

## Insights sobre educação nutricional: uma metassíntese interpretativa qualitativa a partir da perspectiva latino-americana

Alexandra Pava-Cárdenas<sup>1</sup>  Teresita Alzate-Yepes<sup>2</sup>  Ana Maria Cervato-Mancuso<sup>3</sup> 

<sup>1</sup>Departamento de Alimentación y Nutrición, Facultad de Ciencias de la Salud. Pontificia Universidad Javeriana Cali, Colombia.

<sup>2</sup>Escuela de Nutrición y Dietética, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

<sup>3</sup>Departamento de Odontologia Social, Universidade de São Paulo – USP. São Paulo, Brasil.

E-mail: alexandra.pavac@javerianacali.edu.co

### Resumo Gráfico



## Resumo

Os estudos sobre educação em saúde têm focado mais no que se ensina do que em quem aprende. Este artigo relata os resultados de uma metassíntese interpretativa qualitativa (QIMS) sobre experiências de pacientes que emergem durante a participação em intervenções educativas sobre alimentação e nutrição na América Latina. Foi realizada uma busca por estudos baseados no paradigma construtivista, hermenêutico ou interpretativo publicados entre 2006 e 2020 abrangendo nove bases de dados, identificando 1.676 registros. Foram contempladas três etapas: I) identificação da amostra por meio de fichas de caracterização e avaliação da qualidade, resultando em nove estudos; II) extração de temas abordados nos resultados da pesquisa para compreensão das experiências de participação, e III) tradução de dados e compreensão sinérgica por meio de integração de experiências, incluindo uma nova categorização de temas. O QIMS gerou sete temas: “conflito social”, “insegurança”, “sacrifício”, “cuidado”, “valorização da abordagem”, “mudança na compreensão” e “aprendizado”. Dado o nível de detalhamento da realidade social em que ocorre a participação, os temas destacam três dimensões cruciais na educação alimentar e nutricional na perspectiva dos pacientes: “história de vida”, “configuração alimentar” e “apreciação educativa”. A complexidade das experiências dos pacientes exige uma abordagem que reconheça melhor a configuração dentro das dimensões encontradas. Isto exige explorar como as experiências individuais dos pacientes se relacionam com o contexto mais amplo da nutrição e da educação alimentar na região latino-americana.

**Palavras-chave:** Revisão Sistemática. Dieta, Alimentação e Nutrição. Educação do Paciente como Tema. América Latina.

## INTRODUÇÃO

No combate a hábitos alimentares não saudáveis, a educação surge como uma ferramenta potente<sup>1</sup>. Apesar dos esforços substanciais, as intervenções encontram barreiras, especialmente ao aplicar estruturas teóricas. Revisões sistemáticas anteriores, utilizando dados de pesquisas quantitativas, indicam que a eficácia da educação alimentar e nutricional (EAN) é de 57,5%<sup>2</sup>.

Isso é crucial na América Latina, onde a prevalência de deficiência é superior a 50% para a maioria dos nutrientes<sup>3</sup>. Por exemplo, no México e no Brasil, mais de 22% da população adulta é obesa, o que está associado a dietas desequilibradas e deficiências de micronutrientes essenciais, como ferro e vitamina A. No Peru, 10,8% das crianças menores de 5 anos sofrem de desnutrição crônica, destacando a necessidade de intervenções educacionais eficazes e adaptadas localmente<sup>4</sup>.

Apesar dos avanços na EAN em documentos técnicos de políticas públicas, especialmente no Brasil e em organizações internacionais, a América Latina carece de produção científica substancial sobre este tema. Essa lacuna deve-se à ausência de um conceito consolidado de EAN, que necessita de maior exploração<sup>5,6</sup>. Abordar essa questão é crucial na América Latina, onde as deficiências alimentares persistem apesar dos esforços para promover uma alimen-

tação saudável. Estudos atuais frequentemente se concentram em processos profissionais e temas, negligenciando o "como" e o "porquê" da educação e das experiências dos pacientes<sup>6,7</sup>.

No crescente campo da pesquisa qualitativa em EAN, há uma literatura cada vez maior sobre como os participantes se envolvem com programas educacionais nessa área<sup>6</sup>. Clark-Barol et al.<sup>8</sup> exploraram narrativas de participantes para descobrir como os indivíduos interagem com esses programas, focando especialmente em fatores afetivos. Apesar desses *insights*, a valorização dos avanços dos participantes em EAN muitas vezes escapa aos profissionais. Além disso, os profissionais reconhecem a necessidade de aprimorar o treinamento e as competências para melhor apoiar os participantes dos programas, contudo, essa área permanece pouco explorada na literatura existente<sup>9,10</sup>.

Metaestudos visam agrupar estudos qualitativos sobre um fenômeno específico para obter *insights* mais profundos, empregando uma abordagem conhecida como metassíntese. Essa abordagem, que tem como base filosófica os construtos sociais, reconhece a coexistência de múltiplos objetivos singulares e a inconsistência entre realidades. O resultado não busca ser uma prescrição para a prática, mas sim uma reflexão sobre diversas ferramentas interpretativas. O objetivo é construir uma realidade mais

plausível, coerente, abrangente e útil em comparação com o entendimento atual<sup>11</sup>.

No campo da alimentação e nutrição, a pesquisa qualitativa tem sido fundamental para compreender as experiências vividas pelos participantes em intervenções educacionais. No entanto, há uma necessidade de uma revisão mais abrangente da literatura relevante para contextualizar adequadamente este estudo dentro do panorama mais amplo da pesquisa. Portanto, à luz do cenário atual de pesquisa em EAN, este estudo busca explorar as experiências vividas pelos participantes em intervenções educacionais sobre alimentação e nutrição na América Latina.

Para avançar o arcabouço teórico da educação em saúde, é crucial integrar os achados

dos estudos qualitativos realizados na América Latina. Atualmente, há uma lacuna significativa na compreensão das experiências dos pacientes durante sua participação em EAN na região. Este estudo visa abordar a principal questão de pesquisa: Quais são as experiências dos pacientes durante sua participação em EAN? Essa pergunta surge do reconhecimento de que as experiências vão além dos elementos educacionais formais para abranger o que os participantes ganham dessas intervenções. Dada a escassez de estudos abrangentes sobre este tópico na América Latina, esta pesquisa busca preencher essa lacuna e fornecer uma compreensão mais holística das experiências dos pacientes no contexto da EAN na região.

## METODOLOGIA

O uso de evidências na forma de síntese qualitativa tem o potencial de contribuir para conceitos e métodos centrados no paciente<sup>12,13</sup>. O objetivo da metassíntese qualitativa interpretativa (QIMS) é enfatizar uma abordagem holística do fenômeno, ou seja, criar uma sinergia entre os dados qualitativos, com base no paradigma do construtivismo<sup>14</sup>. O estudo compreendeu três fases envolvendo os coautores, profissionais de nutrição com experiência em pesquisa qualitativa e educação em saúde.

### Fase: Identificação da Amostra

A busca na literatura foi realizada utilizando o *Microsoft Excel* 2017. A amostragem foi feita em 9 bases de dados bibliográficas, cada uma com uma estratégia de busca elaborada para uniformidade (Tabela 1). Equações foram então aplicadas para identificar e excluir duplicatas (Fig. 1). Os artigos foram verificados em relação aos critérios de inclusão com base em seus títulos, resumos e textos completos.

Quando necessário, utilizamos uma planilha do *Microsoft Excel* para verificar os critérios de inclusão: a) disponível digitalmente; b) ações envolvendo EAN; c) foco na perspectiva dos pacientes; d) métodos qualitativos; e) paradigma construtivista, hermenêutico ou

interpretativo; f) de um país latino-americano; g) em português, espanhol ou inglês; e h) publicado entre 2006 e 2020. Esta etapa pré-selecionou 67 artigos.

Um artigo foi considerado educacional quando os autores, de forma clara e explícita, tinham a intenção educacional tanto na formulação do estudo quanto em seus resultados. Portanto, estudos que apresentaram cenários educacionais implicitamente, mas não foram abordados como tal, foram excluídos.

Para cada artigo potencial, dois pesquisadores revisaram independentemente e preencheram dois formulários. O primeiro formulário caracterizou o artigo, abrangendo objetivos, participantes, bases teóricas, métodos de pesquisa, resultados, limitações, papéis dos pesquisadores, razões para retenção e observações<sup>11</sup>. O segundo formulário forneceu uma avaliação quantitativa da qualidade usando o *EPPI-Reviewer do EPPI Centre*, Reino Unido, com um critério adicional: "Havia coerência entre o paradigma ou teoria, método e técnicas utilizadas no estudo?" Este item avaliou a congruência metodológica<sup>15</sup>. Os artigos foram classificados como de alta qualidade ( $\geq 10$  critérios), qualidade média (7-9 critérios) ou baixa qualidade ( $\leq 7$  critérios).

Para que um artigo fosse incluído na QIMS,

ambos os examinadores precisavam considerá-lo pertinente ao paradigma e classificá-lo como de qualidade média ou superior. Em caso de discordâncias, foram realizadas discussões e um terceiro examinador tomou a decisão final. Os nove estudos incluídos na amostra foram extraídos de várias tradições qualitativas em saúde. Quando os artigos não seguiam uma tradição específica, garantimos que o método estivesse alinhado com o paradigma de pesquisa. As características do desenho do estudo estão detalhadas na Tabela 2.

### Fase: Extração dos Temas

Os temas foram registrados usando a linguagem dos estudos originais. Um terceiro examinador então comparou os temas e se-

leccionou aqueles com maior consistência na descrição dos resultados.

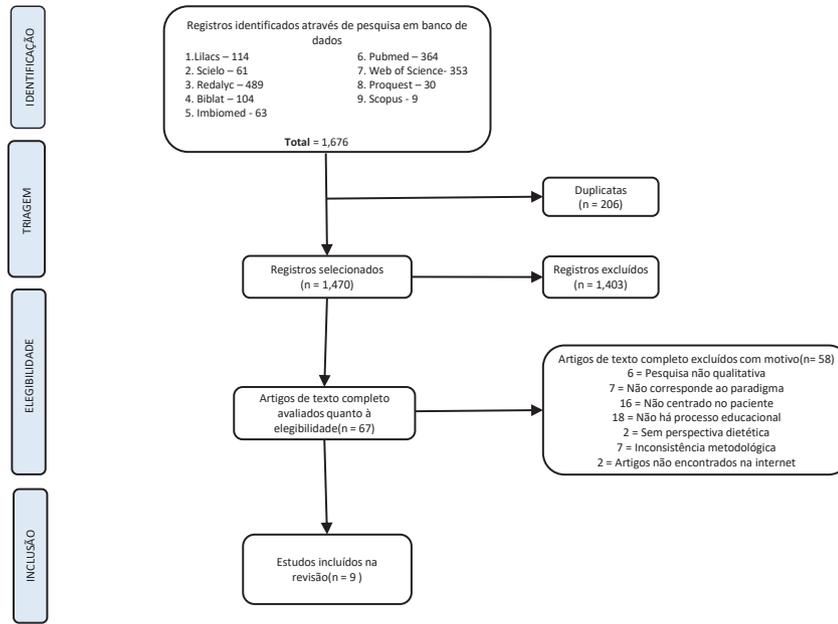
### Fase: Tradução e Compreensão Sinérgica

A codificação aberta e axial foi realizada, incluindo definições para cada código<sup>16</sup>. O pesquisador então revisou a codificação. Em caso de dúvidas, o segundo examinador consultou o primeiro para esclarecer questões e fazer as alterações necessárias.

A triangulação abrangeu as perspectivas dos pacientes e os níveis de imersão/engajamento no estudo qualitativo. A abordagem analítica visou apresentar e preservar a diversidade em teorias, métodos e manejo de dados. Diversas perspectivas educacionais foram incluídas, desde intervenções explícitas até simples acompanhamentos.

**Tabela 1** - Base de dados e equações utilizadas para a busca bibliográfica da revisão no período de 2006 a 2020, conforme descrito na metodologia, 2024.

Nº	Base de dados	Equações
1	<i>Lilacs</i>	EDUCAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL [Descritor de assunto] ou EDUCA\$ E (ALIMENTA\$ OU FEEDING OU NUTRI\$ OU NUTRIÇÃO\$) [Palavras] e "PESQUISA QUALITATIVA" [Descritor de assunto]
2	<i>Scielo</i>	(ab:(("educação nutricional" OU "educação alimentar" OU "educación nutricional" OU "nutrition education") E (qualitativ* OU cualitativ*)))
3	<i>Redalyc</i>	"educação alimentar" & "educação nutricional"
4	<i>Biblat</i>	Palavra-chave: educação alimentar e nutricional OU educação nutricional.
5	<i>Imbiomed</i>	educação nutricional & educação alimentar e nutricional
6	<i>Pubmed</i>	nutrition education[Título/Resumo] OU ((health education [Título/Resumo] E nutrition [Título/Resumo] )) OU ((health education [Título/Resumo] E feeding [Título/Resumo] ))E (qualitative [Título/Resumo])
7	<i>Web of Science</i>	Tema: ("nutrition education") OU Tema: ("health education" e ("nutrition" ou "feeding")) E Tema: ("qualitative")
8	<i>Proquest</i>	ab("nutrition education") OU ab(("health education" E nutrition OU "health education" E feeding)) E ab(qualitative)
9	<i>Scopus</i>	( ABS ( nutrition education ) OU ABS ( health education AND nutrition ) OU ABS ( health education AND feeding ) E ABS ( qualitative ) ) E DOCTYPE ( ar )



**Figura 1** - Fluxograma do processo de amostragem.

**Tabela 2** - Autor, ano, país, título do estudo, método, características do usuário, base educacional e alcance educacional dos artigos incluídos na pesquisa do QIMS em nove bases de dados de 2006 a 2020, conforme descrito na metodologia, 2024.

Autor principal	Ano	País	Estudo	Tradição/Método	Usuários
Caicedo	2016	Colombia	Educação em Amamentação: desacordo de significado	Não especificado / Etnografia particularista	Mães, família e equipe de saúde
Dodou	2017	Brasil	A prática educativa realizada pela enfermagem no puerpério: representações sociais de puérperas	Teoria das Representações Sociais / entrevistas	Mulheres no pós-parto
Giaretta	2010	Brasil	Cuidado nutricional: olhar sensível, interdisciplinar, para as famílias de pessoas com Síndrome de Down	Interação simbólica / Intervenção de escuta e observação sensível	Famílias de adolescentes
Jürgensen	2020	Brasil	Impacto de um programa de educação nutricional nas percepções e práticas alimentares de ginastas	Não especificado / Entrevistas, grupo focal e observação participante	Atletas e treinadores
Machado	2017	Brasil	A dimensão simbólica do cuidado nutricional pré-natal em diabetes <i>mellitus</i>	Perspectiva interpretativa/ Observação participante, entrevistas semiestruturadas e revisão de prontuários médicos	Mulheres no pós-parto
Moreira	2018	Brasil	Quando tem como comer, a gente come": fontes de informações sobre alimentação na gestação e as escolhas alimentares	Perspectiva interpretativa com visão fenomenológica / Entrevistas	Mulheres no pós-parto
Ribeiro	2012	Brasil	Hipertensão arterial e orientação domiciliar: o papel estratégico da saúde da família	Não especificado / Grupos focais e entrevistas	Mulheres idosas
Rodrigues	2006	Brasil	Problematização como estratégia de educação nutricional com adolescentes obesos	Hermenêutica/Entrevistas e observação	Adolescentes
Yonamine	2013	Brasil	Percepção dos familiares de pacientes com alergia ao leite de vaca em relação ao tratamento	Não especificado / Entrevistas	Membros da família

## RESULTADOS

Uma síntese dos estudos revelou uma visão abrangente das experiências dos pacientes com EAN na América Latina. Os 39 temas identificados foram categorizados em três dimensões dentro do modelo experiencial. A QIMS delineou sete temas principais com base em categorias elaboradas por pesquisadores e profissionais de saúde, e não pelos pacientes participantes.

### Primeira Dimensão: História de Vida

**Conflito Social.** Este tema diz respeito ao impacto na rotina alimentar em meio a novas circunstâncias ou doenças. Nos quatro estudos analisados, foram identificados quatro mecanismos distintos.

Um desses mecanismos, denominado "pressão", emana de figuras de autoridade, incluindo profissionais de saúde e membros da família. Eles abordam questões alimentares com uma dicotomia simplista de certo e errado, exercendo influência para garantir a conformidade. Essa abordagem promove um senso de obediência entre os indivíduos, resultando em práticas alimentares moldadas por uma dinâmica de submissão a pressões externas<sup>17</sup>.

O mecanismo de "desespero" surge dos desafios dentro da unidade familiar, principalmente associados a figuras masculinas que demonstram uma tendência ao distanciamento e relutância em assumir responsabilidades no tratamento ou engajamento. Essa dinâmica gera sentimentos de incerteza decorrentes da falta de diálogo ou interesse familiar<sup>17,18</sup>. Frequentemente, o pai atribui a culpa a outros pela situação ou doença e restringe seu apoio ao tratamento<sup>17</sup>. Um adolescente comentou: "Quanto mais falam pra eu emagrecer, daí eu como mais, meu pai falava 'tem que emagrecer', Aquilo dava um desespero, eu comia mais"<sup>17</sup>.

O mecanismo de "estigma social" decorre da percepção de ser diferente e das reações que isso pode provocar no paciente. Uma rotina é construída com base em crenças e rútu-

los sociais para a interação entre pais e filhos, resultando em comportamentos alimentares contraditórios caracterizados pelo consumo excessivo compensatório de alimentos<sup>19</sup>.

Por fim, o mecanismo "situação financeira e violência" instila um sentimento de constrangimento nos pacientes devido aos obstáculos que impõe na obtenção de alimentos. Isso pode resultar de restrições financeiras ou do perigo associado ao acesso a fornecedores de alimentos. Isso destaca a discrepância entre a orientação fornecida pelos serviços de saúde e as circunstâncias de vida do paciente<sup>20</sup>.

**Cuidado.** Este processo envolve reconhecer a nova situação ou doença e compreender suas causas. A dieta é vista como orientação e não como terapia. Essa compreensão é derivada de dois estudos com pacientes que se adaptam às demandas de tratamento ou normas sociais, revelando três mecanismos<sup>18,21</sup>.

O primeiro é "esperança e fé em Deus" como forma de superar as incertezas da cura e a impotência de não poder acelerar o processo, pois até os médicos não sabem quando isso vai acontecer. O segundo é "interação social", que ajuda a aumentar a conscientização e aprender mais sobre a situação por meio de apoio e camaradagem para trabalhar na prática dietética. Um adolescente menciona: "A gente briga quando alguém tá comendo bolo ou coisa parecida porque ela não pode, vai pesar no treino"<sup>21</sup>. Finalmente, "apoio no atendimento" contribui para o cuidado, mesmo que nem todos os problemas sejam resolvidos. Há apoio para melhorar o estilo de vida, embora o acompanhamento rápido seja uma questão de sorte e nem sempre aconteça<sup>18</sup>. Uma avó menciona: "Hoje eu me questionei quando eu saí de casa. Eu perco dia de serviço... (...) Então eu fico questionando: "eu vou lá fazer o quê?" A nutricionista ainda me orienta, ainda me passa algumas coisas (...)"<sup>18</sup>.

### Segunda Dimensão: Configuração da Alimentação

**Insegurança.** Surge do confronto entre a realidade dos pacientes e as possibilidades de cuidado, mediado por três mecanismos identificados em dois estudos QIMS.

O primeiro mecanismo, "dificuldade", surge da interpretação dos pacientes de que aprender a comer é para aqueles que têm problemas e está associado a não comer alimentos reais, passar tempo contando calorias e prestando atenção às porções<sup>22</sup>. Uma mulher menciona: "Nutrição é ... aprender a comer melhor, fazer coisas que eu pensei que apenas pessoas gordas tinham que fazer"<sup>22</sup>.

O segundo, "temor", afeta o paciente em tratamento, pois consome alimentos não recomendados, gerando insegurança no consumo<sup>22</sup>. Por outro lado, surgem ciclos de ansiedade e consumo de alimentos com a falta de compromisso com a abstinência e o apoio da religião, dificultando a problematização do que acontece<sup>17</sup>. Um adolescente menciona: "Dizem pra eu não ficar nervoso por ser gordo, que Deus me fez assim"<sup>17</sup>.

Por último, "incapacidade" está relacionada à situação de não conseguir comer bem, mesmo que apenas por algumas semanas, devido a razões como horários de trabalho, desejo de comer e tentativa de ajustar a dose do tratamento, gerando em resultados contrários ao peso esperado<sup>22</sup>. Uma mulher diz: "... damos algumas ideias uns aos outros. ... às vezes pensamos que podemos, então depois tomamos insulina"<sup>22</sup>.

**Sacrifício.** Isso se refere a situações em que são feitos esforços para seguir recomendações apesar das dificuldades. Os quatro estudos QIMS destacam essa questão, associando-a a três cenários influenciados por resultados além do controle ou tratamento da nova situação.

A primeira situação, "esforço", é sustentada pelo paciente por várias razões: comer é um ato de amor, de vínculo, um presente de Deus, um privilégio, um compromisso para melhorar o desempenho. Assim, torna-se natural buscar um resultado desejado, mas nem sempre está relacionado à saúde<sup>21,23</sup>.

A segunda situação, "Empenho", surge quando pessoas próximas ao paciente dão conselhos sobre dieta, exigindo que ele esco-

lha entre: ignorar o que a família e os vizinhos dizem, aceitar o que o profissional de saúde diz ou tomar uma decisão por si mesmo. Algumas situações persistem na prática, como aquelas causadas por dor, exigências de trabalho e dificuldades relacionadas ao pessoal de saúde<sup>23</sup>. Uma mãe comenta: "Apesar do mencionado, as mães persistem na amamentação: eu estava entre as mães que alimentavam meu filho exclusivamente com meu leite [...] sim, eu ficava muito cansada porque me machucava, estava cansada, com sono, ficava acordada até tarde. Meus mamilos estavam completamente doloridos! [...]"<sup>23</sup>.

Por último, "privação" refere-se à disposição para lidar com restrições alimentares específicas relacionadas ao que é considerado certo e errado. O sistema de classificação dos pacientes tende a ser dicotômico, um resultado reforçado pelo modelo de serviço. Isso não está isolado da fase da vida em que elementos de certo e errado são incorporados, mas também de sua compreensão religiosa do que é agradável e purificador. Isso inclui o conhecimento de "tudo" sobre alimentos proibidos e permitidos, leitura de rótulos e receitas, e planejamento de refeições. E tudo isso é ainda mais comprometido pela dificuldade de comprar alimentos devido aos altos preços<sup>18</sup>.

**Terceira Dimensão: Apreciação educativa Valorização da abordagem.** Aqui, a experiência é moldada pela forma como a abordagem é implementada, envolvendo três mecanismos destacados nos quatro estudos QIMS.

O mecanismo de "como é feito" atrai os pacientes, embora não necessariamente leve a mudanças em suas ações. Eles interpretam o que os profissionais ensinam quando se espera que simplesmente realizem a atividade<sup>23</sup>. Visitas domiciliares são uma estratégia mais eficaz, permitindo melhores explicações, abordagens individualizadas e a formação de um vínculo entre profissionais e pacientes. Por outro lado, o grupo é apresentado como uma estratégia menos eficaz<sup>24</sup> "[...] Em casa é melhor explicado ainda. Em grupo... mostra lá pra gente slide, cartaz ou oral... a pessoa num guarda tudo aquilo ali... a prática junto com a gente, individual ali em casa, é muito

melhor [...]"<sup>24</sup>.

"Como o conteúdo é abordado" está relacionado à valorização da orientação dos profissionais para alcançar o aprendizado do paciente e fornecer explicações mais detalhadas, como enfatizar o que é ensinado na palestra para ser seguido na prática, com suporte para fazer corretamente<sup>25</sup>. Uma mãe diz: "Nos primeiros meses, participei de uma palestra sobre amamentação, e depois aprendi com aquela palestra. Depois, na maternidade, eles sempre estavam observando, vendo se eu estava amamentando corretamente, se ela estava pegando corretamente"<sup>25</sup>.

Por último, "relacionamento com o educador" apresenta três possibilidades em relação à aceitação das orientações dietéticas. Uma delas se refere à oferta de orientação por pessoas mais velhas, membros da família, amigos ou profissionais que, sendo entes queridos e tendo mais experiência, acabam proporcionando um sentimento de segurança para seguir as orientações<sup>20</sup>.

Outra possibilidade surge da necessidade dos pacientes de tomarem suas próprias decisões, sentindo-se capazes de assumir o papel de protagonistas, mesmo quando discordam dos conselhos de pessoas mais velhas, que podem até falar bobagens<sup>20</sup>. Aqui, é abordada a influência significativa exercida pela família, especialmente pelo marido, seja participando e se beneficiando do processo de aprendizado ou atuando como obstáculo às mudanças alimentares<sup>22</sup>. Uma mulher diz: "[...] A orientação foi pra família, e o marido tá entrando também... agora a família toda pegou o ritmo meu lá. Graças a Deus! [...]"<sup>22</sup>.

E o último se refere à divergência nas orientações fornecidas pelos profissionais de saúde durante o processo, pois depende de quem é o acompanhamento e da fase da vida. Inicialmente, inclui indicações sobre o que comer e como comer. Mas isso muda, dificultando a continuidade do cuidado, exceto para um grupo prioritário, deslocando o foco para outras necessidades<sup>20,25</sup>. Uma mãe comenta: "O acompanhamento que eu tive foi só da criança mesmo, em relação a mim, assim uma orientação, um profissional pra te

orientar, não tem, está entendendo"<sup>25</sup>.

**Mudança de entendimento.** Denota os aspectos mais bem definidos de mudança ao longo do processo, que envolvem a alteração da compreensão das orientações, fatos e práticas alimentares, destacando três pontos-chave. Três estudos apontam descobertas para essa experiência.

No que diz respeito aos "conteúdos", os pacientes podem relatar as orientações fornecidas pelos profissionais com vários detalhes e foco nas mensagens<sup>25</sup>. Uma mãe diz: "Elas falavam da importância que o bebê fique imune, é bom quando os dentinhos vão nascer, e pra saúde, que eu fizesse de tudo pra dar até os seis meses"<sup>25</sup>.

Os "simbolismos" relacionados à alimentação abordam a imagem do ato de comer, onde os significados das práticas dietéticas variam de família para família, como união, sobrevivência e abundância. Através de experiências educacionais e incentivo à reflexão, as famílias descobrem e reconhecem a simbologia relacionada à cultura, fatores sociais e experiências alimentares<sup>19</sup>.

A "percepção do cotidiano alimentar" é influenciado pela experiência educacional, que inclui dinâmicas de ancoragem, estresse e limites. Identificar o medo, o controle e os riscos relacionados à doença, bem como a forma de educar o paciente durante as dinâmicas, permite a expressão dos desejos familiares por mudanças em relação ao ato de viver e de se alimentar. Um adolescente diz: "Ah, eu fico assim quando a televisão, e o filme [de um canal de televisão] diz: 'agora sente no seu sofá, abra [um refrigerante] e assista ao filme'. Precisa abrir [um refrigerante] para assistir ao filme? Eles nos tratam como marionetes"<sup>17</sup>.

**Aprendizagem.** Esta experiência varia em diferentes contextos, influenciada pelas condições de vida, pelo processo educacional e pelas situações familiares e individuais. Os cinco estudos QIMS destacam essa questão, associando-a a três situações relacionadas ao aprendizado.

Na situação de "compromisso", os pacientes não conseguem cumprir totalmente

as recomendações; no entanto, conseguem cumpri-las incorporando outras preferências. Apesar do panorama de obstáculos e tensões geradas nos pacientes durante o processo educacional, incluindo trabalho, estudos, obrigações e limitações financeiras, o comprometimento assegura que essa mudança persista<sup>22,23</sup>. Uma pessoa diz: "[...] Antes a gente num mudava porque num tinha ninguém pra conversar com a gente, falar pra gente o que era bom ... então a gente não sabia de nada, é a mesma coisa que você ser um ignorante, ser cego, andar cego no escuro. E no explicar a gente passa a saber de tudo [...]"<sup>22</sup>.

Outra situação, "aplicação", demonstra a tranquilidade de ter feito tudo o que foi orientado durante o curso, o que ajudou muito, aliado ao apoio recebido da família e dos profissionais<sup>25</sup>. No processo de seguir a dieta, alguns aspectos são valorizados, como eliminar completamente um alimento inicialmente e depois poder moderar seu uso, o que inclui utilizar um método para aprender a comer e disciplinar-se, mesmo quando se sente preguiçoso<sup>22</sup>. Uma mulher comenta: "Eu acho que a contagem de carboidratos é um método muito bom; primeiro, nós aprendemos como comer bem ...; segundo, nós podemos nos disciplinar para aprender a quantidade de comida que podemos comer, embora às vezes também estejamos com preguiça de contar"<sup>22</sup>.

A última situação, "satisfação", decorre do entendimento do que pode e não pode ser comido em casa com a família, na busca por uma dieta saudável e alimentos mais saborosos e reais, aprendendo a comer "de tudo" e como ser flexível no tratamento<sup>21,22,25</sup>. As mudanças dietéticas implementadas e seus benefícios, combinados com a percepção dos pacientes sobre os limites a serem alcançados na alimentação, trazem consciência dos efeitos dos alimentos<sup>22</sup>.

### Modelo Teórico

Experiências diversas podem coexistir devido à participação em EAN. Ao revisar os padrões e características dessas sete experiências, revela-se uma organização em três

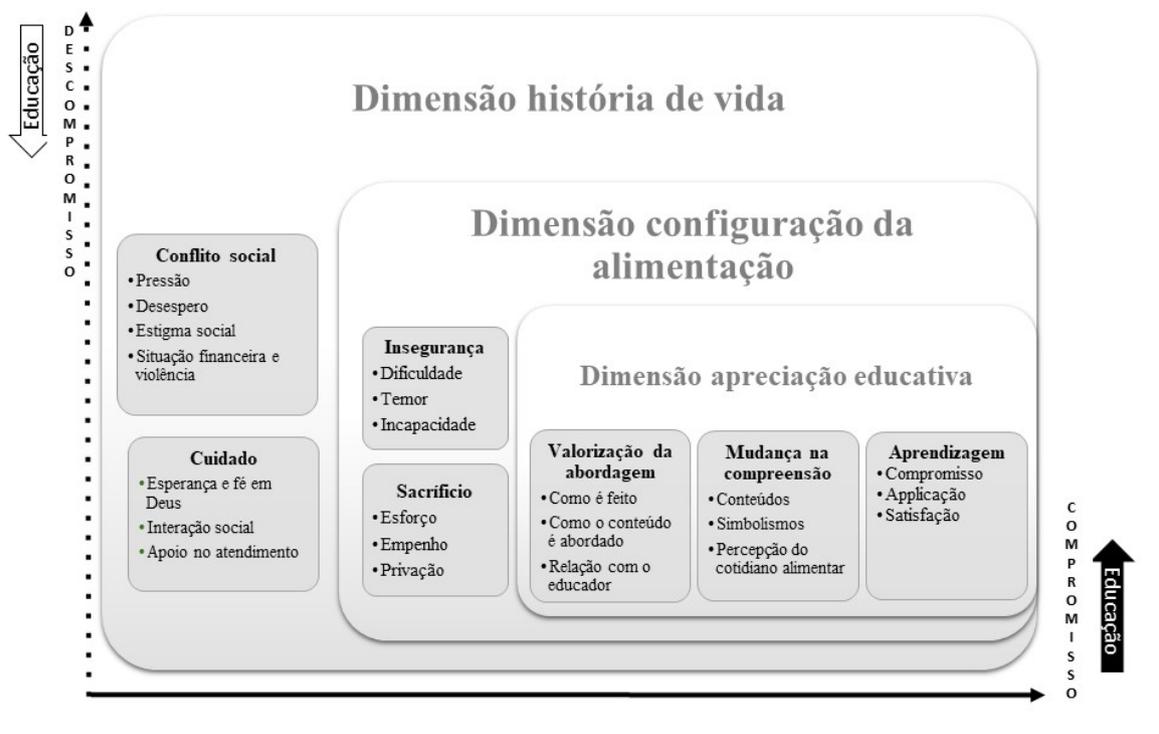
dimensões (Figura 2).

A dimensão "história de vida" sustenta os sentidos de conflito social e cuidado. A "configuração da alimentação" carrega um sentido de síntese, que incorpora os valores de insegurança e sacrifício. A terceira dimensão, "apreciação educativa," oferece suporte para os sentidos de abordagem, mudança de comportamento e aprendizado.

Essas três dimensões, representadas como uma figura espacial e flexível, constituem a base para propor hipóteses interpretativas e explicativas no modelo teórico. Por exemplo, explorar a experiência de ser cuidado pode destacar aspectos como 'insegurança' e 'mudança na compreensão'. Isso se torna evidente quando uma dimensão é enfatizada, com outras em segundo plano. A Figura 2 também permite incluir outras variáveis dentro de cada dimensão. A hipótese de vazios/sombras surge porque muitos estudos, enquanto iluminam a experiência do paciente, focam principalmente no papel do pesquisador ou educador no processo educacional.

Este estudo demonstra como os pacientes em práticas educacionais navegam por estágios em direção à transformação. O processo começa com "história de vida", seguido por "configuração da alimentação" promovida pela educação, culminando em "valorização da abordagem" ao reconhecer a abordagem, mudanças voluntárias e aprendizado. Esta estrutura retrata a educação como um processo e pode estar relacionado ao modelo educacional construtivista utilizado nos estudos analisados.

As experiências dos pacientes em práticas educacionais são moldadas por eixos inerentes ao próprio modelo educacional, onde essas dimensões se tornam intenções acionáveis. A Figura 2 ilustra os eixos decisórios vinculados à provisão do processo educacional, com a participação iniciada através do convite do pesquisador/educador. Na América Latina, este eixo corresponde à inclusão social, abordando desafios no acesso a direitos sociais essenciais como nutrição, educação e cuidados de saúde.



**Figura 2** - Modelo teórico das experiências que emergem dos pacientes que participam na Educação Alimentar e Nutricional da América Latina.

## DISCUSSÃO

Nossa síntese delinea as experiências dos pacientes que surgem durante sua participação em EAN na América Latina. No modelo proposto aqui, as experiências positivas dos pacientes são encontradas principalmente na dimensão de "apreciação educativa", onde surgem experiências de "valorização da abordagem", "mudança na compreensão" e "aprendizagem". Essas experiências correlacionam-se com benefícios percebidos, incluindo mudanças comportamentais, maior conscientização e aplicação prática das informações adquiridas na vida diária<sup>26</sup>.

Verificamos estratégias nos textos analisados como "aprendizagem com ensinamentos práticos"<sup>25</sup>, "construção de decisões familiares para mudança, durante dinâmicas educacionais"<sup>19</sup> ou mesmo "estratégias para seguir a dieta, mesmo quando se está com preguiça"<sup>27</sup>. Nessa perspectiva, os pesquisadores em seus estudos destacam a importância do uso de modelos teóricos para implementar estratégias

adequadas<sup>4</sup>.

Por outro lado, no modelo proposto, emergiram categorias relacionadas a experiências negativas, especialmente nas dimensões de "história de vida" e "configuração da alimentação", incluindo "conflito social", "insegurança" e até "sacrifício". Isso se alinha com estudos de intervenção onde métodos qualitativos de pesquisa revelam as experiências de insatisfação dos pacientes, uma vez que esse tipo de pesquisa proporciona uma compreensão mais aprofundada das experiências<sup>26</sup>.

A pesquisa sobre perspectivas dos pacientes destaca dificuldades na compreensão de crenças, atitudes e práticas devido à falta de informações credíveis<sup>28</sup>. Para enfrentar isso, os pacientes devem ser centrais no processo educacional, facilitado pela comunicação profissional. No entanto, a avaliação dos resultados depende do modelo educacional. Na América Latina, a falta de base teórica resulta em descrições pedagógicas escassas das intervenções

educacionais<sup>7</sup>.

No presente estudo, a categorização das experiências destaca tensões constantes em um amplo espectro, exigindo uma configuração que permita a utilização da ação educativa. Outros estudos demonstram como a educação nutricional pode melhorar as escolhas dietéticas em relação à ingestão de alimentos, estendendo-se além da simples assistência alimentar quando a abordagem é configurada dentro de programas de auxílio financeiro para a compra de alimentos em famílias de baixa renda<sup>29</sup>.

Muitas vezes, acredita-se que as restrições são individuais quando, na realidade, são materiais ou estruturais<sup>8,28</sup>. O status econômico e o nível de renda estão entre os fatores que não podem ser facilmente alterados. No entanto, a educação nutricional é um método de baixo custo que pode melhorar significativamente a qualidade da dieta e reduzir os efeitos indesejados da pobreza na saúde<sup>30</sup>.

Crenças sobre restrições individuais são influenciadas pela baixa e limitada qualidade de relatórios de pesquisa que negligenciam conceitos de prática dietética, construtos e implicações teóricas para a prática de saúde, especialmente na exploração das dimensões de configuração da alimentação<sup>30</sup>. A eficácia da EAN depende da duração da intervenção, objetivos claros, aplicação de teoria, fidelidade à intervenção e apoio de formuladores de políticas e gestores para intervenções ambientais<sup>2</sup>.

Nossas descobertas predominantemente derivam de serviços de saúde onde mulheres são monitoradas por profissionais durante a gravidez, amamentação ou cuidados infantis. Estudos em proteção social indicam que mulheres estão mais envolvidas em programas envolvendo economia, investimento e compartilhamento de benefícios. No entanto, a falta de apoio familiar atua como uma barreira para sua participação e retenção nesses programas<sup>31</sup>.

Na América Latina, a região com a segunda maior desigualdade social do mundo<sup>4</sup>, barreiras adicionais como violência local e falta de suporte profissional contínuo dificultam o acesso a alimentos e cuidados de saúde. O planejamento de programas de EAN requer

alinhamento com políticas destinadas a mitigar o impacto do "conflito social" nas experiências de participação. Isso envolve reconhecer mecanismos de ação comunitária sob uma perspectiva de igualdade de gênero, lógicas institucionais para implementar políticas nos sistemas de alimentos e saúde, e normas socioculturais<sup>31</sup>.

A falta de profissionais de saúde com formação em nutrição adaptada às necessidades da população é uma questão comum<sup>32,33</sup>. O "conflito social" e seu impacto no cuidado dietético destacam a necessidade de uma perspectiva mais crítica sobre o modelo educacional, incluindo a análise dos aspectos dos modelos econômicos de produção de alimentos e seu impacto nas escolhas dietéticas<sup>34,35</sup>.

A maior parte da pesquisa originada no Brasil provavelmente se deve a políticas alimentares robustas, incluindo esforços para combater a fome e investimentos crescentes em pesquisa. Isso sugere que as medidas educacionais em alimentação e nutrição são influenciadas por políticas públicas locais<sup>36,37</sup>.

Embora a formulação de Aguirre & Bolton<sup>14</sup> seja específica para o trabalho social, ela tem relevância para a EAN, o que foi uma limitação desta revisão. Outra das restrições foi a exclusão da literatura cinza devido a desafios operacionais. Além disso, identificou-se como desafiador o acesso a pesquisas qualitativas de alta qualidade na região. Um aspecto vulnerável envolve a redução da pesquisa qualitativa a categorias predefinidas ou a análises de narrativas sem fundamentos teóricos. Apesar das realidades diversas, situações comuns no cuidado diário à saúde destacam a necessidade de melhorar a qualidade da pesquisa, potencialmente aprimorando a pesquisa comparativa e a compreensão do "como" e "porquê" dos fenômenos<sup>38</sup>.

Por fim, os estudos frequentemente carecem de descrições detalhadas do planejamento e da execução das abordagens educacionais, enfatizando o efeito da educação sobre o próprio processo. Isso afeta a capacidade de entender como normas sociais e culturais são incorporadas ao planejamento e também na obtenção dos efeitos esperados<sup>39</sup>.

## CONCLUSÃO

Os resultados da pesquisa ressaltam a importância de quem planeja os programas e dos profissionais de saúde monitorarem as experiências dos pacientes em EAN. Adaptar estratégias às necessidades dos pacientes aumenta a capacidade de acompanhar o que eles vivenciam e internalizam durante os encontros educacionais. Além disso, complementar as abordagens individuais com intervenções em grupo e oferecer experiências alinhadas com a vida cotidiana dos pacientes fora dos ambientes de saúde pode ser vantajoso.

Para a mudança alimentar, é essencial abordar os fatores que influenciam o envolvimento do paciente e adaptar as intervenções ao contexto de saúde latino-americano. A pesquisa sobre intervenções deve avaliar a formação da equipe de saúde em educação em saúde, facilitadores de serviços para abordagens educacionais, estratégias pedagógicas detalhadas, métodos didáticos e indicadores de resultados.

A integração do modelo pedagógico com as experiências educativas dos pacientes, com base nas três dimensões e sete categorias identificadas nesta metassíntese, permite um apoio mais sensível e personalizado, alinhado com os objetivos dos pacientes. Esta abordagem captura perspectivas positivas e negativas, facilitando uma compreensão abrangente de suas experiências.

Mais pesquisas, especialmente estudos comparativos, são necessárias para aprofundar a compreensão dos programas para pacientes que enfrentam desafios semelhantes. Isto melhorará o conhecimento das intervenções educativas e produzirá indicadores mais precisos sobre os processos de nutrição e educação. Estudos futuros devem enfatizar metodologias rigorosas baseadas em paradigmas de pesquisa e abordagens educacionais estabelecidos, oferecendo descrição detalhada das intervenções e avaliando seus efeitos a longo prazo.

*O manuscrito é resultado de uma tese: Pava-Cárdenas, A. "Escopos da educação alimentar e nutricional à luz do contexto latino-americano: o usuário". 2017. Universidade de São Paulo.*

### Declaração do autor CREdiT

Conceituação: Pava-Cárdenas, A; Cervato-Mancuso, A.M; Alzate-Yepes, T. Metodologia: Pava-Cárdenas, A; Cervato-Mancuso, A.M; Alzate-Yepes. Análise qualitativa: Pava-Cárdenas, A; Cervato-Mancuso, A.M; Alzate-Yepes, T. Análise Formal: Pava-Cárdenas, A; Cervato-Mancuso, A.M; Alzate-Yepes, T. Pesquisa: Pava-Cárdenas, A. Redação-elaboração do rascunho original: Pava-Cárdenas, A. Redação-revisão e edição: Pava-Cárdenas, A; Cervato-Mancuso, A.M; Alzate-Yepes, T. Visualização: Pava-Cárdenas, A. Supervisão: Cervato-Mancuso, A.M; Alzate-Yepes, T; Administração do projeto: Pava-Cárdenas, A.

Todos os autores leram e concordaram com a versão publicada do manuscrito.

## REFERÊNCIAS

- Liguori J, Trübswasser U, Pradeilles R, et al. How do food safety concerns affect consumer behaviors and diets in low- and middle-income countries? A systematic review. *Glob Food Sec.* . [Internet]. 2022; [Acessado em 01 março de 2023] 32:100606. Disponível em: <https://doi:10.1016/j.gfs.2021.100606>
- Murimi MW, Kanyi M, Mupfudze T, Amin MR, Mbogori T, Aldubayan K. Factors influencing efficacy of nutrition education interventions: a systematic review. *J Nutr Educ Behav.* . [Internet].2017; [Acessado em 01 março de 2023]49(2):142-165.e1. Disponível em: <https://doi:10.1016/j.jneb.2016.09.003>
- Leme ACB, Fisberg RM, Mello AV, Sales CH, Ferrari G, Haines J, et al. Food sources of shortfall nutrients among latin americans: Results from the latin american study of health and nutrition (elans). *Int J Environ Res Public Health.* . [Internet].2021; [Acessado em 01 março de 2023]18(9). Disponível em: <https://doi:10.3390/ijerph18094967>
- FAO, IFAD, PAHO, UNICEF, WFP. *Regional Overview of Food Security and Nutrition – Latin America and the Caribbean 2022: Towards Improving Affordability of Healthy Diets.*; . [Internet].2023. [Acessado em 20 fev 2024] Disponível em: <https://doi:10.4060/cc3859en>
- Contento IR, Koch PA. *Nutrition Education: Linking Research, Theory, and Practice: Linking Research, Theory, and Practice* . 4th ed. Burlington: Jones & Bartlett Learning; 2020.
- Fuentes S, Estrada B. Alimentación escolar y educación alimentaria: tendencias recientes en la investigación en América Latina entre

- 2005 y 2021. *Rev Educ.* . [Internet].2023[Acessado em 20 fev 2024]; 47(1):1-15. Disponível em: <https://doi.org/10.15517/revedu.v47i1.51724>
7. Alzate TY. Desde la educación para la salud: Hacia la pedagogía de la educación alimentaria y nutricional. *Perspectivas de nutrición humana*, 2006; 16 (1): 21–40.
8. Clark-Barol M, Gaddis JE, Barrett CK. Food agency in low-income households: A qualitative study of the structural and individual factors impacting participants in a community-based nutrition program. *Appetite.* . [Internet]. 2021[Acessado em 01 março de 2023];158. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.appet.2020.105013>
9. Billing-Bullen G, Nielsen D, Wham C, Kruger R. Enablers and barriers to prevent weight-regain post bariatric surgery – A qualitative enquiry. *Eat Behav.* . [Internet].2022[Acessado em 20 fev 2024];47. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2022.101677>
10. McHugh P, Smith M, Wright N, Bush S, Pullon S. If you don't eat meat... you'll die. A mixed-method survey of health-professionals' beliefs. *Nutrients.* . [Internet]. 2019; [Acessado em 20 fev 2024]11(12):3028. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/NU11123028>
11. Paterson BL, Thorne SE, Connie C, Jillings C. *Meta-Study of Qualitative Health Research: A Practical Guide to Meta-Analysis and Meta-Synthesis.* Thousand Oaks. Sage Publications Inc; 2001. 162p.10.
12. Booth A, Noyes J, Flemming K, Gerhardus A, Wahlster P, van der Wilt GJ, et al.. *Guidance on Choosing Qualitative Evidence Synthesis Methods for Use in Health Technology Assessments of Complex Interventions.* . [Internet].; 2016.[Acessado em 01 março de 2020]. Disponível em: <http://www.integrate-hta.eu/downloads/>
13. Siddaway AP, Wood AM, Hedges L V. *How to Do a Systematic Review: A Best Practice Guide for Conducting and Reporting Narrative Reviews, Meta-Analyses, and Meta-Syntheses.* *Annu Rev Psychol.* .2019;70:747-770.
14. Aguirre RTP, Bolton KMW. Why do they do it? A qualitative interpretive Meta-Synthesis of crisis volunteers' motivations. *Soc Work Res.* 2013;37(4):327-338.
15. Burns N. Standards for qualitative research. *Nurs Sci Q.* . 1989;2(1):44-52.
16. Saldaña J. *The Coding Manual for Qualitative Researchers.* 1st ed. London. Sage Publications Ltd; 2009. 240p.16.
17. Rodrigues ÉM, Boog MCF. Problemática como estratégia de educação nutricional com adolescentes obesos. *Cad Saude Publica.* 2006;22(5):923-931.
18. Yonamine GH, Contim D, Castro APBM, Jacob CMA, Pastorino AC. Percepção dos familiares de pacientes com alergia ao leite de vaca em relação ao tratamento. *J Hum Growth Dev.* . 2013;23(1):58.
19. Giaretta AG, Ghiorzi A da R. Cuidado nutricional: olhar sensível, interdisciplinar, para as famílias de pessoas com síndrome de down. *Rev Enferm UERJ.* . [Internet]. 2010 [Acessado em 29 abril de 2017];18(5):610-615. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v18n4/v18n4a18.pdf>
20. Moreira LN, de Barros DC, Baião MR, Cunha MB. “Quando tem como comer, a gente come”: fontes de informações sobre alimentação na gestação e as escolhas alimentares. *Physis Rev Saúde Coletiva.* . [Internet]. 2018 [Acessado em 29 abril de 2017];28(3): e280321. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280321>
21. Jürgensen LP, Daniel NVS, da Costa Padovani R, Juzwiak CR. Impact of a nutrition education program on gymnasts' perceptions and eating practices. *Mot Rev Educ Física.* . [Internet].2020; [Acessado em 29 abril de 2017]26(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-6574202000010206>
22. Ribeiro AG, Cotta RMM, Silva LS da, Ribeiro MR, Dias CMGC, Mitre SM, et al. I. Hipertensão arterial e orientação domiciliar: o papel estratégico da saúde da família. *Rev Nutr.* 2012;25(2):271-282.
23. Caicedo Martínez NS, Carrillo Pineda M, Gómez Dávila JG. Breastfeeding Education: disagreement of meanings. *Investig y Educ en Enfermería.* . [Internet].2016; [Acessado em 29 abril de 2017]34(2):396-404. Disponível em: <https://doi.org/10.17533/UDEA.IEE.V34N2A20>
24. Recine E, Porto EBS, Fernandez PM, Pereira MR. Analysis of nutrition (and food) education syllabus of nutrition undergraduate courses. *Rev Nutr.* . 2016;29(6):885-897.
25. Dodou HD, Oliveira TDA de, Oriá MOB, Rodrigues DP, Pinheiro PN da C, Luna IT. Educational practices of nursing in the puerperium: social representations of puerperal mothers. *Rev Bras Enferm.*2017;70(6):1250-1258.
26. Greene M, Houghtaling B, Sadehghzadeh C, De Marco M, Bryant D, Morgan R, et al. African Americans' Perceptions of Nutrition Interventions: A Scoping Review. *Nutr Res Rev.* 2023; 36: 320–339.
27. Machado RCM, Baião MR, Líbera B Della, Saunders C, Santos MMADS. The symbolic dimension of prenatal nutrition care in diabetes Mellitus. *Rev Nutr.* 2017;30(6):703-711. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1678-98652017000600003>
28. Champlin S, Walker LO, Mackert M. Beliefs, Attitudes, and Practices of Latinas Related to Gestational Weight Gain: A Qualitative Meta-Synthesis. *Matern Child Health J.* . [Internet].2021; [Acessado em 29 junho de 2023];25(1):107-117. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/S10995-020-03092-1>
29. Rivera RL, Maulding MK, Eicher-Miller HA. Effect of Supplemental Nutrition Assistance Program-Education (SNAP-Ed) on food security and dietary outcomes. *Nutr Rev.* . [Internet].2019 [Acessado em 29 junho de 2023];77(12):903-921. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/NUTRIT/NUZ013>
30. Atoloye AT, Savoie-Roskos MR, Guenther PM, Durward CM. Effectiveness of Expanded Food and Nutrition Education Program in Changing Nutrition-Related Outcomes Among Adults With Low Income: A Systematic Review. *J Nutr Educ Behav.* . [Internet].2021 [Acessado em 29 junho de 2023];53(8):691-705. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2021.03.006>
31. Perera C, Bakrania S, Ipince A, et al. Impact of social protection on gender equality in low- and middle-income countries: A systematic review of reviews. *Campbell Syst Rev.* . [Internet]. 2022; [Acessado em 29 junho de 2023]18(2). Disponível em: <https://doi.org/10.1002/CL2.1240>
32. Awad A. The determinants of food insecurity among developing countries: Are there any differences? *Sci African.* . [Internet].2023[Acessado em 20 fev 2024];19. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.sciaf.2022.E01512>
33. Braunstein N, Guerrero M, Liles S, Germann A, Kuppich M, Martin H, et al. Medical Nutrition Therapy for Adults in Health Resources & Services Administration-Funded Health Centers: A Call to Action. *J Acad Nutr Diet.* . [Internet].2021; [Acessado em 29 junho de 2023]121(10):2101-2107. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jand.2020.10.023>
34. Davis AM, Affenito SG. Interprofessional Education to Create and Sustain High-Performance Teams to Support Our Transforming Health Care System and Future Educational Model: How Nutrition and Dietetics Can “Weigh-in.” *J Acad Nutr Diet.* .. 2017;117(12):1871-1876.
35. Van Meijl H, Shutes L, Valin H, Stehfest E, Van Dijk M, Kuiper M, et al. Modelling alternative futures of global food security: Insights

- from FOODSECURE. *Glob Food Sec.* . [Internet].2020; [Acessado em 29 junho de 2023]25:100358. Disponível em: <https://doi:10.1016/j.GFS.2020.100358>
36. López-Giraldo LA, Franco-Giraldo Á. Revisão de enfoques das políticas alimentares: entre a segurança e a soberania alimentar (2000-2013) . *Cad. Saúde Pública* . [Internet].2015; [Acessado em 20 maio 2024] 31(7):1355-1369. Disponível em: <https://doi:10.1590/0102-311X00124814>
37. Almeida GM, Recine E, Fagundes A. Objectives and Competencies in Food and Nutrition Education in the Brazilian Undergraduate Nutrition Program. *J Nutr Educ Behav.*2020;52(4):385-393.
38. Moisey LL, A. Campbell K, Whitmore C, Jack SM. Advancing qualitative health research approaches in applied nutrition research. *J Hum Nutr Diet.* . [Internet].2022; [Acessado em 20 de maio 2024]35(2):376-387. Disponível em: <https://doi:10.1111/jhn.12989>
39. Ashman AM, Brown LJ, Collins CE, Rollo ME, Rae KM. Factors Associated with Effective Nutrition Interventions for Pregnant Indigenous Women: A Systematic Review. *J Acad Nutr Diet.* . [Internet].2017[Acessado em 20 de maio 2024];117(8):1222-1253.e2. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jand.2017.03.012>

Recebido: 26 março 2024.  
Aceito: 24 junho 2024.  
Publicado: 24 julho 2024.