desse conhecimento e os obstáculos à sua materialização representa o desafio central para a promoção da alimentação adequada e saudável na APS (Simpson; Baldwin;

Turner, 2003; Andrade; Pereira, 2020).

Portanto, o GAPB é um dos principais instrumentos de referência na prática profissional na saúde por se tratar de um documento abrangente que propõe recomendações para escolha consciente de alimentos, visando refeições saudáveis, saborosas e sustentáveis, considerando as dimensões biológica, social, cultural e ambiental da alimentação. Reflete que um paradigma ampliado de alimentação adequada e saudável deve ser amplamente utilizado em ações de PAAS, capacitações, aconselhamento e grupos educativos. Porém, a pesquisa e os achados na literatura indicam que o GAPB ainda não está suficientemente incorporado por todos os profissionais da APS, o que limita sua implementação plena (Gabe, 2023).

Os profissionais de saúde precisam ter um entendimento integral sobre o conteúdo do GAPB para poder difundir suas orientações de forma segura, clara e fundamentada à população, contribuindo na promoção de hábitos alimentares mais saudáveis. Tais apontamentos ressaltam a importância de fornecer capacitação adicional e suporte aos profissionais da APS, a fim de que possam se aprofundar no conhecimento do GAPB e utilizá-lo de forma mais efetiva, incluindo o GAPB como eixo estruturante nas práticas de cuidado alimentar e nutricional da APS (Rodrigues; Garcia, 2023).

Tudo isso aponta para a necessidade de investimentos na capacitação dos profissionais de saúde para lidar com as questões de alimentação e nutrição da população, diante da emergência do atual cenário epidemiológico. Além da formação acadêmica, é importante considerar que processos de educação profissional continuada devem ser realizados, incluindo a formação em nutrição, a fim de aprimorar a prática das equipes multiprofissionais e ressalta-se a importância em focar em estratégias que estimulem o desenvolvimento da autoeficácia para desempenhar ações de promoção da alimentação saudável, para além da aquisição do conhecimento, como por exemplo oficinas, rodas de conversa interprofissionais, uso de metodologias ativas de EAN e integração com o matriciamento em nutrição (Tramontt; Jaime, 2020; Tramontt et al., 2023).

Para isso, é importante que se conheça e utilize as ferramentas que já existem, publicadas pelo Ministério da Saúde, a fim de fortalecer e promover o uso do GAPB pelos profissionais de saúde da APS, como o “Manual Instrutivo: implementando o GAPB em equipes que atuam na APS” auxilia os trabalhadores

para que possam compreender o GAPB e incorporá-lo ao seu trabalho e os “Protocolos de Uso do GAPB” com a finalidade de incorporar o novo paradigma de alimentação saudável, além de induzir o uso do GAPB pelos profissionais de saúde na orientação alimentar em diferentes fases e eventos do ciclo da vida de pessoas atendidas na APS, contando com cinco fascículos (adultos, idosos, gestantes, crianças de dois a 10 anos e adolescentes) (Brasil, 2019; Brasil, 2021; Brasil, 2022).

Além desses materiais, o curso *online* de 30 horas “QualiGuia - Formação para utilização dos Protocolos de Uso do Guia Alimentar para a População Brasileira" focado em capacitar profissionais da APS para usar o GAPB por meio da plataforma de cursos UNA-SUS (Brasil, 2024). Essa iniciativa faz parte do empenho para a qualificação do trabalho dos profissionais e equipes de APS do SUS e apoia o reforço da disseminação das recomendações para uma alimentação saudável, com objetivo de tornar essas mensagens mais acessíveis à população brasileira (Brasil, 2021).

Couto e colaboradores (2025) avaliaram a mudança de percepção de autoeficácia de profissionais de saúde da APS após a realização do curso QualiGuia, e concluíram que o curso *online*, aberto e massivo aumentou a percepção de autoeficácia dos profissionais de saúde da APS para realizar orientações alimentares individuais baseadas nos Protocolos de uso do GAPB, destacando-se como importante instrumento de qualificação disponível. Porém, o curso é de adesão espontânea e diante das inúmeras atribuições e demandas no cotidiano do profissional de saúde, a realização pode ser dificultada, sendo de extrema importância, que se haja investimento por parte da gestão, em processos formativos que envolvam equipes multiprofissionais e intersetoriais, contribuindo para qualificar as ações da APS e gerar intervenções mais efetivas na prevenção de DCNT (Barbosa; Tramontt; Baraldi, 2025).

A implementação de um Guia Alimentar vai além de sua publicação. A FAO (2025) destaca que a efetivação desses guias exige integração em políticas nacionais de alimentação, agricultura, educação e saúde, bem como o envolvimento de múltiplos atores governamentais e sociais. No entanto, muitos países enfrentam planos de implementação insuficientes, falta de suporte político e financeiro, e ausência de mecanismos de avaliação estruturados, o que limita o impacto real desses guias sobre dietas e sistemas alimentares.

No Brasil, a implementação de diretrizes alimentares para a alimentação

saudável ocorreu principalmente na publicação de materiais educativos e políticas públicas. A predominância de medidas educativas sobre a promoção de políticas públicas pode ser explicada pelo fato de que a mudança paradigmática introduzida pelo GAPB exigiu ampla disseminação das recomendações. No entanto, as políticas públicas, embora menos numerosas no caso brasileiro, têm um potencial de impacto maior. O alinhamento do PNAE com as recomendações do GAPB, por exemplo, pode potencialmente alcançar mais de 40 milhões de pessoas diariamente, o que corresponde a aproximadamente 1/5 da população brasileira (Gabe; Tramontt; Jaime, 2021).

Outro exemplo, é o símbolo de “lupa”, acompanhado de advertências sobre a quantidade de açúcares, sódio e gorduras saturadas, em diversos produtos alimentícios comercializados no Brasil. A obrigatoriedade deste símbolo está relacionada com deliberações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) instituídas pela RDC Nº 429, de 8 de outubro de 2020, tendo como intuito informar os consumidores sobre potenciais riscos à saúde no consumo de determinados alimentos (Lucion, 2025).

As modificações na rotulagem frontal têm o potencial de influenciar positivamente o comportamento de compra dos consumidores brasileiros, promovendo escolhas alimentares mais saudáveis (Souza, 2025). Tais ações demonstram a importância das medidas educativas e da promoção de políticas públicas, ampliando a noção historicamente predominante de que o GAPB auxilia na comunicação das recomendações sobre alimentação saudável. O papel do GAPB como promotor de sistemas alimentares saudáveis e sustentáveis deve necessariamente considerar que a implementação seja realizada de forma integrada, com múltiplas ações e com o compromisso de diversos setores (Gabe; Tramontt; Jaime, 2021).

Na América Latina, iniciativas como a Rede de Ação sobre Guias Alimentares baseadas no nível de processamento de alimentos — com participação de países como Argentina, Chile, Colômbia, Costa Rica, Equador, México e Uruguai — foram criadas para compartilhar experiências de implementação e disseminação de guias inspirados em evidências científicas, incluindo aspectos da classificação NOVA adotada pelo guia alimentar brasileiro. Apesar dessa cooperação, ainda não há evidências sistemáticas de avaliações formais de impacto populacional, e grande parte da implementação tem se dado por atividades educativas, adaptação de

materiais e alianças intersetoriais, em vez de políticas amplas e avaliadas de forma contínua (OPAS, 2021).

Além da recente publicação do Guia Alimentar para Chile, o país produziu, assim como no caso do Brasil, vídeos, informativos e outros materiais educativos baseados nas recomendações do documento. Além disso, o país adotou políticas para rotulagem nutricional frontal da embalagem dos produtos alimentícios, regulamentação da publicidade e restrições aos alimentos servidos em escolas. Em 2024, o país publicou o Plano de Implementação das Diretrizes Alimentares para o Chile, que conta com 4 principais ações a serem fortalecidas no país: sensibilizar os níveis político-normativos (trabalho intersetorial), capacitar de forma permanente e contínua os recursos humanos dos diferentes setores e níveis públicos e privados, desenvolver campanhas por meios de comunicação massiva e estabelecer mecanismos permanentes de acompanhamento, monitoramento e avaliação (Chile, 2022; Chile, 2024; Osiac et al., 2017). Outros países como Equador e México, apresentam panorama semelhante, com foco em materiais educativos e políticas de rotulagem (com destaque para o México nesse critério) e controle da alimentação nas escolas principalmente (Equador, 2021; Munguía et al., 2025).

Porém, a efetividade direta das diretrizes alimentares nacionais na mudança de padrões dietéticos da população ainda carece de dados robustos, refletindo uma tendência comum em muitos países onde os guias alimentares são parte de um conjunto maior de políticas de ambiente alimentar e saúde pública (Forray; Borzan, 2024; Keller; Lang, 2008). A produção científica que considera a classificação NOVA na América Latina aumentou em 2018, com Brasil e México liderando o desenvolvimento dos estudos. Estudos que explorem a relação da classificação NOVA com o preço dos alimentos, habilidades culinárias e políticas públicas são oportunidades de pesquisa (Cunha; Borges; Canella, 2022).

Esses casos evidenciam que, assim como no Brasil, a publicação dos guias alimentares é apenas o primeiro passo. Sua efetividade depende da articulação com políticas públicas ampliadas, monitoramento contínuo e ações intersetoriais, os quais ainda representam desafios em muitos países. A qualificação das ações de PAAS como elemento do cuidado em saúde na APS só poderá ser efetivada quando os profissionais de saúde incorporarem, no seu cotidiano, os pressupostos para uma prática colaborativa interprofissional que pode ampliar as possibilidades para a inclusão de práticas promotoras da saúde nos territórios atendidos, dentre as quais a

ampliação da PAAS, assumindo que cada profissional contribuirá com sua perspectiva em núcleo e em campo (Da Silva; Jaime, 2021).

Entendendo a alimentação como uma prática social que resulta da integração das dimensões biológicas, sociocultural, ambiental e econômica, a ação de EAN pressupõe uma abordagem integrada, multiprofissional, transdisciplinar e tem como objetivo, fornecer educação enquanto processo permanente e gerador de autonomia e participação ativa e informada dos sujeitos (Brasil, 2018).

Considerando que o combate à Sindemia Global possui enfoque no fortalecimento de sistemas alimentares sustentáveis, o que reforça a necessidade de ambientes alimentares saudáveis, a Rede INFORMAS (2022) desenvolveu o Índice *Food-EPI* para avaliar a implementação de políticas governamentais sobre ambientes alimentares, comparando cada país participante com as melhores práticas internacionais. No Brasil, o módulo Food-EPI foi coordenado em parceria de universidades e instituições governamentais. Na análise dos indicadores de política (domínios um a 7), identifica-se que apenas duas ações foram consideradas de alto nível de implementação, quando comparadas às melhores práticas internacionais, sendo elas: disponibilização da lista de ingredientes e declarações de nutrientes, de acordo com as recomendações do *Codex Alimentarius*; e fornecimento e promoção da alimentação em escolas, por meio do PNAE.

Metade dos indicadores de políticas foram avaliados como baixa ou nenhuma implementação, apontando assim lacunas críticas, tais como: a ausência de regulação nutricional de cardápios de restaurantes e redes de *fast food*, limitações na restrição da publicidade de alimentos ultraprocessados, inexistência ou insuficiência de impostos sobre esses produtos, fragilidade no direcionamento de programas de transferência de renda para a compra de alimentos saudáveis, carência de políticas de provisão alimentar saudável em espaços públicos além das escolas, lacunas em leis de zoneamento alimentar, ausência de incentivos aos estabelecimentos comerciais e serviços de alimentação para ampliar a oferta de alimentos saudáveis, bem como a falta de avaliações de impacto em acordos comerciais e de mecanismos de proteção da capacidade regulatória do país no campo da alimentação e da saúde pública (Rede INFORMAS, 2022).

Na própria consulta pública no desenvolvimento do GAPB, representantes da indústria alimentar manifestaram forte oposição à classificação NOVA, negando o impacto ambiental do sistema alimentar e defendendo a liberdade individual (Davies

et al., 2018). Essa reação é consistente com o fato de que GAPB identifica a natureza hegemônica do sistema alimentar, que é dominado e suscetível ao *lobby* de grupos privados, como a causa principal de uma dieta inadequada (Gabe; Tramontt; Jaime, 2025).

Assim, fica evidente que existem disputas expressivas entre o setor público e o setor privado comercial, especialmente em torno das narrativas que definem o que é alimentação saudável. O setor privado tem adotado estratégias discursivas que questionam e deslegitimam a classificação NOVA, em particular o conceito de alimentos ultraprocessados. Essas tensões são reforçadas por uma perspectiva biologicista e medicalizante da nutrição, que reduz o debate à composição nutricional e à relação entre nutrientes e DCNT. Paradoxalmente, essa abordagem favorece processos de “farmacologização” da alimentação e a expansão de mercados estratégicos para o setor privado, ao mesmo tempo em que permite a apropriação do discurso do “saudável” por meio da adição ou redução pontual de nutrientes em produtos ultraprocessados. No âmbito da ação política, a fragmentação, a relativização e a distorção de significados são estratégias adotadas pelo setor privado comercial que, particularmente, reforçam a polarização entre ações individuais e intervenções ambientais, e disseminam uma concepção restrita de EAN (Burlandy et al., 2021).

Neste cenário complexo, o SUS desempenha papel estratégico no campo da alimentação e nutrição ao atuar na promoção, proteção, prevenção e cuidado em saúde, influenciando diretamente o sistema alimentar por meio de ações que impactam a produção, os ambientes alimentares e os padrões de consumo. Assim, o SUS configura-se como estratégico para o desenvolvimento sustentável, e existe uma urgência no fortalecimento da integração entre ações e ampliação do diálogo e da cooperação entre os diversos setores envolvidos. O fortalecimento da abordagem da saúde planetária e o empoderamento da população quanto aos seus direitos contribuem para a efetivação do DHAA, posicionando o SUS como articulador de um sistema alimentar mais justo, saudável e sustentável (Machado et al., 2021).

O GAPB foi valorizado internacionalmente por indicar que o consumo de alimentos ultraprocessados deve ser evitado, considerando danos à saúde e riscos às culturas alimentares tradicionais, além de expressarem (e contribuírem para) um sistema alimentar insustentável do ponto de vista social, econômico e ambiental (FAO, 2016). É relevante citar, por exemplo, que em 2026, os Estados

Unidos da América (EUA) publicaram suas diretrizes alimentares (2025-2030) com recomendações que o GAPB de 2014 já trazia como prioridade. O governo cita a mensagem principal *"eat real food."* (na tradução: coma comida de verdade), remetendo à necessidade de aumentar o consumo de alimentos *in natura* e reduzir a ingestão de alimentos ultraprocessados (EUA, 2026). Isso mostra o quanto o Brasil é avançado em relação às suas diretrizes alimentares baseadas em evidências científicas estando 10 anos à frente da maior potência mundial.

Por esse motivo, o GAPB tem toda sua potência como orientador das políticas de alimentação e nutrição. Como apontado por Bortolini, Basso e Jaime (2025), deve ter seu uso fomentado nas ações de comunicação e nas políticas públicas, contribuindo para superar barreiras de acesso à alimentação saudável e fortalecer a PAAS. Nesse sentido, o modelo de educação permanente, flexível e adaptado à realidade das equipes, possibilita que os trabalhadores compreendam o GAPB, incorporem-no às suas práticas e tornem suas recomendações mais acessíveis à população (Brasil, 2021).

Em relação às limitações deste estudo, deve-se considerar que foi realizado em um município específico, o que pode restringir a generalização dos resultados para outras populações ou contextos. Por outro lado, Londrina é referência de uma região metropolitana, um importante pólo de prestação de serviços em saúde e formação profissional, sendo a sede da 17ª Regional de Saúde do Paraná. Por tratar-se de um estudo transversal, não é possível estabelecer relações de causalidade entre as variáveis, além disso, o questionário foi auto aplicado, o que pode levar a superestimação do conhecimento real.

Em relação aos pontos fortes, obteve-se amostra com poder de teste capaz de representar os profissionais da saúde que atuam em equipes multiprofissionais na APS, ademais, utilizou-se instrumento validado para obtenção do desfecho, o que garante maior confiabilidade aos resultados encontrados. O estudo traz uma análise inédita no contexto municipal, abordando de forma abrangente diferentes categorias profissionais da APS, o que contribui para compreender como o GAPB tem sido apropriado e utilizado na prática local, ampliando a utilidade dos resultados para o planejamento de ações de Educação Permanente.

Este estudo pode contribuir para o planejamento de ações formativas interprofissionais, na identificação de lacunas de conhecimento e na valorização do GAPB como instrumento de educação e promoção da saúde e sugere-se para a

realidade local do município, intervenções neste contexto, assim como no estudo publicado Tramontt e colaboradores (2023), que realizaram uma intervenção educativa sobre o GAPB em um município de 400 mil habitantes, que contou com 26 profissionais. Tal pesquisa resultou em uma média de 13,29 pontos de conhecimento sobre o GAPB pós-intervenção (que anteriormente era de 10,83 pontos), demonstrando que a população deste estudo, após receber intervenção educativa, possuíram conhecimento elevado sobre o conteúdo do Guia Alimentar.

Sugere-se também, que ações de Vigilância Alimentar e Nutricional sejam fortalecidas e que haja a padronização de rotinas de monitoramento e avaliação da situação alimentar e nutricional da população acompanhada nas UBS conforme o Guia para a Organização da Vigilância Alimentar e Nutricional na APS publicado em 2022, utilizando-se dados antropométricos e os marcadores de consumo alimentar que contribuem com o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). Com base nas características de saúde observadas, é possível organizar linhas de cuidado que visam orientar a oferta de ações e serviços de saúde centrados no cuidado de cada pessoa e comunidade.

Por fim, apesar das limitações inerentes ao delineamento e contexto de aplicação, o estudo apresenta resultados relevantes para o trabalho e gestão da APS e para a formulação de estratégias de educação permanente voltadas ao fortalecimento das práticas alimentares saudáveis no SUS.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A média e mediana de conhecimento dos profissionais de saúde atuantes na APS do município de Londrina, foram respectivamente, 11 e 12 (em uma escala de 0 a 16, ou seja, esses valores representam, respectivamente, 68,7% e 75% dos acertos), semelhante aos estudos já realizados em outros contextos. Os resultados evidenciaram lacunas importantes, demonstrando que, embora o GAPB seja reconhecido como referência nacional e internacional para a PAAS, sua incorporação efetiva às práticas cotidianas da APS ainda é limitada.

Os resultados evidenciaram que os nutricionistas apresentaram as maiores médias de conhecimento sobre o GAPB, embora sem diferença estatisticamente significativa em relação aos médicos e aos profissionais de educação física. Esse achado reforça que, apesar do maior domínio esperado entre nutricionistas — uma vez que a alimentação e a nutrição constituem o núcleo central de sua formação e prática profissional —, o conhecimento sobre o GAPB não se restringe exclusivamente a essa categoria, estando também presente entre outros profissionais de nível superior que atuam diretamente no cuidado à saúde. Ademais, as diferenças observadas entre as categorias não devem ser interpretadas como fragilidades individuais, mas como expressão da exigibilidade diferenciada de competências e saberes, própria da divisão técnica do trabalho na APS.

A análise dos resultados também revelou que a escolaridade e tempo de atuação estiveram associados a melhores desempenhos, sugerindo que estratégias educativas institucionais podem contribuir para fortalecer o domínio conceitual e prático sobre o tema. Contudo, o simples acesso à informação não garante sua incorporação às ações de cuidado. Os resultados também indicam que o conhecimento dos profissionais de saúde sobre o GAPB se constrói na prática da APS quando observou-se que a maior frequência de realização de práticas da APS está associada a maiores níveis de conhecimento sobre o GAPB. Esse resultado evidencia que a aprendizagem ocorre no cotidiano do trabalho. Assim, o fortalecimento das práticas assistenciais e educativas na APS é fundamental tanto para a qualificação profissional quanto para a incorporação efetiva do GAPB nas ações de PAAS.

Tais achados reforçam a necessidade de integrar o conteúdo do GAPB nos processos formativos das diversas profissões da saúde, assim como de forma

intersetorial, bem como nos programas de educação permanente, promovendo o diálogo interprofissional, o matriciamento nutricional e a valorização das práticas alimentares como eixo estruturante do cuidado em saúde. Tais ações podem favorecer a consolidação de uma APS mais resolutiva, humanizada e alinhada aos princípios da PAAS e da PNAN.

O estudo apresenta relevância prática e política, ao oferecer subsídios para gestores e profissionais planejarem ações de capacitação e educação permanente voltadas à qualificação das práticas alimentares no território. Além disso, ajuda a evidenciar o potencial do GAPB como ferramenta estratégica para o fortalecimento do cuidado integral e para a consolidação do DHAA no âmbito do SUS, como parte de um sistema alimentar saudável e sustentável no contexto da Sindemia Global. O fortalecimento das ações interdisciplinares, o apoio institucional e o compromisso ético-político dos profissionais são caminhos fundamentais para que o GAPB ultrapasse seu objetivo em ser um instrumento técnico e se torne uma prática viva no cotidiano dos serviços de saúde.

**REFERÊNCIAS**

ALVES, Kelly. Implementação de Guias Alimentares: experiência brasileira [PDF]. Documento apresentado em 8 jun. (evento SAN-CPLP). Disponível em: https://san.cplp.org/media/42hnjjxi/11_dia-3_8jun_kelly-alves_guias-alimentares-brasileiros.pdf. Acesso em: xx mmm. 2026.

AMARAL, V. L.; SPADOTTO, G. C.; GOMES, C. B., Knowledge, attitudes and practices of primary care professionals about the food guide for children up to 2 years old: a cross-sectional study, Botucatu, São Paulo, Brazil, 2023. **Epidemiol. Serv. Saúde**, vol. 33, 2024. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ress/a/BvnBvpK9TcvKJJfmNrRkMjR/?lang=en. Acesso em: 31 out. 2025.

AMBROSI, C.; GRISOTTI, M. O Guia Alimentar para a População Brasileira (GAPB): uma análise à luz da teoria social. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 11, p. 4243-4251, 2022. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/csc/2022.v27n11/4243-4251/. Acesso em: 29 set. 2025.

ANDRADE, K. R. C.; PEREIRA, M. G. Tradução do conhecimento na realidade da saúde pública brasileira. **Revista de Saúde Pública**, 2020. Disponível em: https://rsp.fsp.usp.br/wp-content/uploads/articles_xml/1518-8787-rsp-54-0072-Y9PzL/1518-8787-rsp-54-0072-Y9PzL-pt.pdf. Acesso em: 31 out. 2025.

ANDRADE, N. M; SANTOS, G. M. G. C. O conhecimento sobre nutrição e profissionais de saúde em Unidades Básicas de Saúde do município de Londrina-PR. **Revista Terra e Cultura**. n. 55, 2012. Disponível em: http://periodicos.unifil.br/index.php/Revistateste/article/view/198/211. Acesso em: 31 out. 2025.

BARBOSA, I. B; TRAMONTT, C. R.; BERALDI, L. G. Desafios para uso do Guia Alimentar na prática profissional intersetorial em uma metrópole no Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 23, 2025. Disponível em: https://www.scielo.br/j/tes/a/NRK6mKSVdqhMjrPhzqbwyzD/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 04 out. 2025.

BATISTA, K. B. C.; GONÇALVES, O. S. J. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde e Sociedade**, vol. 20, n. 4, 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sausoc/a/9QMxSsmqMcqQPjXP9fbthCn/abstract/?lang=pt. Acesso em: 31 out. 2025.

BARROS, et al. A influência da transição alimentar e nutricional sobre o aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 7, n. 7, p. 74647–74664, jul. 2021. Disponível em: https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/33526. Acesso em: 23 out. 2025.

BEYDOUN, M. A. et al., Monetary Value of Diet Is Associated with Dietary Quality and Nutrient Adequacy among Urban Adults, Differentially by Sex, Race and Poverty Status. **Plos One**, 2015. Disponível em: https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0140905. Acesso em: 01 nov. 2025.

BIELEMANN, R. M. et al. Consumo de alimentos ultraprocessados e impacto na dieta de adultos jovens. **Revista Saúde Pública**. Pelotas, vol. 49, n. 28, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rsp/a/6wjMXZkvzWgCHvsZJyFHzgt/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 23 out. 2025.

BITELLI, F. M.; JUREMA, M. L. M. Feijoada: origem e considerações acerca de um patrimônio cultural imaterial. **Contextos da Alimentação – Revista de Comportamento, Cultura e Sociedade,** vol. 7 n. 1, São Paulo, 2019. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/337168400_FEIJOADA_origem_e_consideracoes_acerca_de_um_patrimonio_cultural_imaterial. Acesso em: 15 jan. 2026.

BOOG, M. C. F., Contribuições da educação nutricional à construção da segurança alimentar e nutricional. **Saúde Revista**, Piracicaba, v. 6, n. 13, p. 17-23, 2004. Disponível em: https://educacaoemnutricao.com.br/documentos/contribuicaesdaeducacaonutricionalaconstrucaodasegurancaalimentar22127.pdf. Acesso em: 4 out. 2025.

BORGES, A. L. B. **Desenvolvimento de material educativo baseado no Guia Alimentar para a População Brasileira**: subsídio para abordagem da alimentação e nutrição de profissionais da atenção básica. 2021. Dissertação de Mestrado (Programa de Pós Graduação em Segurança Alimentar e Nutricional) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: http://www.repositorio-bc.unirio.br:8080/xmlui/bitstream/handle/unirio/13586/Vers%c3%a3o%20Final%20disserta%c3%a7%c3%a3o_Amanda%20Lo%20Bianco%20Borges.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 04 out. 2025.

BORGES, C. A. et al., Quanto custa para as famílias de baixa renda obterem uma dieta saudável no Brasil? **Cad. Saúde Pública**, vol. 31, n.1, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/F38ZZzHSvBJT8QNgJStcDZx/?format=html&lang=pt. Acesso em: 01 nov. 2025.

BORTOLINI, G. A.; BASSO, C.; JAIME, P. C. Recomendações para o fortalecimento da implementação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição. **Ciência e Saúde Coletiva**. vol. 30, n. 20, 2025. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/6pQLYFKkmvhg3npZv6gWqJC/?format=html&lang=pt. Acesso em: 31 out. 2025.

BRANDÃO, A. L. et al., Recomendações para o fortalecimento da atenção nutricional na atenção primária à saúde brasileira. **Rev. Panam. Salud Publica**, vol. 10, n. 6, 2022. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9553020/. Acesso em: 31 out. 2025.

BRASIL. **[Constituição (1988)]**. Emenda Constitucional nº 64, de 2010. Altera o art. 6º da Constituição Federal, para introduzir a alimentação como direito social. Diário Oficial da União: seção 1, página 1, Brasília, DF, 2010. Disponível em: https://www2.camara.leg.br/legin/fed/emecon/2010/emendaconstitucional-64-4-fevereiro-2010-601824-publicacaooriginal-123345-pl.html. Acesso em: 23 out. 2025.

BRASIL**. Decreto nº 7.272, de 25 de agosto de 2010**. Regulamenta a Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006, que cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN; institui a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – PNSAN; estabelece os parâmetros para elaboração do Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 26 ago. 2010. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7272.htm. Acesso em: 4 out. 2025.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Londrina(PR). Cidades e Estados. 2022. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pr/londrina.html. Acesso em: 22 out. 2025.

BRASIL. **Lei n.º 12.864, de 24 de setembro de 2013**. Altera o caput do art. 3º da Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, incluindo a atividade física como fator determinante e condicionante da saúde. Brasília, DF: Presidência da República, 2013. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12864.htm. Acesso em: 22 out. 2025.

BRASIL. **Lei nº 13.666, de 16 de maio de 2018**. Altera a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996 (Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional), para incluir o tema transversal da educação alimentar e nutricional no currículo escolar. Brasília, DF: Presidência da República, 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13666.htm. Acesso em: 28 fev. 2026.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES nº 6, de 19 de outubro de 2017**: institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 2017. Disponível em: https://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=74371-rces006-17-pdf&category_slug=outubro-2017-pdf&Itemid=30192. Acesso em: 15 jan. 2026.

BRASIL. Ministério da Educação. Diretrizes Curriculares – Cursos de Graduação. Portal Gov.br, 2025. Disponível em: https://www.gov.br/mec/pt-br/cne/normas-classificadas-por-assunto/diretrizes-curriculares-cursos-de-graduacao. Acesso em: 15 jan. 2026.

BRASIL. Ministério da Educação. Parecer CNE/CES 1133/2001. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. Brasília, 2001. Disponível em: https://portal.mec.gov.br/dmdocuments/ces1133.pdf. Acesso em: 31 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução Nº 06, de 08 de maio de 2020**. Dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar aos alunos da educação básica no âmbito do Programa Nacional de Alimentação Escolar – PNAE. Brasília, 2020. Disponível em: https://www.gov.br/fnde/pt-br/acesso-a-informacao/legislacao/resolucoes/2020/resolucao-no-6-de-08-de-maio-de-2020/view. Acesso em: 28 fev. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **RDC Nº 429, de 8 de outubro de 2020**. Dispõe sobre a rotulagem nutricional dos alimentos embalados. Brasília, 2020. Disponível em: https://anvisalegis.datalegis.net/action/ActionDatalegis.php?acao=abrirTextoAto&tipo=RDC&numeroAto=00000429&seqAto=000&valorAno=2020&orgao=RDC/DC/ANVISA/MS&codTipo=&desItem=&desItemFim=&cod_menu=1696&cod_modulo=134&pesquisa=true. Acesso em: 28 fev. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Alimentação adequada e saudável faz bem pra você, pra sociedade e pro planeta. **Notícias**, 2022. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/eu-quero-me-alimentar-melhor/noticias/2022/alimentacao-adequada-e-saudavel-faz-bem-pra-voce-pra-sociedade-e-pro-planeta. Acesso em: 21 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Alimentação saudável: a chave para a prevenção de doenças crônicas não transmissíveis. **Notícias,** 2024. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/agosto/alimentacao-saudavel-a-chave-para-a-prevencao-de-doencas-cronicas-nao-transmissiveis. Acesso em: 15 jan. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição. 2022. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/pnan/diretrizes. Acesso em: 21 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia alimentar para a criança brasileira: versão resumida. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_crianca_brasileira_versao_resumida.pdf. Acesso em: 14 jan. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia para a organização da Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Primária à Saúde [recurso eletrônico]/ Ministério da Saúde. Universidade Federal de Sergipe. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_organizacao_vigilancia_alimentar_nutricional.pdf. Acesso em: 16 jan. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual instrutivo: implementando o guia alimentar para a população brasileira em equipes que atuam na Atenção Primária à Saúde [recurso eletrônico]/Ministério da Saúde; Universidade de São Paulo. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 143 p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_instrutivo_guia_alime

ntar_pop_brasileira.pdf. Acesso em: 23 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. O que é alimentação saudável. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/oQueEAlimentacaoSaudavel.pdf. Acesso em: 19 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2017.pdf. Acesso em: 4 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Diário Oficial da União, Brasília, 24 jan. 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html. Acesso em: 15 jan. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 3.493, de 10 de abril de 2024**. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir nova metodologia de cofinanciamento federal do Piso de Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, 11 abr. 2024. Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.493-de-10-de-abril-de-2024-553573811. Acesso em: 15 jan. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Promover a alimentação adequada e saudável: um direito e um compromisso coletivo. **Notícias**, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/outubro/promover-a-alimentacao-adequada-e-saudavel-um-direito-e-um-compromisso-coletivo. Acesso em: 15 jan. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Contribuições dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família para a Atenção Nutricional [recurso eletrônico]. Brasília, 2017. 39 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/contribuicoes_saude_familia_atencao_nutricional.pdf. Acesso em: 21 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.htm?utm_source=chatgpt.com. Acesso em: 31 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira. 2. ed., 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia prático do agente comunitário de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. O trabalho do agente comunitário de saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Matriz para organização dos cuidados em alimentação e nutrição na atenção primária à saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/matriz_organizacao_cuidados_alimentacao_aps.pdf. Acesso em: 19 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Guia de Atividade Física para a População Brasileira [recurso eletrônico]/Ministério da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://www.gov.br/saude-/pt-br/composicao/saps/pnan. Acesso em: 21 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Organização Pan Americana da Saúde. Guia alimentar para crianças menores de dois anos/Secretaria de Políticas de Saúde, Organização Pan Americana da Saúde, Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: Documento para Discussão. Editora MS. Brasília, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_prom_saude.pdf. Acesso em: 23 out. 2025.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030 [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/contribuicoes_saude_familia_atencao_nutricional.pdf. Acesso em: 21 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS/ Ministério da Saúde, Brasília, 2018. 40p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude.pdf. Acesso em: 24 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. SUS realizou quase 30 milhões de atendimentos nutricionais na Atenção Primária. 2022. Disponível em: https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2022/04/sus-realizou-quase-30-milhoes-de-atendimentos-nutricionais-na-atencao-primaria. Acesso em: 31 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade de São Paulo. Fascículo 1 Protocolos de uso do guia alimentar para a população brasileira na orientação alimentar: bases teóricas e metodológicas e protocolo para a população adulta [recurso eletrônico]/ Ministério da Saúde, Universidade de São Paulo. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://nutricao.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/manual/upload_30062022/33%20-%20CAB%20-%20Fasc%C3%ADculo%201.pdf. Acesso em: 14 jan. 2026.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2012. Disponível em: https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/2017/03/marco_EAN.pdf. Acesso em: 19 set. 2025.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. Educação Alimentar e Nutricional. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/mds/pt-br/caisan/educacao-alimentar-e-nutricional. Acesso em: 19 set. 2025.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. Princípios e Práticas para Educação Alimentar e Nutricional. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social, 2018. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/seguranca_alimentar/caisan/Publicacao/Educacao_Alimentar_Nutricional/21_Principios_Praticas_para_EAN.pdf. Acesso em: 19 set. 2025.

BRASIL. **Portaria GM/MS Nº 635, de 22 de maio de 2023**. Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde. Brasília, DF: 2023. Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-635-de-22-de-maio-de-2023-484773799. Acesso em: 31 out. 2025.

BRASIL. Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS). Curso online. Disponível em: https://www.unasus.gov.br/cursos/curso/47024. Acesso em: 14 jan. 2026.

BUDNICK, E. C. G. **Conhecimento e Utilização do Guia Alimentar para a População Brasileira por Profissionais de Saúde de uma cidade do interior do Paraná**. 2022. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Nutrição) – Centro Universitário Campo Real. Guarapuava, 2022. Disponível em: https://repositorio.camporeal.edu.br/index.php/nutri/article/view/248/247. Acesso em: 04 out. 2025.

BURLANDY, L. et al., Reflexões sobre ideias e disputas no contexto da promoção da alimentação saudável. **Cadernos de Saúde Pública**. vol. 37, n. 1, 2021. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/g8kSyP3Dcx5RmvfsNYyft4p/abstract/?lang=pt. Acesso em: 28 fev. 2026.

CALDEIRA, T. C. M. et al., Differences in the cost and environmental impact between the current diet in Brazil and healthy and sustainable diets: a modeling study. **Nutrition Journal**, vol. 23, n. 71, 2024.

CAMPOS, S. E. V. et al. Reflexões sobre ideias e disputas no contexto da promoção da alimentação saudável. **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 37, 2022. Disponível em: https://cadernos.ensp.fiocruz.br/ojs/index.php/csp/article/view/7645/20075. Acesso em: 15 jan. 2026.

CANELLA, D. S. et al., Atualização dos parâmetros de aquisição do Programa Nacional de Alimentação Escolar com base no Guia Alimentar para a População Brasileira. **Cadernos de Saúde Pública**. vol. 31, n. 7, 2021. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/tdh6M7nSLYZzj7GtJfjsqXL/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 28 fev. 2026.

CARDENAS, D. et al., Nutrition in medical education in Latin America: Results of a cross-sectional survey. **Journal of Parenteral and Enteral Nutrition**. vol, 46, n. 1, 2022. Disponível em: https://aspenjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/jpen.2107. Acesso em: 31 out. 2025.

CARMO, A. S., et al**.** Promoção da Alimentação Adequada e Saudável no âmbito do Programa Saúde na Escola: implementação e contribuição do Programa Crescer Saudável. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 46, n. esp. 3, p. 129–141, nov. 2022 [recurso eletrônico]. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/S46wkWKMJrRdmsg9knNrwSG/. Acesso em: 21 jun. 2025.

CECCIM, R. B; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**. vol. 14, n. 1, 2004. Disponível em: https://www.scielo.br/j/physis/a/GtNSGFwY4hzh9G9cGgDjqMp/abstract/?lang=pt. Acesso em: 28 fev. 2026.

CERVATO-MANCUSO, A. M. et al., A atuação do nutricionista na Atenção Básica à Saúde em um grande centro urbano. **Ciência e Saúde Coletiva**. vol. 17, n. 12, 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/6RgHRYxBGk9ZY6GcrfnVdjK/?format=html&lang=pt. Acesso em: 31 out. 2025.

CERVATO-MANCUSO, A. M.; VINCHA, K. R. R.; SANTIAGO, D. A. S. Educação Alimentar e Nutricional como prática de intervenção: reflexão e possibilidades de fortalecimento. **Physis: Revista de Saúde Coletiva,** São Paulo, v. 26, n. 1, p. 225-249, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/j/physis/a/cFCwkTrh6KxsDnDvSHDYy7m/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 24 out. 2025.

CHILE. Ministerio de Salud. Guías Alimentarias para Chile. Santiago: Ministerio de Salud, 2023. Disponível em: https://www.minsal.cl/guias-alimentarias-para-chile/. Acesso em: 15 jan. 2026.

CHILE. Ministerio de Salud**.** Plan de Implementación de las Guías Alimentarias para Chile, 2024. Santiago: Ministerio de Salud, 2024. Disponível em: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2024/10/2024.10.11_PLAN-IMPLEMENTACION-GUIAS-ALIMENTARIAS-PARA-CHILE.pdf. Acesso em: 15 jan. 2026.

CHILE. SEREMI de Salud Región de Los Lagos. Rotafolio GABAS SEREMI Salud Los Lagos. Los Lagos: Ministerio de Salud, 2023. Disponível em: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2023/11/Rotafolio-GABAS-SEREMI-Salud-Los-Lagos.pdf. Acesso em: 15 jan. 2026.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS (CFN). **Resolução CFN nº 600, de 25 de fevereiro de 2018**. Dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições e indica parâmetros numéricos mínimos de referência para a efetividade dos serviços prestados à sociedade. Brasília, 2018. Disponível em: https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/resolucoes/resolucoes_old/Res_600_2018.htm. Acesso em: 15 jan. 2026.

COSTA, R. S.; DIAS, B. R. L.; PONTES, A. N. Transição nutricional e seus efeitos na mudança dos hábitos alimentares na Amazônia Legal Brasileira. **Revista Saúde e Meio Ambiente**, Três Lagoas, v. 15, n. 2, p. 109–119, 2023. Disponível em: https://periodicos.ufms.br/index.php/sameamb/article/view/19590. Acesso em: 23 out. 2025.

COUTO, Vanessa Del Castillo Silva et al. Mudança na percepção de autoeficácia de profissionais de saúde para realizar orientações alimentares após a participação em um curso aberto, on-line e massivo: ensaio comunitário não controlado em 64 municípios brasileiros, 2022-2024. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Rio de Janeiro, v. 34, 2025. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/ress/2025.v34/e20240330/. Acesso em: 15 jan. 2026.

DA SILVA, A. C. F.; JAIME, P. C. Promoção da alimentação adequada e saudável na Atenção Básica: avanços e desafios. In: DA SILVA, A. C.; BRANDÃO, A. L.;

CASEMIRO, J. P. **Alimentação e nutrição na atenção básica**: reflexões cotidianas e contribuições para prática do cuidado. 1 ed. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2021. 57-76. https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-018-5055-z?utm_source=chatgpt.com. Acesso em: 31 out. 2025.

DAVIES, V. F. et al. Applying a food processing-based classification system to a food guide: a qualitative analysis of the Brazilian experience. **Public Health Nutrition**. vol. 21, n. 1, 2018. Disponível em: https://www.cambridge.org/core/journals/public-health-nutrition/article/applying-a-food-processingbased-classification-system-to-a-food-guide-a-qualitative-analysis-of-the-brazilian-experience/0A87E831D50BF09A04A079E30819F04E. Acesso em: 16 jan. 2026.

EQUADOR. Ministerio de Salud Pública del Ecuador y la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. 2021. Documento Técnico de las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos (GABA) del Ecuador, Quito. Disponível em: https://openknowledge.fao.org/items/ddd9ee6d-41c6-4345-b1ba-cd4ab762cdc7. Acesso em: 17 jan. 2026.

FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; THUMÉ, E. Acesso e qualidade na atenção básica brasileira: análise comparativa dos três ciclos da avaliação externa do PMAQ-AB, 2012-2018. [E-book]. São Leopoldo: **Oikos**, 2021. 224 p. Disponível em: https://dms.ufpel.edu.br/site/wp-content/uploads/2021/11/Acesso-e-qualidade-na-atenc%CC%A7a%CC%83o-ba%CC%81sica-E-book.pdf. Acesso em: 15 jan. 2026.

FITTIPALDI, A. L. M.; BARROS, D. C.; ROMANO, V. F. Apoio Matricial nas ações de Alimentação e Nutrição: visão dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. **Physis**. vol. 27, n. 3, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/j/physis/a/WFrT4gd6Kgs9Mbn9TKgLpxM/?lang=pt. Acesso em: 31 out. 2025.

FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION (FAO). Dietary guidelines. **FAO Background**. Disponível em: https://www.fao.org/nutrition/education/dietary-guidelines/background/en/. Acesso em: 25 set. 2025.

FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION (FAO). Dietary guidelines (Food-based dietary guidelines). **FAO**. Disponível em: https://www.fao.org/nutrition/education/food-dietary-guidelines/home/en/. Acesso em: 25 set. 2025.

FAO (FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION); FCRN (Food Climate Research Network). Plates, Pyramids, Planet: Developments in National Healthy and Sustainable Dietary Guidelines: A State of Play Assessment. Roma: FAO; 2016. Disponível em: https://openknowledge.fao.org/server/api/core/bitstreams/4986aec2-a354-4497-8afc-94b562a53e53/content
. Acesso em: 15 jan. 2026.

FAO (FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION). Influencing food environments for healthy diets. Roma: FAO, 2016. Disponível em: https://openknowledge.fao.org/server/api/core/bitstreams/1c4161e0-8858-4183-b39f-4c76cba27304/content. Acesso em: 15 jan. 2026.

FAO (FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION); WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). World Declaration and Plan of Action for Nutrition. Roma: FAO/WHO, 1992. Disponível em: https://www.fao.org/4/u9260e/u9260e00.pdf. Acesso em: 25 set. 2025.

FORRAY, A. I., BORZAN, C.M. Implementation of National Nutrition Policies and Strategies to Reduce Unhealthy Diets: An Ecological Analysis of 194 Countries from 2017 to 2021. **Nutrients**. vol. 16, n. 6, 2024. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10975650/?utm_source=. Acesso em: 26 fev. 2026.

FERNANDES, M. E. M. et al. Adesão ao Guia Alimentar da População Brasileira e aspectos sociodemográficos: Estudo Brazuca. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, vol. 59, n. 16, 2025. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rsp/a/5C5HqBvXhJfbLJYYJ8NvJZC/?format=html&lang=pt. Acesso em: 23 out. 2025.

FERREIRA, L. MOURA, L. A Sindemia Global e sua conexão com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. **Revista SustentArea**, n. 17, nov. 2024. Disponível em: https://www.fsp.usp.br/sustentarea/wp-content/uploads/2025/01/RevSustentarea_ed17_nov2024_Corrigida.pdf
. Acesso em: 14 jan. 2026.

FEUERWERKER, L. C. M. Educação dos profissionais de Saúde hoje – problemas, desafios, perspectivas e as propostas do Ministério da Saúde. **ABENO**. vol. 3, n. 1, 2003. Disponível em: https://fmabc.br/admin/storage/base64-files/1730728408_Educacao_profissionais_saude_hoje.pdf. Acesso em: 31 out. 2025.

GABE, K. T. **Desenvolvimento e validação de uma escala autoaplicável para avaliação da alimentação segundo as recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira**. 2018. Dissertação (Mestrado em Nutrição em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo. São Paulo, 2018. Disponível em: https://teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6138/tde-08112018-131030/pt-br.php. Acesso em: 04 out. 2025.

GABE, K. T.; JAIME, P. C. Práticas alimentares segundo o Guia alimentar para a população brasileira: fatores associados entre brasileiros adultos. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, vol. 29, n. 1, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ress/a/7Rc6W3DBCxycf5fh7zkfYdx/?format=html&lang=pt. Acesso em: 23 out. 2025.

GABE, K.T., TRAMONTT, C. R., JAIME, P. C. Implementation of food-based dietary guidelines: conceptual framework and analysis of the Brazilian case. **Public Health**

**Nutrition**. vol. 24, n. 18, 2021. Disponível em: https://www.cambridge.org/core/journals/public-health-nutrition/article/implementation-of-foodbased-dietary-guidelines-conceptual-framework-and-analysis-of-the-brazilian-case/BBA4D195992EA061ECD8FAA151B71C0D?utm_source. Acesso em: 16 jan. 2026.

GIL, C. R. R. et al., A organização dos Serviços e Saúde em Londrina e região e suas contribuições para a descentralização e municipalização no Estado do Paraná e no País. In: Andrade et al., **Bases da Saúde Coletiva**. 2ª ed. rev. e ampl., Eduel: Londrina, 2017. 578 p.

GONÇALVES, L. S; HOFFMANN, D. C. Atuação do nutricionista na Atenção Primária à Saúde: uma revisão bibliográfica. **Revista FT**, v. 28, ed. 135, 2024. Disponível em: https://revistaft.com.br/atuacao-do-nutricionista-na-atencao-primaria-a-saude-uma-revisao-bibliografica/. Acesso em: 30 set. 2025.

HARA, B. P. L. et al.,. Conhecimento de nutricionistas sobre o Guia Alimentar para a População Brasileira. **Nutrição Brasil**, São Paulo, v. 16, n. 5, p. 288-291, 2017. Disponível em: https://convergenceseditorial.com.br/index.php/nutricaobrasil/article/view/1825. Acesso em: 30 set. 2025.

JAIME, P. C. BRAGA, M. B. L. Dez anos do Guia Alimentar para a População Brasileira: história, ciência e política. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 59, p. 1-10, 2025. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ress/a/jhKxXWFLFL5sRRLqYv4dKrb/?lang=pt. Acesso em: 26 set. 2025.

KELLER, I., LANG T. Diretrizes alimentares baseadas em alimentos e sua implementação: lições de quatro países – Chile, Alemanha, Nova Zelândia e África do Sul. **Public Health Nutrition**. vol. 11, n. 18, 2008. Disponível em: https://www.cambridge.org/core/journals/public-health-nutrition/article/foodbased-dietary-guidelines-and-implementation-lessons-from-fourcountries-chile-germany-new-zealand-and-south-africa/6AFC3B9A3B58AD56053270D9F296FE21. Acesso em: 26 fev. 2026.

LIMA, A. S. et al., Letramento funcional em saúde em pacientes portadores de doenças crônicas. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 9, 2022.

LONDRINA (Município). Prefeitura Municipal de Londrina. Portal da Transparência – Pessoal. 2024. Disponível em: https://portal.londrina.pr.gov.br/index.php/pessoal. Acesso em: 25 jun. 2024.

LONDRINA (Município). Prefeitura Municipal de Londrina. História da organização do sistema de saúde de Londrina. Portal da Saúde de Londrina. 2019. Disponível em: https://saude.londrina.pr.gov.br/index.php/historia.html?utm_sourcel. Acesso em: 17 jan. 2026.

LONDRINA (Município). Prefeitura Municipal de Londrina. Sistemas de Saúde. 2024.

Disponível em: https://www3.londrina.pr.gov.br/sistemas/saude/. Acesso em: 25 jun. 2024.

LOUZADA, M. L. C. et al., Consumo de alimentos ultraprocessados no Brasil: distribuição e evolução temporal 2008–2018. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 57, p. 1-10, 2023. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rsp/a/4NgBXsYpKjrKHvCBJ876P8F/?lang=pt. Acesso em: 19 set. 2025.

LUCION, N. V. Rotulagem nutricional frontal de alimentos e o papel das instituições. **Revista Foco**. vol. 18, n. 1, 2025. Disponível em: https://ojs.focopublicacoes.com.br/foco/article/download/7604/5408/18486. Acesso em: 18 jan. 2026.

MACHADO, A. D.; et al., O papel do Sistema Único de Saúde no combate à sindemia global e no desenvolvimento de sistemas alimentares sustentáveis. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 10, 2021. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/X85SHrxL7tHdcppJspKd5mb/?lang=pt. Acesso em: 15 jan. 2026.

MAIA, E. G. et al., Substituir alimentos ultraprocessados por alimentos frescos para atender as recomendações alimentares: uma questão de custo? **Cad. Saúde Pública**, vol. 37, 2021. Disponível em: https://www.scielosp.org/pdf/csp/2021.v37suppl1/e00107220/pt. Acesso em: 01 nov. 2025.

MAIA, E. G. et al., What to expect from the price of healthy and unhealthy foods over time? The case from Brazil. **Public Health Nutrition**. vol. 23, n. 4, 2020. Disponível em: https://www.cambridge.org/core/journals/public-health-nutrition/article/what-to-expect-from-the-price-of-healthy-and-unhealthy-foods-over-time-the-case-from-brazil/98FE380C358CCD2B25E99FFC7A4A8B9F. Acesso em: 17 jan. 2026.

MATO GROSSO DO SUL. Secretaria de Estado de Saúde. Guias. Disponível em: https://nutricao.saude.ms.gov.br/?cat=22. Acesso em: 14 jan. 2026.

MAZZI, N. R. et al., Interprofessional education at a Brazilian public university: A document analysis, **Heliyon**, vol. 9, n. 2, 2023. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S240584402300628X?utm_source=. Acesso em: 17 jan. 2026.

MELO, B. S. L.; CRUZ, N. R. Implantação da disciplina de Nutrição no curso de enfermagem. **Revista Transformar**. Itaperuna, 2016. Disponível em: https://www.fsj.edu.br/transformar/index.php/transformar/article/view/81/77. Acesso em: 17 jan. 2026.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/11/Redes_Atencao_Saude_Eugenio_2ed.pdf. Acesso em: 20 jan. 2026.

MENDONÇA, M. H. M, et al., **Atenção Primária à Saúde no Brasil:** conceitos, práticas e pesquisa. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018.

MENEGASSI, B. et al. A nova classificação de alimentos: teoria, prática e dificuldades. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 12, dez. 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/8HKxqkyGm7YBRdDKxVWcCLj/abstract/?lang=pt. Acesso em: 23 out. 2025.

MORAIS, G. L. et al., Atuação dos Profissionais de Educação Física na Atenção Primária à Saúde: um estudo transversal. **Arquivos Brasileiros de Educação Física**, vol. 7, 2024.

MONTEIRO, Carlos A. et al. Alimentos ultraprocessados: o que são e como identificá-los? São Paulo: Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde – NUPENS, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2019. Disponível em: https://www.fsp.usp.br/nupens/wp-content/uploads/2022/01/AUP-o-que-sao-e-como-identifica-los.pdf. Acesso em: 14 jan. 2026.

MONTEIRO C. et al., A new classification of foods based on the extent and purpose of their processing. **Caderno de Saúde Pública.** vol. 26, n. 11, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/fQWy8tBbJkMFhGq6gPzsGkb/?lang=en. Acesso em: 26 set. 2025.

MONTEIRO, C. A. et al., Diretrizes alimentares para nutrir a humanidade e o planeta no século XXI. Um projeto do Brasil. **Nutrição em Saúde Pública**. Vol. 18, n. 13, 2015. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10271430/#boxed-text1. Acesso em: 26 set. 2025.

MUNGUÍA, A; et al. Update and comparative analysis of food environment policies in Mexico: implementation of the Healthy Food Environment Policy Index in 2016 and 2024. **Obesity Reviews**, v. 27, n. 1, 2025. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12685490/. Acesso em: 16 jan. 2026.

NILSON, E. et al. Estimativa dos custos da mortalidade prematura por todas as causas atribuíveis ao consumo de produtos alimentícios ultraprocessados no Brasil: Relatório 1. Novembro de 2024. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde (NUPENS/USP). Disponível em: https://actbr.org.br/uploads/arquivos/Relatorio-1-ACT_final_07.11.2024.docx.pdf. Acesso em: 4 out. 2025.

NÚCLEO DE PESQUISAS EPIDEMIOLÓGICAS EM NUTRIÇÃO E SAÚDE (NUPENS) – USP. Guia Alimentar para a População Brasileira. **NUPENS-USP**. São Paulo, 2019. Disponível em: https://www.fsp.usp.br/nupens/o-que-e-o-guia-alimentar/. Acesso em: 4 out. 2025.

OLIVEIRA, M. S. S; SANTOS, L. A. S., Guias alimentares para a população brasileira: uma análise a partir das dimensões culturais e sociais da alimentação.

**Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 25, p. 2519-2528, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/fygwP4WtxNyXvKPmrxKJ46m/?lang=pt. Acesso em: 29 set. 2025.

OLIVEIRA, M. S. S; SILVA-AMPARO, L. Food-based dietary guidelines: a comparative analysis between the Dietary Guidelines for the Brazilian Population 2006 and 2014. **Public Health Nutrition**, Cambridge University Press, v. 21, n. 1, p. 210-217, 2018. Disponível em: https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/DE1E83E39455D360D438DE4130FB1142/S1368980017000428a.pdf/food-based-dietary-guidelines-a-comparative-analysis-between-the-dietary-guidelines-for-the-brazilian-population-2006-and-2014.pdf. Acesso em: 26 set. 2025.

OLIVEIRA, T. P; TEIXEIRA, F. P. A importância do nutricionista para a promoção da saúde na Atenção Básica: uma revisão integrativa. **RECIMA21**, v. 4, n. 2, 2023. Disponível em: https://recima21.com.br/index.php/recima21/article/view/2765. Acesso em: 30 set. 2025.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS; MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Relatório do Seminário Virtual: Guias Alimentares Baseados no Nível de Processamento dos Alimentos – Evidências Científicas e Implementaçã realizado nos dias 29 e 30 de setembro de 2021, 2022. Disponível em: https://iris.paho.org/handle/10665.2/55920. Acesso em: 16 jan. 2026.

OLIVIER, G. P. F. et al., Custo e tempo como obstáculos para uma alimentação saudável entre universitários. **Demetra**, vol. 18, 2023. Disponível em: https://www.e-publicacoes.uerj.br/demetra/article/view/65478/45229. Acesso em: 01 nov. 2025.

PARANÁ (Estado). Secretaria da Saúde. 17ª Regional de Saúde – Londrina. 2025. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/17a-Regional-de-Saude-Londrina. Acesso em: 22 out. 2025.

PEDRAZA, D. F.; MENEZES, T. N.; COSTA, G. M. C. Ações de alimentação e nutrição na estratégia saúde da família: estrutura e processo de trabalho. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, vol. 24, n. 4, 2016. Disponível em: file:///C:/Users/conta/Downloads/editrev,+v24n4+2016+e15848+++A%C3%A7%C3%B5es+de+alimenta%C3%A7%C3%A3o.pdf. Acesso em: 31 out. 2025.

PERES, F. et al., Análise das demandas de literacia em saúde no Guia Alimentar para a População Brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva.** [periódico na internet], junho, 2025. Acesso em 01 jul. 2025. Disponível em: https://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/analise-das-demandas-de-literacia-em-saude-no-guia-alimentar-para-a-populacao-brasileira/19666.

RECH, E. L.; NICOLETTO, B.B. Conhecimento Nutricional de Adultos e Idosos do Município de Caxias do Sul-RS. **Demetra**. Rio de Janeiro, vol. 18, 2023. Disponível

em: https://www.e-publicacoes.uerj.br/demetra/article/view/69103/46849. Acesso em: 31 out. 2025.

REDE INFORMAS. FOOD-EPI – Rede INFORMAS 2022: Índice de Políticas para Promoção de Ambientes Alimentares Saudáveis: relatório Brasil. Brasília: Observatório de Políticas de Segurança Alimentar e Nutrição – OPSAN/Universidade de Brasília – UnB, Brasília, 2022. Disponível em: https://www.opsan.unb.br/_files/ugd/c501ea_d68c75d29393497ba5e7c9dd151e7646.pdf. Acesso em: 16 jan. 2026.

REIS, L. C.; JAIME, P. C. Conhecimento e percepção de autoeficácia e eficácia coletiva de profissionais de saúde para a implementação do Guia Alimentar na Atenção Básica. **Demetra**. Rio de Janeiro, vol. 14, agosto, 2019.

RODRIGUES, H. T. B; Garcia, T. M. Conhecimento e aplicação do Guia Alimentar na promoção da alimentação adequada e saudável: estudo com médicos e enfermeiros da ESF. **Boletim Do Instituto De Saúde - BIS**, vol. 24, n. 2, 69–77, 2023. Disponível em: https://periodicos.saude.sp.gov.br/bis/article/view/40159. Acesso em: 04 out. 2025.

RODRIGUES, H. T. B; Garcia, T. M. Perceptions of Family Health Strategy doctors and nurses on the promotion of adequate and healthy eating practices in light of the Dietary Guidelines, Santa Bárbara d'Oeste, 2022: qualitative study. **Epidemiol. Serv. Saúde**, vol. 13, n. 34, 2025. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40531715/. Acesso em: 31 out. 2025.

SALABERRY, J. C. **Conhecimento sobre Guia Alimentar em adultos de Pelotas/RS**. 2021. Dissertação (Mestrado em Nutrição e Alimentos) - Faculdade de Nutrição da Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, 2021. Disponível em: https://wp.ufpel.edu.br/ppgna/files/2024/11/Dissertacao_Mestrado_Juceli_Sallaberry_final.pdf. Acesso em: 31 out. 2025.

SANTOS, L. F.; NEVES, J. A.; MEDEIROS, M. A. T. Nutricionistas na Atenção Primária à Saúde e o cuidado nutricional à população adulta no município de São Paulo, SP, Brasil. **Interações**, Campo Grande, MS, v. 23, n. 3, 2022. Disponível em: https://www.scielo.br/j/inter/a/yd5xYwjgw8zNzszSgSZZD4w/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 31 out. 2025.

SANTOS, S. M. C. et al. Avanços e desafios nos 20 anos da Política Nacional de Alimentação e Nutrição. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, supl. 1, 2021. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/Qhb4jbyYRNVF9xT7678f7vJ/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 21 jun. 2025.

SANTOS, T. S. S. et al., Escala para avaliar o conhecimento sobre alimentação entre professores segundo o Guia Alimentar para a População Brasileira. **Ciência e Saúde Coletiva**, vol. 30, n. 9, 2025. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/b3mbYMDM8wxnN3NFK5ZjZsD/?format=html&lang=pt#. Acesso em: 31 out. 2025.

SCHNEIDER, L. R.; PEREIRA, R. P. G.; FERRAZ, L. A prática baseada em evidência no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Saúde debate**, vol. 42, n. 118, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/KHx5qszj4VJwPcszsyJVWjw/?format=html&lang=pt. Acesso em: 31 out. 2025.

SCRINIS, G. **Nutricionismo**: a ciência e a política do aconselhamento nutricional. Editora Elefante, 2021, 468 p.

SILVA, J. M. et al., O profissional de educação física e o trabalho interprofissional na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa . **Revista Ciência Plural**, v. 11, n. 2, 2025. Disponível em: https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/39509. Acesso em: 31 out. 2025.

SILVA, J. S. N; SAMPAIO, C. M; LIMA, R. M. F. Avaliação da acessibilidade e da aplicabilidade do Guia Alimentar para a População Brasileira. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, ano 7, ed. 5, v. 4, p. 158-176, 2022. Disponível em: https://www.nucleodoconhecimento.com.br/wp-content/uploads/2022/05/guia-alimentar-1.pdf. Acesso em: 30 set. 2025.

SIMPSON, D. D.; BALDWIN, R. L.; TURNER, L. W. Knowledge versus practice: the necessity of education for successful guideline implementation. **J. Ark Med. Soc.** vol, 99, n. 12, 2003. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12817516/. Acesso em: 31 out. 2025.

SIQUEIRA, G. N. M.; GARCIA, R. R. Integralidade no ensino da saúde. **Revista de Educação, Ciência e Tecnologia**. 2023. Disponível em: https://ojs.ifsp.edu.br/recet/article/view/2202/1461. Acesso em: 17 jan. 2026.

SOUZA, K. M. **Impacto da nova rotulagem de alimentos nos consumidores brasileiros**. 2025, 48 p. Monografia (Curso de Engenharia de Alimentos) - Universidade Federal de Lavras, Lavras, 2025. Disponível em: https://sip.prg.ufla.br/arquivos/php/bibliotecas/repositorio/download_documento/baixar_por_anosemestre_matricula.php?arquivo=20242_201720416. Acesso em: 17 jan. 2026.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

STARFIELD, B. SHI, L. MACINKO, J. Contribuição da Atenção Primária à Saúde para os Sistemas de Saúde e a Saúde. **Milbank Quarterly**, v. 83, n. 3, p. 457–502, 2005. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2690145/. Acesso em: 4 out. 2025.

STROSCHEIN, K. A.; ZOCCHE, D. A. A educação permanente nos serviços de saúde: um estudo sobre as experiências realizadas no Brasil. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9 n. 3, 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/j/tes/a/H4mTDcJvHcgnWJkqcNNd6qv/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 31 out. 2025.

SWINBURN, B. et al. The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change. **The Lancet**, London, 2019. Disponível em: https://alimentandopoliticas.org.br/wp-content/uploads/2019/10/Relat%C3%B3rio-Completo-The-Lancet.pdf. Acesso em: 14 jan. 2026.

TRAMONTT, C. R. et al., Conhecimento, autoeficácia e práticas profissionais relacionadas ao Guia Alimentar para a população brasileira na atenção primária à saúde. **Cadernos Saúde Coletiva**. Vol. 31, n. 3. 2023. Disponível em: https://www.scielo.br/j/cadsc/a/FTNRBp8bz6qg8zGQS3dZm3G/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 04 out. 2025.

TRAMONTT, C. R. **Impacto de uma intervenção educativa para implementação do guia alimentar para a população brasileira na atenção básica em saúde**. 2020. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.11606/T.6.2020.tde-01102020-233042. Acesso em: 24 out. 2025.

TRAMONTT, C. R.; JAIME, P. C. Improving knowledge, self-efficacy and collective efficacy regarding the Brazilian dietary guidelines in primary health care professionals: a community controlled trial. **BMC Family Practice**. vol. 21, n. 214, 2020. Disponível em: https://bmcprimcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-020-01245-3. Acesso em: 31 out. 2025.

UNITED STATES OF AMERICA. Dietary Guidelines for Americans, 2025–2030. Washington, D.C.: U.S. Department of Health and Human Services; U.S. Department of Agriculture, 2025. Disponível em: https://cdn.realfood.gov/DGA.pdf. Acesso em: 15 jan. 2026.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Núcleo Telessaúde Santa Catarina. Núcleo ampliado de saúde da família e atenção básica (NASF-AB). Florianópolis: UFSC, 2018. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/14868/1/Apostila_NASF-AB_N%C3%BAcleo%20Telessa%C3%BAde%20SC%20UFSC.pdf. Acesso em: dd mmm. yyyy.

VIANA, M. R. Notas sobre a Racionalidade Nutricional e a alimentação saudável. **Revista da Associação Brasileira de Nutrição**. São Paulo, vol. 9, n. 2, 2018. Disponível em: https://www.rasbran.com.br/rasbran/article/view/857. Acesso em: 28 fev. 2026.

VILLACORTA, D. B. V. et al., Educação Nutricional: uma Lacuna na Formação Médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Belém, vol. 44, n. 4, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Diet, nutrition, and the prevention of chronic diseases: report of a WHO study group. Geneva: WHO, 1990. (WHO Technical Report Series, 797). Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/924120916X. Acesso em: 24 out. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Newsroom**. Healthy diet. Geneva: WHO, 2020. Disponível em:

https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet. Acesso em: 19 set. 2025.

XIE, E. et al., Challenges and opportunities in planetary health for primary care providers. **The Lancet.** vol. 2, n. 5. 2018. Disponível em: https://www.thelancet.com/journals/lanplh/article/PIIS2542-5196(18)30055-X/fulltext. Acesso em: 14 jan. 2026.

XU, J.; Hicks-Roof, K.; Bailey, C. E.; Hamadi, H. Y. Older and Wiser? The Need to Reexamine the Impact of Health Professionals Age and Experience on Competency-Based Practices. **SAGE Open Nurs**. v. 22, n. 7, 2021. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8312189/?utm_source=chatgpt.com#abstract1. Acesso em: 15 jan. 2026.

XU, X. et al**.,** The global burden of disease attributable to suboptimal fruit and vegetable intake, 1990–2021: a systematic analysis of the global burden of disease study. **BMC Medicine**, Londres, v. 23, art. 456, 2025. Disponível em: https://bmcmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-025-04275-9?utm_source=chatgpt.com. Acesso em: 19 set. 2025.

ZEMINIAN, L. B. et al., Do Primary Health Professionals in Brazil Have a Misperception about Food? The Role of Food Literacy as a Positive Predictor. **Nutrients**. vol. 19, n. 16, 2024. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10821131/. Acesso em: 31 out. 2025.

# APÊNDICES

# APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE PESQUISA UTILIZADO NA COLETA DE DADOS

**Bloco 1 - Informações demográficas**

Este bloco constitui-se de perguntas demográficas, tais como: idade, sexo biológico, gênero, raça/cor, se possui algum tipo de deficiência, estado civil, escolaridade, formação inicial, vínculo empregatício, UBS em que atua e tempo de atuação no SUS. Leia com atenção.

1) Idade

_____

2) Sexo

( )Feminino

( )Masculino

( )Prefiro não dizer

( )Outro _____

3) Identidade de Gênero

[1] (1) Que se identifica com o sexo que lhe foi designado ao nascer
(2) Possui outra identidade de gênero, diferente da que lhe foi designada ao nascer
(3) Não definem sua identidade dentro do sistema binário homem mulher

( )Mulher cisgênera[1]

( )Homem cisgênero[1]

( )Mulher transexual/transgênera[2]

( )Homem transexual/transgênero[2]

( )Não binário[3]

( )Outro

( )Prefiro não me classificar

( )Prefiro não responder

4) Raça/cor

( )Preto(a)

( )Pardo(a)

( )Amarelo(a)

( )Indígena

( )Branco(a)

5) Você possui algum tipo de deficiência?

( )Sim

( )Não

6) Se respondeu com sim à questão 5, qual deficiência você possui?

( )Deficiência física

( )Deficiência intelectual

( )Deficiência visual

( )Deficiência auditiva

( )Outra deficiência _____

7) Estado civil

( )Solteiro(a)

( )Casado(a)/Em uma união estável

( )Separado(a)/desquitado(a)/divorciado(a)

( )Viúvo(a)

8) Escolaridade

( )Ensino médio completo

( )Ensino superior incompleto/Cursando superior

( )Ensino superior completo

( )Especialização incompleta/Cursando especialização

( )Especialização completa

( )Residência incompleta/Cursando residência

( )Residência completa

( )Mestrado Incompleto/Cursando Mestrado

( )Mestrado completo

( )Doutorado incompleto/Cursando doutorado

( )Doutorado completo

9) Caso você tenha curso superior completo, em que ano você se formou? _____

10) Vínculo empregatício

( )Estatutário

( )PSS

( )Residente

( )Terceirizado

( )Outros

11) Unidade Básica de Saúde (UBS) de Atuação

( )UBS Vila Brasil

( )UBS Guanabara

( )UBS Vila Casoni

( )UBS Aquiles

( )UBS Maria Cecília

( )UBS Milton Gavetti

( )UBS Padovani

( )UBS Armindo Guazzi

( )UBS Marabá

( )UBS Vila Ricardo

( )UBS Panissa

( )UBS Alvorada

( )UBS Santa Rita

( )UBS Cafezal

( )UBS PIND

( )UBS Itapoã

( )UBS União da Vitória

12)Você atua em quantas Unidades Básicas de Saúde diferentes?

_____

13)Tempo de atuação na Atenção Primária em Saúde?

( ) Até 1 ano

( )1 a 2 anos
( )3 a 5 anos
( )5 a 10 anos
( )Mais que 10 anos

**Bloco 2 - Conhecimento sobre o Guia Alimentar para a População Brasileira**

Este bloco compreende 16 questões objetivas, leia com atenção e responda sob a sua percepção se é verdadeiro, falso ou se você não sabe.

1) Estratégias de educação alimentar e nutricional que ampliam a autonomia dos usuários do serviço de saúde são aquelas que os fazem obedecer às orientações nutricionais transmitidas pelo profissional.

( )Verdadeiro
( )Falso
( )Não sei

2) Uma alimentação em que predominam os alimentos ultraprocessados traz consequências negativas ao meio ambiente.

( )Verdadeiro
( )Falso
( )Não sei

3) Alimentos in natura ou minimamente processados devem constituir a base para uma alimentação saudável.

( )Verdadeiro
( )Falso
( )Não sei

4) Uma alimentação em que predominam os alimentos ultraprocessados é mais barata que aquela em que predominam os alimentos in natura ou minimamente processados.

( )Verdadeiro
( )Falso
( )Não sei

5) Um copo de iogurte pronto para consumo ou bebida láctea sabor morango corresponde a um copo de leite batido com morango para o café da manhã ou lanche da tarde.

( )Verdadeiro
( )Falso
( )Não sei

6) A barra de cereal e os biscoitos integrais industrializados são boas opções para as pequenas refeições.

( )Verdadeiro
( )Falso
( )Não sei

7) Batata, arroz, feijão, castanhas e nozes são alimentos que devem ser evitados para se prevenir o ganho de peso.

( )Verdadeiro
( )Falso
( )Não sei

8) O consumo de feijoada deve ser evitado por ser uma preparação que combina alimentos in natura e minimamente processados com ingredientes culinários processados.

( )Verdadeiro
( )Falso
( )Não sei

9) À noite, é preferível comer um lanche feito de pão de forma integral, queijo branco e peito de peru a um jantar feito de arroz, feijão, omelete e salada de alface com tomate.

( )Verdadeiro
( )Falso
( )Não sei

10) O rótulo de um suco de maracujá em garrafa descreve os seguintes ingredientes: suco integral de maracujá, água, suco concentrado de maracujá, acidulante ácido cítrico, aroma idêntico ao natural, estabilizante goma xantana, conservadores benzoato de sódio e metabissulfito de sódio, corante natural carmim e antiespumante polidimetilsiloxano. A análise do rótulo indica que se trata de um alimento ultraprocessado.

( )Verdadeiro

( )Falso

( )Não sei

11) Os nuggets de frango, desde que assados, podem substituir a carne de frango no almoço ou no jantar.

( )Verdadeiro

( )Falso

( )Não sei

12) Os óleos vegetais, como os de soja, milho, girassol ou de oliva, devem ser evitados nas preparações culinárias por serem fontes de gorduras e ricos em calorias.

( )Verdadeiro

( )Falso

( )Não sei

13) O envolvimento com outras atividades (TV, celular, internet) durante a refeição pode reduzir o prazer proporcionado pela alimentação.

( )Verdadeiro

( )Falso

( )Não sei

14) Restaurantes de comida por quilo são boas opções para quem realiza as refeições fora de casa por oferecerem variedade de alimentos e preparações culinárias feitas na hora.

( )Verdadeiro

( )Falso

( )Não sei

15) Crianças que compartilham as refeições com os colegas na escola e os familiares em casa tendem a apresentar piores hábitos alimentares.

( )Verdadeiro

( )Falso

( )Não sei

16) As revistas e os programas de televisão são fontes confiáveis de informações sobre alimentação saudável.

( )Verdadeiro

( )Falso

( )Não sei

**Bloco 3 - Autoeficácia e eficácia coletiva sobre aplicação do Guia Alimentar para a População Brasileira.**

Este bloco é composto por duas partes, a primeira contém 12 (1-12) questões objetivas, leia com atenção e responda sob a sua percepção se você se sente nada confiante, pouco confiante, confiante ou muito confiante. Já a segunda parte, consiste em mais 12 (13-24) questões, leia com atenção e responda sob a sua percepção se você considera falso, às vezes verdadeiro, verdadeiro ou muito verdadeiro.

**Primeira parte - autoeficácia (questões 1 a 12)**

1) Eu consigo orientar os usuários do serviço de saúde a combinar alimentos na forma de refeições saudáveis.

( )Nada confiante

( )Pouco confiante

( )Confiante

( )Muito confiante

2) Eu consigo ensinar os usuários do serviço de saúde a analisar a lista de ingredientes dos rótulos de alimentos.

( )Nada confiante

( )Pouco confiante

( )Confiante
( )Muito confiante

3) Eu consigo estimular os usuários do serviço de saúde a realizar as refeições em família ou em companhia sempre que possível.

( )Nada confiante
( )Pouco confiante
( )Confiante
( )Muito confiante

4) Eu consigo dialogar com os usuários do serviço de saúde sobre os benefícios de comer com atenção.

( )Nada confiante
( )Pouco confiante
( )Confiante
( )Muito confiante

5) Eu consigo indicar fontes confiáveis de informação sobre alimentação saudável para os usuários do serviço de saúde.

( )Nada confiante
( )Pouco confiante
( )Confiante
( )Muito confiante

6) Eu consigo identificar no território os locais indicados para a aquisição de alimentos in natura ou minimamente processados.

( )Nada confiante
( )Pouco confiante
( )Confiante
( )Muito confiante

7) Eu consigo auxiliar os usuários do serviço de saúde a aprimorar suas habilidades culinárias.

( )Nada confiante

( )Pouco confiante
( )Confiante
( )Muito confiante

8) Eu consigo estimular o senso crítico dos usuários do serviço de saúde quanto à publicidade de alimentos.

( )Nada confiante
( )Pouco confiante
( )Confiante
( )Muito confiante

9) Eu consigo orientar os usuários do serviço de saúde sobre como economizar com a compra de alimentos saudáveis.

( )Nada confiante
( )Pouco confiante
( )Confiante
( )Muito confiante

10) Eu consigo orientar os usuários do serviço de saúde como planejar o uso do tempo dedicado à alimentação.

( )Nada confiante
( )Pouco confiante
( )Confiante
( )Muito confiante

11) Eu conheço o conteúdo do Guia Alimentar para a População Brasileira, publicado pelo Ministério da Saúde.

( )Nada confiante
( )Pouco confiante
( )Confiante
( )Muito confiante

12) Eu consigo promover a alimentação saudável no meu território de atuação usando a abordagem do Guia Alimentar para a População Brasileira.

( )Nada confiante
( )Pouco confiante
( )Confiante
( )Muito confiante

**Segunda parte - auto eficácia coletiva (questões 13 a 24)**

13- A minha equipe é capaz de orientar os usuários do serviço de saúde a combinar alimentos na forma de refeições saudáveis.

( )Falso
( )Às vezes verdadeiro
( )Verdadeiro
( )Muito verdadeiro

14- A minha equipe é capaz de ensinar os usuários do serviço de saúde a analisar a lista de ingredientes dos rótulos de alimentos.

( )Falso
( )Às vezes verdadeiro
( )Verdadeiro
( )Muito verdadeiro

15- A minha equipe é capaz de orientar os usuários do serviço de saúde sobre como economizar com a compra de alimentos saudáveis.

( )Falso
( )Às vezes verdadeiro
( )Verdadeiro
( )Muito verdadeiro

16- A minha equipe é capaz de indicar fontes confiáveis de informação sobre alimentação saudável para os usuários do serviço de saúde.

( )Falso
( )Às vezes verdadeiro
( )Verdadeiro
( )Muito verdadeiro

17- A minha equipe é capaz de orientar os usuários do serviço de saúde como planejar o uso do tempo dedicado à alimentação.

( )Falso
( )Às vezes verdadeiro
( )Verdadeiro
( )Muito verdadeiro

18- A minha equipe é capaz de dialogar com os usuários do serviço de saúde sobre os benefícios de comer com atenção.

( )Falso
( )Às vezes verdadeiro
( )Verdadeiro
( )Muito verdadeiro

19- A minha equipe é capaz de estimular os usuários do serviço de saúde a realizar as refeições em família ou em companhia sempre que possível.

( )Falso
( )Às vezes verdadeiro
( )Verdadeiro
( )Muito verdadeiro

20- A minha equipe é capaz de auxiliar os usuários do serviço de saúde a aprimorar suas habilidades culinárias.

( )Falso
( )Às vezes verdadeiro
( )Verdadeiro
( )Muito verdadeiro

21- A minha equipe é capaz de estimular o senso crítico dos usuários do serviço de saúde quanto à publicidade de alimentos.

( )Falso
( )Às vezes verdadeiro
( )Verdadeiro
( )Muito verdadeiro

22- A minha equipe é capaz de identificar no território os locais indicados para a aquisição de alimentos in natura ou minimamente processados.

( )Falso
( )Às vezes verdadeiro
( )Verdadeiro
( )Muito verdadeiro

23- A minha equipe é capaz de empregar o Guia Alimentar para a População Brasileira nas ações de promoção da alimentação saudável.

( )Falso
( )Às vezes verdadeiro
( )Verdadeiro
( )Muito verdadeiro

24- A minha equipe é capaz de promover a alimentação saudável no território de atuação usando a abordagem do Guia Alimentar para a População Brasileira.

( )Falso
( )Às vezes verdadeiro
( )Verdadeiro
( )Muito verdadeiro

**Bloco 4 - Formação específica na temática da alimentação**

Este bloco constitui-se de questões abertas e fechadas relacionadas a sua formação, sua percepção da importância do tema Alimentação e Nutrição na sua rotina de trabalho e familiaridade com o Guia Alimentar Alimentar Brasileiro. Leia com atenção e responda a partir da sua concepção.

1) Você considera importante o tema da Alimentação e Nutrição no cotidiano do seu trabalho, no atendimento aos usuários:

( ) Sem importância
( ) De pouca importância
( ) Importante
( ) Muito importante

2) Você considera que domina o tema da Alimentação e Nutrição:

( )Muito pouco

( )Pouco

( )Razoavelmente

( )Muito

3) Você teve algum conteúdo sobre Alimentação e Nutrição durante seu processo de formação (graduação ou curso técnico)?

( )Sim

( )Não

4) Nos últimos 12 meses, você participou de alguma capacitação/curso/treinamento/evento/oficinas que tenha abordado o tema Alimentação e Nutrição?

( )Sim

( )Não

5) Considerando os últimos 3 meses de trabalho, você realizou alguma destas atividades em que a temática da Alimentação e Nutrição foi abordada?

5.1 Visita domiciliar

( )Não realizei

( )Realizei e poucas vezes o tema Alimentação e Nutrição foi abordado

( )Realizei e algumas vezes o tema Alimentação e Nutrição foi abordado

( )Realizei e muitas vezes o tema Alimentação e Nutrição foi abordado

5.2 Discussão de casos

( )Não realizei

( )Realizei e poucas vezes o tema Alimentação e Nutrição foi abordado

( )Realizei e algumas vezes o tema Alimentação e Nutrição foi abordado

( )Realizei e muitas vezes o tema Alimentação e Nutrição foi abordado

5.3 Aconselhamento junto aos usuários

( )Não realizei

( )Realizei e poucas vezes o tema Alimentação e Nutrição foi abordado
( )Realizei e algumas vezes o tema Alimentação e Nutrição foi abordado
( )Realizei e muitas vezes o tema Alimentação e Nutrição foi abordado

5.4 Consulta individual
( )Não realizei
( )Realizei e poucas vezes o tema Alimentação e Nutrição foi abordado
( )Realizei e algumas vezes o tema Alimentação e Nutrição foi abordado
( )Realizei e muitas vezes o tema Alimentação e Nutrição foi abordado

5.5 Consulta compartilhada
( )Não realizei
( )Realizei e poucas vezes foi abordado
( )Realizei e algumas vezes foi abordado
( )Realizei e muitas vezes foi abordado

5.6 Grupos de educação em saúde
( )Não realizei
( )Realizei e poucas vezes o tema Alimentação e Nutrição foi abordado
( )Realizei e algumas vezes o tema Alimentação e Nutrição foi abordado
( )Realizei e muitas vezes o tema Alimentação e Nutrição foi abordado

6) Você conhece o Guia Alimentar para a População Brasileira?
( )Não
( )Sim, mas nunca li/consultei
( )Sim, mas li/consultei há muito tempo
( ) Sim, leio/consulto frequentemente

7) Com quais profissionais você estabelece relações no seu cotidiano de trabalho?
7.1 Agente Comunitário de Endemias
( )NÃO FAZ PARTE da equipe
( )Faz parte da equipe, mas NÃO trabalho em equipe
( )Faz parte da equipe e RARAMENTE trabalho em equipe
( )Faz parte da equipe e ALGUMAS VEZES trabalho em equipe

( )Faz parte da equipe e FREQUENTEMENTE trabalho em equipe

7.2 Agente Comunitário de Saúde

( )NÃO FAZ PARTE da equipe

( )Faz parte da equipe, mas NÃO trabalho em equipe

( )Faz parte da equipe e RARAMENTE trabalho em equipe

( )Faz parte da equipe e ALGUMAS VEZES trabalho em equipe

( )Faz parte da equipe e FREQUENTEMENTE trabalho em equipe

7.3 Auxiliar de enfermagem

( )NÃO FAZ PARTE da equipe

( )Faz parte da equipe, mas NÃO trabalho em equipe

( )Faz parte da equipe e RARAMENTE trabalho em equipe

( )Faz parte da equipe e ALGUMAS VEZES trabalho em equipe

( )Faz parte da equipe e FREQUENTEMENTE trabalho em equipe

7.4 Auxiliar de odontologia

( )NÃO FAZ PARTE da equipe

( )Faz parte da equipe, mas NÃO trabalho em equipe

( )Faz parte da equipe e RARAMENTE trabalho em equipe

( )Faz parte da equipe e ALGUMAS VEZES trabalho em equipe

( )Faz parte da equipe e FREQUENTEMENTE trabalho em equipe

7.5 Dentista

( )NÃO FAZ PARTE da equipe

( )Faz parte da equipe, mas NÃO trabalho em equipe

( )Faz parte da equipe e RARAMENTE trabalho em equipe

( )Faz parte da equipe e ALGUMAS VEZES trabalho em equipe

( )Faz parte da equipe e FREQUENTEMENTE trabalho em equipe

7.6 Enfermeiro(a)

( )NÃO FAZ PARTE da equipe

( )Faz parte da equipe, mas NÃO trabalho em equipe

( )Faz parte da equipe e RARAMENTE trabalho em equipe

( )Faz parte da equipe e ALGUMAS VEZES trabalho em equipe
( )Faz parte da equipe e FREQUENTEMENTE trabalho em equipe

7.7 Farmacêutico(a)
( )NÃO FAZ PARTE da equipe
( )Faz parte da equipe, mas NÃO trabalho em equipe
( )Faz parte da equipe e RARAMENTE trabalho em equipe
( )Faz parte da equipe e ALGUMAS VEZES trabalho em equipe
( )Faz parte da equipe e FREQUENTEMENTE trabalho em equipe

7.8 Fisioterapeuta
( )NÃO FAZ PARTE da equipe
( )Faz parte da equipe, mas NÃO trabalho em equipe
( )Faz parte da equipe e RARAMENTE trabalho em equipe
( )Faz parte da equipe e ALGUMAS VEZES trabalho em equipe
( )Faz parte da equipe e FREQUENTEMENTE trabalho em equipe

7.9 Médico(a)
( )NÃO FAZ PARTE da equipe
( )Faz parte da equipe, mas NÃO trabalho em equipe
( )Faz parte da equipe e RARAMENTE trabalho em equipe
( )Faz parte da equipe e ALGUMAS VEZES trabalho em equipe
( )Faz parte da equipe e FREQUENTEMENTE trabalho em equipe

7.10 Profissional de Educação Física
( )NÃO FAZ PARTE da equipe
( )Faz parte da equipe, mas NÃO trabalho em equipe
( )Faz parte da equipe e RARAMENTE trabalho em equipe
( )Faz parte da equipe e ALGUMAS VEZES trabalho em equipe
( )Faz parte da equipe e FREQUENTEMENTE trabalho em equipe

7.11 Psicólogo
( )NÃO FAZ PARTE da equipe
( )Faz parte da equipe, mas NÃO trabalho em equipe

( )Faz parte da equipe e RARAMENTE trabalho em equipe

( )Faz parte da equipe e ALGUMAS VEZES trabalho em equipe

( )Faz parte da equipe e FREQUENTEMENTE trabalho em equipe

# ANEXOS

## ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA - UEL

### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Alimentação Saudável como uma questão intra e interprofissional na Atenção Primária à Saúde do município de Londrina - PR

**Pesquisador:** JULIANA THAIS ALVES LOPES

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 82022724.0.0000.5231

**Instituição Proponente:** CCS - Departamento de Saúde Coletiva

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 7.082.476

**Apresentação do Projeto:**

O Guia Alimentar para a População Brasileira, tem como objetivo incentivar práticas alimentares seguras e saudáveis. É destinado para toda a população, incluindo profissionais de saúde, que são essenciais para a disseminação do seu conteúdo, pois questões relacionadas a alimentação e o estado nutricional dos indivíduos são componentes que podem atravessar de alguma forma a prática de todos os profissionais, contribuindo para a construção compartilhada do cuidado com o indivíduo. O objetivo deste projeto é avaliar a apropriação dos profissionais de saúde do município de Londrina quanto ao Guia Alimentar. Estudo observacional, transversal , vinculado à uma dissertação de mestrado e a uma tese de doutorado, do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, a ser desenvolvido com profissionais de saúde atuantes em 17 Unidades Básicas de Saúde da zona urbana, selecionadas aleatoriamente. A amostra será composta por 480 profissionais. As avaliadoras comparecerão no período de setembro a dezembro/24, durante uma reunião mensal da UBS, para orientar os profissionais quanto ao objetivo da pesquisa. Após sanadas as dúvidas, os profissionais serão convidados a participar da pesquisa, e aqueles que aceitarem, assinarão o Termo de Consentimento Livre Esclarecido e receberão o link da pesquisa para autopreenchimento, com questões referentes ao Guia Alimentar, baseadas em dois questionários já validados GAB1(escala de mensuração do conhecimento de profissionais de saúde da APS sobre o Guia Alimentar), que é composto por 16 itens itens com três opções de

**Endereço:** LABESC - Sala 14
**Bairro:** Campus Universitário **CEP:** 86.057-970
**UF:** PR **Município:** LONDRINA
**Telefone:** (43)3371-5455 **E-mail:** cep268@uel.br

respostas (¿falso¿, ¿verdadeiro¿ e ¿não sei¿) e GAB2 (escala de mensuração da autoeficácia e eficácia coletiva de profissionais de saúde da APS para aplicar o Guia Alimentar), composto por 24 itens com respostas de quatro pontos na escala Likert (1=nada confiante até 4=muito confiante). Serão necessários aproximadamente 35 - 40 minutos para todos os procedimentos. Os profissionais da Emulti, por questões de logística de trabalho, receberão o link da pesquisa via whatsapp. Os dados obtidos serão analisados a partir de estatística descritiva, bem como medidas de associação. O software utilizado será o SPSS.

**Objetivo da Pesquisa:**
Avaliar a apropriação dos profissionais de saúde do município de Londrina quanto ao Guia Alimentar para a População Brasileira.

Objetivo Secundário:
¿ Investigar se as orientações alimentares do Guia Alimentar estão sendo abordadas com a população no cotidiano dos profissionais de saúde;
¿ Analisar o nível de conhecimento dos profissionais de saúde quanto aos conceitos de alimentação saudável presentes no Guia Alimentar;
¿ Estimar eficácia coletiva do uso do Guia Alimentar pelos profissionais de saúde na visão de nutricionistas e enfermeiras coordenadoras das Unidades Básicas de Saúde (UBS).
¿ Relacionar o nível de conhecimento e autoeficácia na aplicação do Guia Alimentar com a categoria profissional;

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**
Riscos: a pesquisadora esclarece que apesar de os procedimentos metodológicos não resultarem em risco direto aos participantes, como qualquer pesquisa realizada em ambiente virtual, há alguns riscos inerentes, como a confidencialidade e sigilo dos dados acessados, compartilhados e/ou armazenados em ambiente virtual, em função das limitações das tecnologias utilizadas. No entanto os dados coletados não envolvem questões consideradas mais delicadas e pessoais, bem como não irá solicitar dados como CPF, número do RG, informações bancárias, etc. Os dados a serem informados dizem respeito somente ao objeto da pesquisa.
Benefícios: A investigação da apropriação sobre o Guia Alimentar para a População Brasileira pelos profissionais de saúde da APS pode ser importante, a fim de contribuir para o fortalecimento das políticas e ações de promoção da alimentação adequada e saudável de

forma intra e intersetorial, como a ampliação da discussão sobre as possibilidades das ações de alimentação e nutrição no território, o fomento de matriciamentos para os profissionais de saúde, bem como ações que envolvam os demais setores, como a educação, através do Programa Saúde na Escola, dentre outras...

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa de relevância para informações referente ao Guia Alimentar para a População Brasileira.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

- Folha de Rosto ¿ a folha de rosto foi devidamente assinada pela coordenadora do Programa de Pós-Graduação da Saúde Coletiva Profa. Dra. Fernanda de Freitas Mendonça, porém a pesquisadora Juliana Thais Alves Lopes não assinou o documento.
- PB Informações Básicas do Projeto ¿ preenchido devidamente. Apresenta Juliana Thais Alves Lopes (pesquisadora responsável) e Mathias Roberto Loch e Renata Lizandra Bueno Nascimento como membros da equipe. Porém há diferenças no número de participantes da pesquisa.
- Projeto Brochura ¿ bem mais detalhado que o PB Informações Básicas do Projeto, descreve detalhadamente o projeto.
- Declaração de Autorização de Instituição Coparticipante ¿ apresentou a declaração provisória da Secretaria de Saúde de Londrina.
- TCLE ¿ a pesquisadora apresentou o TCLE na forma de convite, explicando o objetivo da pesquisa, que se trata de formulário com 45 perguntas com a maioria de respostas fechadas, que a participação é totalmente voluntária, podendo o participante recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. A pesquisadora ainda informa que as informações serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, que não haverá remuneração pela participação, mas todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas. Há informações para contato de Mathias Roberto Loch, apresentado como membro da equipe de trabalho e do CEP da UEL. Não há informações para contato da pesquisadora principal. Também não há as assinaturas da pesquisadora e nem solicitação da assinatura do participante.
- Cronograma ¿ apresentado dentro do Projeto Brochura, com início para 16/09/2024
- Orçamento ¿apresentado o valor de R$ 283,00, referente a combustível, tinta de impressora, canetas esferográficas azul e resmas de sulfite.

**Recomendações:**

Nenhuma.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Pendência 1 ¿ na Folha de Rosto há a necessidade da assinatura da pesquisadora responsável -Juliana Thais Alves Lopes. PENDÊNCIA ATENDIDA: a pesquisadora anexou nova Folha de Rosto contendo a assinatura da coordenadora do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva Profa. Dra. Fernanda de Freitas Mendonça, bem como da pesquisadora responsável, Juliana Thais Alves Lopes.

Pendência 2 ¿ no PB Informações Básicas do Projeto está ocorrendo diferenças quanto ao número de participantes, em um momento a pesquisadora informa que serão 480 participantes da pesquisa e em outro relata que serão 400. Definir qual será o número de participantes da pesquisa. PENDÊNCIA ATENDIDA: a pesquisadora corrigiu o número de participantes no PB Informações Básicas do Projeto e no Projeto Brochura como foi solicitado, passando a ter o total de 480 participantes em todos os documentos.

Pendência 3 ¿ em relação aos participantes da pesquisa, os mesmos serão aqueles ¿profissionais de saúde atuantes em 17 Unidades Básicas de Saúde da zona urbana, selecionadas aleatoriamente¿, esclarecer se todos os profissionais da UBS selecionada serão convidados a participar da pesquisa e quem irá fornecer os nomes e contatos desses participantes. PENDÊNCIA ATENDIDA: a pesquisadora inseriu informações na metodologia do PB Informações Básicas do Projeto e Projeto Brochura, referentes ao fornecimento de dados dos profissionais de saúde (nome completo, profissão e número de contato). Tais informações serão solicitadas previamente, junto às coordenadoras das UBS, no momento do contato inicial com estas, assim como esclarecemos no decorrer da metodologia que todos os profissionais das UBS selecionadas, no momento da reunião mensal, serão convidados a participar da pesquisa.

Pendência 4 ¿ no TCLE não há informações da pesquisadora responsável Juliana Thais Alves Lopes e nem de Renata Lizandra Bueno Nascimento que é integrante da equipe, apenas de Mathias Roberto Loch. Há a necessidade de inserir informações para contato da pesquisadora responsável visto que a pesquisa foi cadastrada na Plataforma Brasil pela pesquisadora responsável. PENDÊNCIA ATENDIDA: a pesquisadora adicionou informações de contato da

pesquisadora responsável, Juliana Thaís Alves Lopes, bem como da pesquisadora integrante, Renata Lizandra Bueno Nascimento, no TCLE.

Pendência 5 ¿ no TCLE não há informações de que o questionário será realizado de forma online, e que os participantes receberão um link de acesso da pesquisa para autopreenchimento do formulário, não há informações referente a Carta Circular nº 1/2021-CONEP/SECNS/MS que orienta os procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual, disponível no site da CONEP e no site do CEP da UEL. Inserir estas informações em todos os documentos. PENDÊNCIA ATENDIDA: a pesquisadora adicionou no TCLE as informações referentes ao envio do formulário online, para autopreenchimento pelo profissional de saúde, bem como informou que o projeto segue as normas estabelecidas pela Carta Circular nº 1/2021-CONEP/SECNS/MS. Estas informações também foram adicionadas ao PB Informações Básicas do Projeto e Projeto Brochura.

Pendência 6 ¿ no TCLE informa que o questionário é composto de 45 perguntas, mas não relata quanto tempo será necessário para que cada participante responda o questionário, inserir esta informação no TCLE. PENDÊNCIA ATENDIDA: a pesquisadora adicionou no TCLE o tempo estimado para que o participante responda ao questionário que será de 25 a 30 minutos.

Pendência 7 ¿ acrescentar no TCLE que o mesmo será preenchido em duas vias em igual teor e uma delas ficará com o participante da pesquisa. PENDÊNCIA ATENDIDA: a pesquisadora adicionou no TCLE que o mesmo será feito em duas vias, sendo uma via com o participante, e uma via, devidamente assinada com os pesquisadores do projeto. Também foram adicionados ao documento os campos faltantes para as assinaturas do participante e do pesquisador.

Pendência 8 ¿ em nenhum dos documentos (PB Informações Básicas do Projeto, Projeto Brochura e TCLE) a pesquisadora informa de quem será a responsabilidade sobre a guarda dos formulários respondidos pelos participantes da pesquisa, o tempo de guarda e quem terá acesso aos dados. PENDÊNCIA ATENDIDA: a pesquisadora informa em todos os documentos solicitados que o tempo de guarda dos formulários será pelo período de 5 anos, sob a responsabilidade da pesquisadora doutoranda Juliana Thais Alves Lopes, e os mesmos poderão ser acessados pelos demais integrantes da pesquisa (Mathias Roberto Loch e Renata Lizandra Bueno Nascimento) durante este período.

Pendência 9 ¿ apresentar o Termo de Sigilo e Confidencialidade assinados pelos pesquisadores envolvidos na pesquisa. PENDÊNCIA ATENDIDA: a pesquisadora apresentou o Termo de Sigilo e Confidencialidade assinados por todos os pesquisadores envolvidos.

Solicitamos uma carta resposta ao referido parecer com as alterações realizadas.

Informamos que novos esclarecimentos poderão ser solicitados conforme as pendências forem sendo elucidadas.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Prezado(a) Pesquisador(a),

Este é seu parecer final de aprovação, vinculado ao Comitê de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina. É sua responsabilidade apresenta-Lo aos órgãos e/ou instituições pertinentes.

Ressaltamos, para início da pesquisa, as seguintes atribuições do pesquisador, conforme Resolução CNS 466/2012 e 510/2016:

A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais, cabendo-lhe:

- conduzir o processo de Consentimento e de Assentimento Livre e Esclarecido;
- apresentar dados solicitados pelo sistema CEP/CONEP a qualquer momento;
- desenvolver o projeto conforme delineado, justificando, quando ocorridas, a sua mudança ou interrupção;
- elaborar e apresentar os relatórios parciais e final;
- manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa;
- encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores e pessoal técnico integrante do projeto;
- justificar fundamentadamente, perante o sistema CEP/CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Coordenação CEP/UEL.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA - UEL

Continuação do Parecer: 7.082.476

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|---|---|---|---|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2385006.pdf | 11/09/2024 14:33:16 | | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | Projeto_CEP.docx | 04/09/2024 11:36:58 | JULIANA THAIS ALVES LOPES | Aceito |
| Folha de Rosto | Folha_Rosto.pdf | 04/09/2024 11:35:20 | JULIANA THAIS ALVES LOPES | Aceito |
| Outros | Carta_Resposta_CEP.docx | 04/09/2024 11:06:41 | JULIANA THAIS ALVES LOPES | Aceito |
| Outros | termo_confidencialiae.jpg | 04/09/2024 11:04:51 | JULIANA THAIS ALVES LOPES | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE.docx | 04/09/2024 11:02:25 | JULIANA THAIS ALVES LOPES | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | prefeitura.pdf | 25/07/2024 19:52:12 | JULIANA THAIS ALVES LOPES | Aceito |

**Situação do Parecer:**
Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**
Não

LONDRINA, 17 de Setembro de 2024

**Assinado por:**
**Karina Elaine de Souza Silva**
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** LABESC - Sala 14
**Bairro:** Campus Universitário **CEP:** 86.057-970
**UF:** PR **Município:** LONDRINA
**Telefone:** (43)3371-5455 **E-mail:** cep268@uel.br

# ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

## Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**Título da pesquisa**

"Alimentação Saudável como uma questão intra e interprofissional na Atenção Primária à Saúde do município de Londrina - PR"

Prezado(a) profissional de saúde,

Gostaríamos de convidá-lo(a) para participar da pesquisa **"Alimentação Saudável como uma questão intra e interprofissional na Atenção Primária à Saúde do município de Londrina - PR"**, que tem como objetivo avaliar a apropriação dos profissionais de saúde do município de Londrina quanto ao Guia Alimentar para a População Brasileira. Você poderá contribuir com esta pesquisa, respondendo a um formulário com 45 perguntas com a maioria de respostas fechadas.

Esclarecemos que sua participação é totalmente voluntária, podendo recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa.

Suas informações serão utilizadas para os fins desta e futuras pesquisas, e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. Esclarecemos ainda, que o(a) senhor(a) não pagará e nem será remunerado(a) por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação.

Sua participação será importante para conhecermos melhor a respeito da conhecimento e autoeficácia dos profissionais de saúde sobre o Guia Alimentar para a População Brasileira a fim de contribuir para o fortalecimento das políticas e ações de promoção da alimentação adequada e saudável de forma intra e intersetorial, como a ampliação da discussão sobre as possibilidades das ações de alimentação e nutrição no território, o fomento de matriciamentos para os profissionais de saúde, bem como ações que envolvam os demais setores.

Esclarecemos que apesar de os procedimentos metodológicos não resultarem em risco direto aos participantes, como qualquer pesquisa realizada em ambiente virtual há alguns riscos inerentes, como os a confidencialidade e sigilo dos dados acessados, compartilhados e/ou armazenados em ambiente virtual, em função das limitações das tecnologias utilizadas. No entanto, ressaltamos que os dados coletados não envolvem questões consideradas mais delicadas e pessoais, bem como não irá solicitar dados como cpf, número de RG, informações bancárias, etc. Os dados a serem informados dizem respeito somente ao objeto da pesquisa.

Caso o(a) senhor(a) tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos poderá nos contatar (Mathias Roberto Loch), pelo telefone xxxxxxxxxxxxxxx no Departamento de Saúde Coletiva Universidade Estadual de Londrina, na Avenida Robert Kock, nº 60, e-mail: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx**,** ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, situado junto ao LABESC – Laboratório Escola, no Campus Universitário, telefone (43) 3371-5455, e-mail: **cep268@uel.br.**

Declaro ter lido e compreendido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e desejo participar voluntariamente da pesquisa.

——Sim

——Não