



**LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE**

DANIELA COSTA SAMPAIO DE MIRANDA

Do Mediterrâneo ao Brasil:

Explorando a “Dieta Brasileira” e o Manual de Alimentação Cardioprotetora na Atenção
Básica - Evidências e Perspectivas

NATAL
2024

DANIELA COSTA SAMPAIO DE MIRANDA

Do Mediterrâneo ao Brasil:

Explorando a “Dieta Brasileira” e o Manual de Alimentação Cardioprotetora na Atenção
Básica - Evidências e Perspectivas

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao
Curso de Graduação em Nutrição do Centro
Universitário do Rio Grande do Norte, como
requisito parcial para obtenção do grau de
Nutricionista.

Orientador: Prof. Me. Helry Costa da Silva

NATAL
2024

 Daniela Sampaio de

Miranda

 Helry Costa da Silva¹

¹Centro Universitário do Rio Grande do Norte - UNIRN, Natal, RN, Brasil.

Correspondência
Daniela Sampaio de Miranda
danielacsdemiranda@gmail.com

Do Mediterrâneo ao Brasil: Explorando a “Dieta Brasileira” e o Manual de Alimentação Cardioprotetora para a Atenção Básica - Evidências e Perspectivas

From the Mediterranean to Brazil: Exploring the “Brazilian Diet” and the Cardioprotective Diet Manual to the Primary Care - Evidence and Perspectives

Resumo

Introdução: Este estudo avalia o Manual de Alimentação Cardioprotetora para Atenção Básica, buscando entender suas diretrizes nutricionais e sua adequação ao contexto brasileiro. Apesar da eficácia reconhecida de dietas internacionais como a do Mediterrâneo, há desafios na adaptação dessas recomendações à realidade socioeconômica e cultural do Brasil. **Objetivo:** Analisar criticamente o Manual de Alimentação Cardioprotetora, explorando suas orientações nutricionais, sua adequação na Atenção Básica e seu potencial para promover uma alimentação saudável e prevenir doenças cardiovasculares no Brasil. **Métodos:** Adotou-se uma abordagem de pesquisa documental qualitativa para analisar o manual. Utilizaram-se categorias de análise baseadas no contexto de produção do documento, identidade dos autores, autenticidade do texto, e análise dos conceitos-chave e lógica interna das recomendações. **Resultados:** A análise revelou a relevância das diretrizes propostas para a alimentação e nutrição no Brasil, enfatizando a necessidade de adaptação às dietas locais e econômicas. Foram identificados desafios na aplicabilidade prática das recomendações, especialmente relacionados à aceitação pelos profissionais de saúde e pela comunidade. **Conclusão:** O Manual de Alimentação Cardioprotetora representa uma ferramenta importante para promover uma alimentação saudável e prevenir doenças cardiovasculares no Brasil. Apesar dos desafios encontrados para sua aplicabilidade, é um documento norteador e uma tentativa de traduzir recomendações de saúde para a população brasileira. Para maximizar seu impacto, é crucial continuar adaptando as diretrizes às necessidades locais, fortalecer a capacitação dos profissionais de saúde e integrar as recomendações com políticas públicas de saúde alimentar.

Palavras-chave: Dieta cardioprotetora; Atenção básica; Saúde cardiovascular; Dieta mediterrânea; Dieta Brasileira.

Abstract

Introduction: This study evaluates the Cardioprotective Diet Manual for Primary Care, aiming to understand its nutritional guidelines and their suitability for the Brazilian context. Despite the recognized effectiveness of international diets such as the Mediterranean diet, there are challenges in adapting these recommendations to the socioeconomic and cultural realities of Brazil. **Objective:** To critically analyze the Cardioprotective Diet Manual, exploring its nutritional guidelines, applicability in Primary Care, and its potential to promote healthy eating and prevent cardiovascular diseases in Brazil. **Methods:** A qualitative documentary research approach was adopted to analyze the manual. Categories of analysis were based on the document's production context, author identity, text authenticity, and the analysis of key concepts and internal logic of the recommendations. **Results:** The analysis revealed the relevance of the proposed guidelines for nutrition and dietary habits in Brazil, emphasizing the need for adaptation to local and economic diets. Challenges in the practical applicability of the recommendations were identified, particularly concerning acceptance by health professionals and the community. **Conclusion:** The Cardioprotective Diet Manual represents an important tool for promoting healthy eating and preventing cardiovascular diseases in Brazil. To maximize its impact, it is crucial to continue adapting the guidelines to local needs, strengthen the training of health professionals, and integrate the recommendations with public health food policies.

Keywords: Cardioprotective diet; Primary care; Cardiovascular health; Mediterranean diet; Brazilian diet.

A Dieta do Mediterrâneo é mundialmente divulgada por suas propriedades benéficas à saúde e está fortemente associada à longevidade. Ela é vista como um "programa nutricional adotado por muitos especialistas e médicos como a melhor dieta, principalmente para doenças cardiovasculares e obesidade" (1). A base dessa alimentação consiste em alimentos considerados "saudáveis": vegetais, legumes, frutas, oleaginosas, especiarias, ervas, grãos integrais, azeite de oliva, peixes e carnes magras. Devido a essas características, essa dieta se tornou uma das mais recomendadas por entidades como a Sociedade Brasileira de Cardiologia, a Sociedade Brasileira de Diabetes e a Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica (Abeso)¹. Estas entidades, frequentemente, orientam dietas baseadas em padrões alimentares internacionais, sendo outro exemplo a dieta DASH (*Dietary Approach to Stop Hypertension*) que, semelhante à dieta do Mediterrâneo, também é amplamente reconhecida por seus benefícios à saúde, especialmente na prevenção de doenças cardiovasculares e metabólicas.

Apesar de amplamente recomendadas, essas dietas, muitas vezes, não são adequadas para a realidade socioeconômica e cultural da população brasileira. Os alimentos recomendados, como grãos integrais, peixes ricos em ômega-3 e nozes, são alimentos relativamente custosos e inacessíveis para grande parte da população. Além disso, a preferência cultural por certos alimentos e preparações não são consideradas nessas recomendações, o que pode dificultar a adesão e a eficácia delas no contexto brasileiro (2) (3) (4). Assim, apesar da variedade de alimentos e as diversas fontes de macronutrientes e micronutrientes, é preciso reconhecer que a dieta humana deve suprir todas as suas necessidades, indo para além dos aspectos estritamente nutricionais, uma vez que todos nós incorporamos mitos, símbolos, rituais e representações sociais e culturais (5).

A inadequação dessas dietas em relação à realidade brasileira levanta preocupações sobre a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) das populações assistidas no âmbito da Atenção Básica isso porque o conceito de SAN implica não apenas no acesso a alimentos suficientes, mas também a alimentos culturalmente apropriados e economicamente viáveis (6)². Quando as recomendações dietéticas não levam em conta esses fatores, elas podem exacerbar a insegurança alimentar. Além disso, estas dietas importadas muitas vezes contrariam os princípios do Direito Humano à Alimentação e Nutrição Adequada³ e da Soberania Alimentar⁴(7), que defendem o acesso a alimentos saudáveis, culturalmente apropriados e sustentáveis.

Diante dessa realidade, é evidente a necessidade de desenvolver ou identificar uma dieta que seja economicamente viável e culturalmente adequada para a população brasileira. Tal questionamento foi

¹ Todas essas entidades possuem documentos e diretrizes que orientam profissionais de saúde a respeito dos tratamentos (incluindo os dietéticos) para melhoria da qualidade de vida e saúde dos sujeitos acometidos por Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNTs), sendo as mencionadas nessa pesquisa as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020, Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes - 2023 e Diretrizes Brasileiras de Obesidade - 2016,

² “A segurança alimentar e nutricional consiste na realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis.”

³ O Direito Humano à Alimentação Adequada (Dhana) é respaldado por legislações tanto internacionais quanto nacionais, como o artigo 6º da Constituição Federal de 1988 e o artigo 2º da Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006, conhecida como Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (Losan).

⁴(...) o direito dos povos à alimentação saudável e culturalmente adequada que seja produzida por métodos ecologicamente corretos e sustentáveis. É também o direito dos povos definirem seus próprios sistemas alimentares e agrícolas

ponto de partida para que uma “Dieta Cardioprotetora Brasileira”⁵ fosse criada a pedido do Ministério da Saúde para adaptar as recomendações nutricionais presentes em diretrizes nacionais e internacionais à realidade do país. O estudo conduzido pelo Hospital do Coração (HCor), por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (PROADI-SUS), avaliou uma abordagem dietética focada na prevenção e tratamento de fatores de risco cardiovasculares adaptadas à realidade brasileira, assim, os resultados obtidos por essas pesquisas permitiram o desenvolvimento de um manual de orientação destinado aos profissionais de saúde da Atenção Básica, visando melhorar a qualidade de vida de pacientes afetados por obesidade, hipertensão, diabetes *mellitus* tipo 2, colesterol elevado e prevenir doenças cardiovasculares⁶. Dessa forma, surge o "*Manual de Alimentação Cardioprotetora: Manual de orientações para profissionais de saúde da Atenção Básica*"⁷ (8), sendo apresentado como um guia atualizado que complementa o *Guia Alimentar para a População Brasileira* (9).

Desta forma, avaliar esse documento, é fundamental para verificar alguns questionamentos: 1) quais as bases que nortearam essas orientações?; 2) estas orientações são eficazes e aplicáveis no contexto brasileiro e, finalmente, 3) esse documento oferece uma base sólida para apoiar as ações e intervenções realizadas na Atenção Básica?

Portanto, essa pesquisa tem como objetivo analisar o *Manual de Alimentação Cardioprotetora para a Atenção Básica* e entender sua construção documental, bem como os seus meandros e os pilares que o sustenta. Nesse sentido, a ideia dessa pesquisa não é apontar o manual como um documento repleto de verdades absolutas ou de renegá-lo, mas sim de questioná-lo e explorá-lo para confirmar, invalidar ou enriquecer o valor de seu conteúdo. Avaliar este documento e realizar essa análise é fundamental, pois se faz urgente a necessidade de encontrar orientações e recomendações dietéticas que sejam adequadas à realidade socioeconômica e cultural do Brasil. Compreender a eficácia e a aplicabilidade deste manual pode contribuir para a melhoria das práticas alimentares e de saúde no país, promovendo uma alimentação mais acessível e culturalmente apropriada para todos.

MÉTODO

Este estudo adota uma abordagem de pesquisa documental com uma orientação qualitativa, focando na análise crítica das informações contidas no *Manual de Alimentação Cardioprotetora (MAC)* para a Atenção Básica. A análise documental é descrita por Lüdke e André como um método que busca “identificar informações factuais nos documentos a partir de questões e hipóteses de interesse”. (10) A escolha por essa metodologia se justifica pela necessidade de avaliar as orientações e recomendações apresentadas no documento, buscando compreender tanto os aspectos positivos quanto os desafios identificados na aplicação prática dessas orientações a partir da distribuição e divulgação do manual, já

⁵ Conhecida como "Dica BR", essa dieta é uma proposta alimentar destinada a promover uma alimentação saudável e adequada para prevenir doenças cardiovasculares.

⁶ Um dos estudos que serviram de base para a construção do manual foi “The Brazilian Cardioprotective Nutritional Program to reduce events and risk factors in secondary prevention for cardiovascular disease: study protocol” . O programa BALANCE foi elaborado para atender às recomendações nutricionais propostas pelas Diretrizes Cardiovasculares Brasileiras, que são orientadas pela composição nutricional de dietas como a dieta mediterrânea e a dieta DASH. A proposta é garantir a ingestão adequada de nutrientes com uma dieta localmente adequada, composta por alimentos consumidos no Brasil, e não necessariamente pelos alimentos consumidos como parte da dieta mediterrânea.

⁷ Optamos por chamá-lo de Manual de Alimentação Cardioprotetora (MAC).

disponível na plataforma de publicações do Ministério da Saúde⁸.

A pesquisa documental adotada baseia-se no modelo proposto por Cellard (11), reconhecido pela sua abordagem crítica e multidimensional na análise de documentos. Isso inclui a investigação do contexto de produção do Manual, o qual considera o ambiente socioeconômico, político e científico que influenciou suas diretrizes, especialmente adaptadas às necessidades da Atenção Básica no Brasil. Além disso, a metodologia envolve a análise dos perfis dos autores e especialistas envolvidos na elaboração do manual, explorando suas motivações, interesses e posicionamentos ideológicos que podem influenciar as orientações e recomendações apresentadas. Nesse mesmo método de análise, a autenticidade e confiabilidade do texto são avaliadas, verificando a consistência científica e a robustez das evidências fornecidas. Assim, partimos das seguintes categorias de análise propostas pelo autor: a) o contexto de produção do documento; b) a identidade, o interesse e as motivações do autor(es); c) a autenticidade e a confiabilidade do texto; d) a natureza do texto; e) os conceitos-chave e a lógica interna do texto.

Foi realizada uma análise detalhada da natureza do texto, incluindo sua estrutura formal, linguagem utilizada e o formato adotado para a apresentação das diretrizes. A análise dos conceitos-chave e da lógica interna do MAC permitiu compreender como esses conceitos são articulados e sustentados ao longo do documento, contribuindo para uma interpretação crítica das recomendações propostas.

Por fim, esta metodologia não apenas identificou pontos positivos e negativos do *Manual de Alimentação Cardioprotetora*, mas também contribuiu para uma reflexão crítica sobre suas implicações na prática dentro dos serviços de Atenção Básica, especialmente, nas orientações em torno da alimentação e nutrição da população atendida no âmbito do Sistema Único de Saúde no Brasil. A análise documental visou ampliar o entendimento sobre como esse manual pode ser uma ferramenta funcional nas diferentes realidades locais.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados da análise documental, atrelada a perspectiva teórica adotada, fornecem uma base sólida para uma visão crítica e construtiva sobre o *Manual de Alimentação Cardioprotetora para Atenção Básica*. Esta análise evidenciou a relevância das diretrizes propostas no campo da alimentação e nutrição, destacando tanto suas contribuições quanto seus desafios. O estudo ressaltou a importância de adaptar as recomendações nutricionais a uma dieta mais local e econômica, condizente com as necessidades e realidades da população brasileira. Além disso, a investigação apontou questões relacionadas à aplicabilidade prática e à aceitação das diretrizes pelos profissionais de saúde e pela comunidade. Os achados principais são discutidos nos tópicos seguintes, integrando evidências teóricas e práticas, e explorando as implicações para a implementação do manual no contexto da Atenção Básica, com o objetivo de promover uma alimentação saudável e prevenir doenças cardiovasculares.

a) Contexto de Produção do Documento

O documento "Alimentação Cardioprotetora: Manual de Orientações para Profissionais de Saúde da

⁸ Há duas versões do manual: uma simplificada para ser divulgado à população, intitulado de "Alimentação Cardioprotetora" e outro mais amplo que é orientada para uso dos profissionais de saúde, cujo nome é "Alimentação Cardioprotetora: manual de orientações para profissionais de saúde da Atenção Básica". Ambos estão disponíveis no site da Biblioteca Virtual em Saúde MS - Ministério da Saúde: <https://bvsm.saude.gov.br/>

Atenção Básica" foi produzido como um guia abrangente sobre nutrição cardioprotetora, destinado a profissionais de saúde que atuam em cenários de Atenção Primária. O manual foi criado para fornecer orientações detalhadas sobre a Alimentação Cardioprotetora Brasileira, uma dieta focada na promoção da saúde em indivíduos com doenças cardiovasculares (DCV) ou fatores de risco associados.

A Dieta Cardioprotetora Brasileira (Dica BR) foi desenvolvida a pedido do Ministério da Saúde para adaptar as recomendações nutricionais presentes em diretrizes nacionais e internacionais à realidade do país. Este estudo, conduzido pelo HCor através do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (PROADI-SUS), testou uma orientação alimentar focada na prevenção e no tratamento de fatores de risco cardiovasculares, classificando os alimentos de acordo com sua densidade energética usando como estratégia educacional as cores da bandeira do Brasil.

De acordo com os anexos do MAC: "A partir das sugestões dos centros de colaboradores, das experiências do HCor e das demandas do Ministério da Saúde, foram elaboradas duas versões preliminares: um manual direcionado aos nutricionistas (...) e outro para profissionais de saúde ..." (8).

Para seguir com a ideia de uma alimentação voltada à realidade brasileira, foi pensado um estudo clínico randomizado, nacional e multicêntrico, a fim de avaliar a efetividade de um "Programa Alimentar Brasileiro Cardioprotetor" que atuaria, inicialmente, na prevenção de eventos cardiovasculares. Esse programa, então, é elaborado com alimentos cultivados no país, de baixo custo, valorizando as diferenças regionais e culturais brasileiras e seguindo as recomendações nutricionais nacionais e internacionais para auxiliar na redução dos fatores de risco cardiovasculares. O projeto piloto ocorreu de forma local, na cidade de São Paulo com pacientes do HCor entre setembro e dezembro de 2011.

É importante ressaltar que entre 2011 e 2012, o Brasil vivia um período de intensificação das políticas públicas voltadas para a melhoria da alimentação e nutrição da população. Nesse contexto, o governo federal lançava políticas como o "Plano Brasil Sem Miséria" em junho de 2011, com o objetivo de erradicar a extrema pobreza no país, sendo uma das vertentes desse plano a Segurança Alimentar e Nutricional, que visava ampliar o acesso a alimentos de qualidade e promover uma alimentação saudável. Simultaneamente, o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) foi reforçado, assegurando que pelo menos 30% dos recursos do Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE) fossem utilizados para a compra de produtos da agricultura familiar.

Ainda em 2011, o Ministério da Saúde atualizou a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), estabelecendo diretrizes para a promoção da alimentação adequada e saudável, a prevenção e o controle de agravos nutricionais, e a garantia da segurança alimentar e nutricional. Essas ações foram discutidas e aprimoradas na 4ª Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, realizada em novembro de 2011. A conferência serviu como um fórum crucial para debater e formular políticas públicas voltadas para a segurança alimentar e nutricional, refletindo um compromisso nacional com a promoção da saúde através de uma melhor alimentação.

Nesse contexto, compreendemos que há um cenário de abertura e incentivo para pensar ações de impacto nacional e que fortalecesse as temáticas fundamentais da nutrição, dentre elas a própria ideia de Segurança Alimentar e Nutricional e de Soberania Alimentar. Além disso, a necessidade de melhorar a alimentação da população brasileira estava sublinhada por estatísticas preocupantes, que são apontadas na própria introdução do documento, apontando que as doenças cardiovasculares são a principal causa de

morte no Brasil e no mundo (representando mais de 30% dos óbitos globais em 2015) (8). Além disso, mais da metade da população brasileira enfrenta problemas de excesso de peso ou obesidade, fenômeno atribuído em parte à mudança nos padrões alimentares, com aumento do consumo de alimentos ultraprocessados de baixa qualidade nutricional de acordo com dados apresentados pelo Vigitel e mencionados no documento (12).

Para ajudar no enfrentamento desses desafios, o HCor, em parceria com o Ministério da Saúde, desenvolveu o “Programa Dieta Cardioprotetora Brasileira”, inspirado na Dieta Mediterrânea e Dieta DASH, mas adaptado aos hábitos alimentares regionais do Brasil. Essa adaptação incluía a substituição de ingredientes como o vinho por alternativas locais como a uva no Rio Grande do Sul ou o açaí no Pará. O estudo e o desenvolvimento do manual de orientação visavam não apenas melhorar a alimentação dos brasileiros, mas também educar os profissionais de saúde sobre a importância de uma dieta equilibrada para a prevenção de doenças crônicas.

b) Identidade, Interesse e Motivações do(s) Autor(es)

A **identidade** dos autores do documento são profissionais de saúde e especialistas em nutrição e cardiologia, interessados em promover a saúde cardiovascular por meio de intervenções dietéticas. No documento, fica expresso marcadamente o interesse principal dos autores a partir do objetivo do MAC:

[...] o presente material tem como objetivo oferecer subsídios aos profissionais de saúde da Atenção Básica, de maneira individual ou coletiva, para que orientem a alimentação de indivíduos portadores de fatores de risco cardiovasculares, a fim de promover a saúde e apoiar a segurança alimentar e nutricional dos brasileiros, a partir da alimentação tipicamente brasileira, utilizando-se de uma estratégia lúdica de orientação. (8)

Esses pesquisadores fazem parte do HCor que é uma instituição privada com ações beneficentes junto ao Sistema Único de Saúde (SUS) inicialmente focada em cirurgia torácica e situada na cidade de São Paulo/SP, que expandiu seu escopo para incluir atendimento cardiológico de referência. Dentre os autores técnicos do documento, destaca-se a pesquisadora Bernadete Weber que é uma das envolvidas nos estudos da Dieta Cardioprotetora e que, por meio de diversas pesquisas desenvolvidas, demonstra grande **interesse** sobre o tema.

Para além dos interesses, a **motivação** principal desta pesquisa é a promoção de uma dieta saudável e acessível, inspirada na dieta mediterrânea, mas adaptada aos hábitos alimentares brasileiros. Essa adaptação visa garantir que as recomendações sejam culturalmente relevantes e economicamente viáveis para a população atendida pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, os autores buscaram construir um material baseado em evidências que ajude os profissionais de saúde a implementar práticas alimentares cardioprotetoras no atendimento primário com o foco em melhorar a saúde pública, reduzindo a incidência de doenças cardiovasculares através de uma alimentação adequada.

c) Autenticidade e Confiabilidade do Texto

O texto do MAC é autêntico e foi elaborado por especialistas e profissionais da área da saúde, baseando-se em evidências científicas oriundas de pesquisas iniciadas desde 2011. Dentre esses estudos, destacamos dois:

1. *Effects of Brazilian Cardioprotective Diet Program on risk factors in patients with coronary heart disease: a Brazilian Cardioprotective Diet randomized pilot trial - 2012.*
2. *Implementation of a Brazilian Cardioprotective Nutritional (Balance) Program for improvement on quality of diet and secondary prevention of cardiovascular events: A randomized, multicenter trial - 2019.*

Existe uma relação de baixa confiabilidade nos estudos, uma vez que os resultados apresentados em ambos os casos, apresentam algumas limitações, além de resultados recortados e descontextualizados, Será elaborada um quadro resumo para explorar de modo mais profundo os objetivos, a metodologia e os principais resultados dessas pesquisas:

Quadro 1. Síntese das Pesquisas

Artigo avaliado	Objetivo principal	Tipo de Estudo	Metodologia	Principais resultados	Conclusões	Pontos Importantes
1	Avaliar o Programa de Dieta Cardioprotetora Brasileira.	Trata-se de um ensaio piloto controlado para avaliar os efeitos da Dieta Cardioprotetora Brasileira em pacientes com doença aterotrombótica. O estudo foi registrado no Clinicaltrials.gov e aprovado pelo comitê de ética da instituição.	<u>População do Estudo:</u> Foram incluídos 117 pacientes com mais de 45 anos com doença aterotrombótica registrada nos últimos 10 anos e alto risco cardiovascular. A doença aterotrombótica foi definida como doença arterial coronariana, acidente vascular cerebral isquêmico ou ataque isquêmico transitório, e doença arterial periférica. <u>Tamanho da Amostra:</u> Para comparar os grupos em relação às mudanças nas pressões arteriais sistólica e diastólica após uma intervenção dietética, o estudo buscou incluir 50 pacientes em cada um dos três grupos (A, B e C). <u>Análises Estatísticas:</u> Foram realizadas análises de variância (ANOVA) para avaliar os efeitos das intervenções dietéticas, seguidas por comparações múltiplas com correções de Bonferroni. A significância estatística foi definida como $p < 0,05$.	O estudo demonstrou que o Grupo A, que recebeu o Programa de Dieta Cardioprotetora Brasileira, apresentou maiores reduções na pressão arterial, níveis de glicose sérica e IMC em comparação com os Grupos B e C. Não houve diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em relação às mudanças nos fatores avaliados.	O estudo foi pioneiro ao investigar os efeitos clínicos de uma dieta baseada em alimentos amplamente disponíveis na cultura brasileira sobre fatores de risco cardiovascular, destacando a eficácia do Programa de Dieta Cardioprotetora Brasileira.	<u>Limitações do Estudo:</u> Uma limitação foi a falta de avaliação da adesão dietética dos pacientes. O estudo confirma a necessidade de considerar as características culturais diversas das regiões brasileiras ao generalizar os resultados. <u>Importância do Estudo:</u> Os resultados sugerem que o Programa de Dieta Cardioprotetora Brasileira pode ser mais eficiente do que uma intervenção dietética proposta pelas diretrizes brasileiras, destacando sua importância para a saúde pública no país. <u>Sugestão Futura:</u> Ao final da pesquisa, os autores recomendam e compreendem a importância da realização de um estudo multicêntrico para aprimorar as dietas cardioprotetoras e contemplar as diversidades culturais do Brasil.
2	O objetivo principal do	Trata-se de um ensaio pragmático,	<u>Tamanho da Amostra e Análise:</u> Pelo menos 2.468 indivíduos	De acordo com as Diretrizes Dietéticas propostas, ambos os	O Programa BALANCE representa uma intervenção	<u>Limitações do Estudo:</u> O estudo enfrentou restrições

<p>Programa Nutricional Cardioprotetor Brasileiro, conhecido como Programa BALANCE, é reduzir eventos cardiovasculares em pacientes com doença cardiovascular estabelecida.</p>	<p>multicêntrico, randomizado, controlado e oculto, conduzido em 35 locais do Brasil. Foi desenhado para investigar os efeitos do Programa BALANCE na redução de eventos cardiovasculares em pacientes com 45 anos ou mais e evidência de doença cardiovascular estabelecida.</p>	<p>serão necessários para randomização.</p> <p><u>Ferramentas e Procedimentos:</u></p> <p>Os dados serão registrados em um formulário eletrônico de relatório de caso.</p> <p>O programa foi composto por ferramentas baseadas em programas de educação nutricional, sugestões de alimentos acessíveis, além de um acompanhamento intensivo de equipe especializada.</p> <p>Análises estatísticas serão realizadas no ambiente de software R.</p> <p><u>Reuniões e Treinamentos:</u></p> <p>Conferências regulares e reuniões do ensaio clínico serão realizadas para incentivar a adequada inscrição de participantes.</p>	<p>grupos apresentaram ingestão ideal de nutrientes no início do programa, exceto SFA, colesterol e sódio que permaneceram acima dos níveis recomendados ao longo do tempo em ambos os grupos. Para fibra alimentar, os valores foram menores que os indicados;</p> <p>O grupo Balance mostrou melhora de vegetais, frutas, grãos integrais e ingestão de álcool após 1 ano de intervenção quando comparado ao grupo controle. Após 3 anos, apenas o consumo de vegetais e frutas permaneceu significativamente maior no grupo Balance;</p> <p>Em análises de subgrupo, não houve diferenças no tratamento;</p> <p>No acompanhamento de 3 anos, não houveram mudanças significativas entre os grupos em qualquer desfecho secundário.</p>	<p>inovadora com potencial de baixo custo e alta viabilidade para uso na prevenção secundária de eventos cardiovasculares. No entanto, a implementação de um modelo culturalmente adaptado, baseado em diretrizes, melhorou ligeiramente a adesão às recomendações de dietas em pacientes com DCV estabelecida em um país de renda média e não conseguiu demonstrar efeitos sobre eventos cardiovasculares e morte após uma mediana de 3,5 anos de acompanhamento.</p>	<p>significativas na participação de pacientes, excluindo aqueles com certas condições de saúde específicas. Apesar de todos os esforços, alcançar mudanças na dieta é difícil e geralmente envolve longo prazo e mudança cultural. Outro fator que pode influenciar a falta de um efeito positivo foi a alta medicalização da população brasileira.</p> <p><u>Importância do Estudo:</u></p> <p>O estudo apresentou um potencial significativo para avançar no tratamento de pacientes com doenças cardiovasculares, destacando o Programa BALANCE como uma ferramenta educacional nutricional abrangente e acessível.</p> <p>Focou-se na melhoria da compreensão das prescrições dietéticas e na promoção da adesão dos pacientes às recomendações. Estratégias intensivas de orientação nutricional, incluindo sessões individuais e em grupo, foram propostas para aumentar a conformidade às diretrizes alimentares. A utilização de um método baseado nas cores da bandeira nacional para a alocação de alimentos foi inovadora, facilitando a compreensão e a aplicação prática das recomendações.</p>
---	---	---	---	--	---

Os estudos abordados revelam importantes aspectos e desafios na criação de uma dieta brasileira cardioprotetora, evidenciando tanto suas limitações quanto sua relevância para a saúde pública. No primeiro estudo, uma das principais limitações foi a falta de avaliação da adesão dietética dos pacientes, o que poderia fornecer *insights* cruciais sobre a eficácia e a aplicabilidade prática das intervenções propostas. Além disso, a necessidade de considerar as diversas características culturais das diferentes regiões brasileiras ao generalizar os resultados foi reconhecida como essencial para garantir a adequação e a aceitação da dieta proposta em todo o país.

De acordo com Martins, temos que a adesão ao tratamento “é considerada um processo comportamental complexo fortemente influenciado pelo meio ambiente, indivíduo, profissionais de saúde, assistência médica, que abrange as dimensões biológica, psicológica, socioeconômica e cultural.” (13). Nesse sentido, o estudo reconhece a importância desses fatores, mas ainda assim segue sem um modelo claro para avaliar a adesão tendo em vista essas múltiplas variáveis.

No segundo estudo, as limitações foram ainda mais abrangentes. Restrições significativas na participação de pacientes, devido à exclusão de indivíduos com certas condições de saúde específicas, colocaram em questão a representatividade dos resultados obtidos. Os desafios na prescrição de dietas ideais e na implementação eficaz dessas dietas destacaram a complexidade de traduzir diretrizes nutricionais em práticas alimentares consistentes e acessíveis para toda a população brasileira. A variação na adesão às recomendações dietéticas entre os estados brasileiros sublinhou a necessidade urgente de estratégias adaptativas e regionalizadas para promover hábitos alimentares saudáveis de maneira uniforme.

Em estudo realizado por Monteiro (14) a respeito do consumo de uma dieta local, associada a sua maior incorporação aos hábitos cotidianos, apontou que a adesão a padrões dietéticos regionalizados está significativamente associada à satisfação com a quantidade e a qualidade dos alimentos consumidos. Ou seja, famílias que possuem padrão alimentar mais tradicional apresentam maior insatisfação em relação à qualidade dos alimentos consumidos. Esses resultados ressaltam a importância de considerar as preferências alimentares regionais ao desenvolver estratégias nutricionais, visando melhorar a aceitação e a eficácia das dietas propostas.

Apesar das limitações identificadas, ambos os estudos apontaram avanços promissores. O potencial do “Programa de Dieta Cardioprotetora Brasileira” para superar intervenções dietéticas convencionais, conforme proposto pelas diretrizes nacionais, ressalta sua relevância na saúde pública do país. O Programa BALANCE, por sua vez, foi reconhecido como uma ferramenta educacional nutricional abrangente, focada em melhorar a compreensão das prescrições dietéticas e promover a adesão dos pacientes às recomendações, apesar das dificuldades encontradas na implementação prática.

d) Natureza do Texto

O *Manual da Alimentação Cardioprotetora* se insere no campo da saúde pública e nutrição, sendo um documento educativo e prático voltado para profissionais de saúde, especialmente aqueles que atuam na Atenção Básica. Este manual combina informações teóricas sobre os benefícios de uma alimentação cardioprotetora com orientações práticas sobre como aplicar essas recomendações na prática clínica, visando melhorar os hábitos alimentares da população e reduzir os fatores de risco para doenças cardiovasculares.

O texto do documento detalha estratégias para promover uma alimentação saudável, destacando a importância de adaptar as recomendações às diversas realidades culturais e regionais do Brasil. Apresenta dois enfoques principais: um direcionado aos nutricionistas, focado na prescrição dietética, e outro para os demais profissionais de saúde, abordando orientações gerais sobre alimentação cardioprotetora. Inicialmente, foram concebidas duas versões preliminares do manual, uma para cada público-alvo, mas ao final optou-se por unificar o conteúdo em um único documento que atendesse ambas as vertentes (BRASIL, 2018, pg. 110).

Há duas concepções muito claras no MAC, sendo a primeira partindo de uma perspectiva mais orientativa, em sua maior parte, no qual podemos considerar cerca de 91 páginas do documento (65%), ou seja, é nessa parte que se encontram as orientações gerais sobre a alimentação cardioprotetora. Em uma segunda parte do documento, ou seja, nas demais 51 páginas restantes (35%), há um tom mais prescritivo e direcionado ao profissional competente na área da saúde. Provavelmente, a origem desse documento, cujas duas partes são bem distintas, se deu porque em um dado momento o objetivo era a criação de dois materiais e ao final, optou-se por difundir um único documento com orientações que atendessem as duas vertentes de público: nutricionistas e demais profissionais de saúde.

Além disso, o manual incorpora princípios das diretrizes de saúde, como a recomendação do Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2014), orientando que a alimentação seja baseada em alimentos *in natura* ou minimamente processados, com pouca utilização de ingredientes culinários e evitando alimentos ultraprocessados. A metodologia inclui a classificação de alimentos por cores, inspirada na bandeira nacional, para facilitar a compreensão e aplicação das recomendações pelos profissionais de saúde e pela população atendida. Apesar do esforço de criar uma estratégia analógica entre as cores das bandeiras e as escolhas alimentares, é visível que essa analogia apresenta desafios significativos em termos de clareza e compreensão.

Esta abordagem é comumente adotada para categorizar alimentos em grupos de recomendação nutricional, como verde, amarelo, azul e vermelho, de acordo com seus benefícios ou riscos à saúde cardiovascular. No entanto, essa comparação enfrenta críticas importantes. Primeiramente, as cores da bandeira do Brasil não foram originalmente associadas a categorias nutricionais específicas, o que pode dificultar a associação intuitiva entre as cores e os alimentos para aqueles que não estão familiarizados com a interpretação proposta. Por exemplo, enquanto o verde pode indicar alimentos benéficos, o vermelho é frequentemente utilizado para alimentos a serem evitados, especialmente os ultraprocessados. Essa correlação não é imediatamente óbvia para todos os públicos, especialmente para aqueles sem conhecimento prévio do sistema. Além do mais, a cor vermelha nem faz parte do escopo de cores nacionais.

Desse modo, a interpretação das cores pode variar dependendo do contexto cultural e regional. O que é considerado saudável ou não pode diferir entre comunidades, o que pode levar a uma interpretação inconsistente das recomendações baseadas em cores.

Outro desafio é a falta de precisão na definição dos critérios para cada categoria de cor. Enquanto alguns alimentos podem ser claramente classificados como benéficos (verde) ou restritos (vermelho), outros podem cair em uma zona cinzenta, onde sua classificação não é tão clara. Isso pode gerar confusão entre os profissionais de saúde e o público geral sobre como interpretar e aplicar as recomendações nutricionais.

Portanto, enquanto o uso das cores da bandeira do Brasil pode ter a intenção de simplificar e tornar acessível as recomendações alimentares, é essencial considerar suas limitações e os potenciais desafios na comunicação e na aplicação prática das diretrizes nutricionais. A clareza, a contextualização cultural e a precisão na definição das categorias são fundamentais para garantir que essa estratégia educativa seja eficaz e compreendida por todos os públicos-alvo.

d) Conceitos-chave e a Lógica Interna do Texto

No contexto do Manual da Alimentação Cardioprotetora, a divisão em duas partes distintas - uma prescritiva, destinada a profissionais de saúde especializados como nutricionistas, e outra mais orientativa, voltada para um público mais geral na Atenção Básica de Saúde - levanta questões relevantes sobre a lógica interna do texto e sua conformidade com as abordagens contemporâneas em nutrição.

A parte prescritiva do manual, que se destina a profissionais de saúde específicos como nutricionistas, tem o objetivo de detalhar orientações específicas e técnicas sobre prescrição dietética. Isso inclui recomendações detalhadas sobre valores nutricionais, composição de dietas, controle de macronutrientes e uso de ferramentas como inquéritos alimentares para avaliação e monitoramento da ingestão alimentar dos pacientes. Essa abordagem é consistente com a legislação brasileira e com as diretrizes profissionais que atribuem aos nutricionistas a competência exclusiva para a prescrição dietética detalhada e individualizada.

A prescrição dietética que é atividade privativa do nutricionista, e pode ser lida também como prescrição dietoterápica, prevista na Lei nº 8.234/1991, compõe a assistência nutricional em ambiente hospitalar, ambulatorial, no consultório ou em domicílio. A prescrição dietética envolve o plano alimentar e deve conter o valor energético total (VET), consistência da dieta, macro e micronutrientes e o fracionamento da dieta. Desse modo, é necessário avaliação e reavaliação, diagnóstico em nutrição, intervenção e monitoramento em nutrição.(15)

Por outro lado, a parte mais orientativa do manual visa capacitar profissionais de saúde da Atenção Básica, que podem não ter formação especializada em nutrição, a fornecer orientações gerais sobre alimentação saudável para a população em geral. Isso inclui diretrizes amplas baseadas em princípios gerais de alimentação saudável, como o consumo de alimentos in natura ou minimamente processados e a redução de alimentos ultraprocessados. Essas recomendações são alinhadas com o Guia Alimentar para a População Brasileira, que enfatiza a promoção de dietas balanceadas e sustentáveis (9).

No entanto, a lógica interna do texto pode gerar certa ambiguidade ou contradição, especialmente à luz das tendências atuais em nutrição que buscam horizontalizar as práticas e promover abordagens mais integrativas e colaborativas entre diferentes profissionais de saúde. A divisão nítida entre uma parte prescritiva e outra orientativa pode sugerir uma separação rígida entre os papéis e responsabilidades dos profissionais de saúde, o que pode não refletir as práticas emergentes de trabalho em equipe multidisciplinar. Assim, o documento pode corroborar com a ideia da difusão de uma nutrição de caráter normativo e prescritivo que ignoram os aspectos mais subjetivos e centram-se exclusivamente nos diagnósticos nutricionais para a realização de uma prescrição dietética, desconsiderando os determinantes do processo saúde-adoecimento, o saber popular e as subjetividades que permeiam as escolhas alimentares dos sujeitos (16) (17).

Portanto, é crucial considerar como a divisão entre partes prescritiva e orientativa pode influenciar a aplicação prática das recomendações nutricionais. Enquanto a parte prescritiva é necessária para garantir a

precisão e segurança das intervenções dietéticas, a integração com abordagens orientativas mais amplas pode fortalecer a eficácia das estratégias de promoção da saúde cardiovascular na população em geral. Essa integração também pode favorecer a formação de equipes de saúde mais coesas e colaborativas, capazes de oferecer suporte abrangente e personalizado aos pacientes, promovendo melhores resultados em saúde a longo prazo.

CONCLUSÃO

Desenvolvido por uma equipe multidisciplinar e fundamentado em pesquisas envolvendo profissionais de saúde de diversas regiões do Brasil, o *Manual de Alimentação Cardioprotetora para Atenção Básica* visa valorizar a cultura alimentar brasileira ao olhar para o Brasil e a sua biodiversidade em vez de olhar sobre o continente europeu e o mito da “dieta mediterrânea”. Nesse contexto, o manual considera aspectos regionais, culturais e acessibilidade aos alimentos, desencorajando o consumo de ultraprocessados. Sua metodologia é acessível, lúdica e não proibitiva, facilitando a compreensão e adesão às orientações alimentares. O manual recomenda intervenções tanto em consultas individuais quanto em grupos de educação em saúde, com um conteúdo programático para quatro reuniões em grupo. A associação das cores da bandeira brasileira aos alimentos visa simplificar as proporções de consumo diário, focando a adesão a uma alimentação equilibrada e saudável, essencial para reduzir fatores de risco como hipertensão, diabetes e obesidade.

Analisando o *MAC*, podemos concluir que representa um esforço significativo para promover práticas alimentares saudáveis e prevenir doenças cardiovasculares no Brasil. A estrutura do manual, dividida entre orientações prescritivas e orientativas, reflete uma abordagem que pode ser percebida como hierárquica entre profissionais de saúde, contrastando com tendências contemporâneas de horizontalização das práticas. Identificamos, ainda, alguns desafios como a necessidade de adaptar recomendações a uma dieta mais local e econômica, alinhada às necessidades e realidades dos brasileiros. A ênfase na diversidade cultural e regional na seleção de alimentos é crucial para garantir a aceitação e eficácia das diretrizes nutricionais em todo o país. Além disso, a análise crítica do uso das cores da bandeira do Brasil para classificação alimentar destacou desafios na clareza e compreensão universal das recomendações. Embora simplifique o acesso às orientações, a correlação entre cores e categorias nutricionais pode não ser intuitiva para todos os públicos, especialmente sem familiaridade prévia com o sistema proposto.

Para maximizar o impacto do Manual de Alimentação Cardioprotetora, recomenda-se uma revisão contínua das diretrizes à luz das evidências mais recentes e práticas emergentes em nutrição. A integração de abordagens colaborativas entre profissionais de saúde, aliada à adaptação contínua das recomendações às necessidades locais e culturais, pode fortalecer os esforços para melhorar a saúde cardiovascular da população brasileira de forma sustentável e eficaz.

REFERÊNCIAS

1. Teicholz N. Gordura sem medo. Porque a manteiga, a carne e o queijo devem fazer parte de uma dieta saudável. 1st ed. São Paulo: WMF Martins Fontes; 2017.
2. Stefanello FPS, Pasqualotti , Pichler NA. Análise do consumo de alimentos fontes de ômega 3 por participantes de grupos de convivência. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. 2019: p. 1-9.
3. Coelho AB, Aguiar DRD, Fernandes EA. Padrão de consumo de alimentos no Brasil. Revista de
4. Borges CA, Claro RM, Martins APB, Villar BS. Quanto custa para as famílias de baixa renda obterem

Economia e Sociologia Rural. 2009 Abril/Junho: p. 335-362.

uma dieta saudável no Brasil? Caderno de Saúde Pública. 2015 Janeiro: p. 137-148.

5. Fischler C. O modelo alimentar mediterrâneo: mito e/ou realidade. Projeto História : Revista do Programa de Estudos Pós-Graduados de História. 2012 Dezembro: p. 23-35.

6. Brasil. Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - SISAN - com vistas a assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. Diário Oficial da União 2006; 18 set.

7. FORO MUNDIAL SOBRE SOBERANÍA ALIMENTARIA. Declaración Final del Foro Mundial sobre Soberanía Alimentaria. Cuba, La Habana, 2001.

8. Brasil. Ministério da Saúde. Alimentação Cardioprotetora: manual de orientações para os profissionais de saúde da Atenção Básica. 1st ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.

9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia Alimentar da População Brasileira. 2nd ed. Brasília: ministério da saúde; 2014.

10. Lüdke , André M. Pesquisa em Educação: Abordagens Qualitativas. 2nd ed. São Paulo: E.P.U.; 2013.

11. Cellard A. A pesquisa documental. In Poupard J, Groulx LH, Laperrière A, Mayer R. Pesquisa qualitativa: Enfoques epistemológicos e metodológicos. Rio de Janeiro: Vozes; 2014. p. 464.

12. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Vigitel Brasil 2016: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para DC nas capitais dos 26 estados e DF. Brasília; 2017.

13. Martins AG, Chavaglia SRR, Ohl RIB, Martins IML, Gamba MA. Adesão ao tratamento clínico ambulatorial da hipertensão arterial sistêmica. Acta Paulista de Enfermagem. 2014 Julho: p. 266-272.

14. Monteiro RCA, Alimentação no Amazonas: evolução da participação dos alimentos regionais e percepção da satisfação com o consumo no domicílio. 2019. 83 f. Tese (Doutorado em Ciências Humanas e Saúde; Epidemiologia; Política, Planejamento e Administração em Saúde; Administração) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

15. CFN. Nota Técnica nº 85/2023/CFN-UT/CFN-Diretoria. 2023 Agosto 11.

16. Santos LAS. Educação alimentar e nutricional no contexto da promoção de práticas alimentares saudáveis. Revista de Nutrição. 2005 Setembro/Outubro: p. 681-692.

17. Rodrigues DCM, Bosi MLM. O lugar do nutricionista nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Revista de Nutrição. 2014 Novembro/Dezembro: p. 735-746.

ANEXO 1 – NORMAS DE SUBMISSÃO DA REVISTA

Diretrizes para Autores

REGRAS PARA SUBMISSÃO DE MANUSCRITOS

Escopo e política

DEMETRA: Alimentação, Nutrição e Saúde (e-ISSN 2238-913X) é um periódico especializado que publica artigos em fluxo contínuo no campo da Alimentação, Nutrição e Saúde, em suas diversas subáreas e áreas afins. DEMETRA está aberta a contribuições da comunidade científica nacional e internacional. Não há custos para submissão e avaliação dos manuscritos.

DEMETRA só publica artigos **inéditos** em português, inglês e espanhol. Os autores podem submeter os manuscritos em português, espanhol ou inglês, e após a aprovação do manuscrito, os textos em português e espanhol serão traduzidos para o inglês sendo **o custo da tradução de responsabilidade dos autores**.

Os autores com proficiência em inglês podem submeter os manuscritos nesse idioma, porém o mesmo passará por revisão, e caso seja considerado inadequado, será indicada a tradução credenciada. Após aprovação, o manuscrito deverá ser traduzido para o português.

Redes Sociais

Visando à maior disseminação do seu conteúdo, solicita-se aos autores que divulguem seus artigos publicados na DEMETRA nas redes sociais e em outras bases, como:

Academia.edu – <https://www.academia.edu/>

Mendeley – <https://www.mendeley.com/>

ResearchGate – <http://www.researchgate.net/>

Google Acadêmico - <https://scholar.google.com.br/schhp?hl=pt-BR>

Submissão

Todos os manuscritos deverão ser submetidos de forma eletrônica pela página <<https://www.e-publicacoes.uerj.br>>. Qualquer outra forma de envio não será avaliada pelos editores.

No momento da submissão deverão ser anexados, em formato Word:

- (1) O manuscrito completo, **sem identificação dos autores**, incluindo figuras, gráficos e tabelas ao final do texto, em páginas individuais, após as referências. O manuscrito deve ser inserido no sistema como Documento original;
- (2) A folha de rosto – deve ser inserida no sistema como Documento suplementar, e
- (3) A declaração de direito autoral (Declaração de responsabilidade e transferência de direitos autorais) deverá ser enviada **somente** em caso de aprovação do artigo.

ATENÇÃO:

A tramitação do manuscrito só será iniciada com o envio da folha de rosto em arquivo separado, incluído no sistema como Documento suplementar, de modo a garantir o anonimato durante a revisão pelos pares.

É fundamental a apresentação de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa no ato da submissão. Os autores que não anexarem a documentação exigida não terão os manuscritos encaminhados aos pares.

A revista incentiva o depósito de manuscritos em plataformas *preprints*. Caso ocorra o depósito, é necessário que o autor notifique aos editores utilizando o campo "**Comentários para o Editor**" inserindo o link (URL) e o número do DOI do manuscrito aceito pela plataforma *preprint*.

Processo de Avaliação pelos Pares

No que concerne aos artigos que já foram divulgados como *preprints*, a avaliação ocorrerá de forma simples cega, tendo em vista que será possível consultar os nomes dos autores do texto.

Revisores

Na submissão do manuscrito os autores deverão indicar, na folha de rosto, pelo menos três **possíveis** revisores para o manuscrito, com os respectivos e-mails e instituições acadêmicas ou de pesquisa s quais estão vinculados. Os revisores devem ter experiência na área do tema proposto e possuir título de doutor. A sugestão dos revisores não determina o efetivo convite para a revisão.

Autoria

Devem configurar como autores apenas aqueles que contribuíram intelectualmente para o desenvolvimento do estudo. O tipo de participação de cada autor deve ser indicado na folha de rosto. Colaborar na coleta de dados, realizar alguma técnica ou ceder equipamentos para obtenção de dados não são, por si só, critérios suficientes para autoria de um estudo. Nessas situações, quem colaborou pode ser citado em Agradecimentos. O autor deve atender um ou mais dos seguintes requisitos: (1) participação na idealização do desenho do estudo; (2) participação na coleta, análise e interpretação dos dados; (3) participação na redação do estudo; e (4) participação na revisão final e aprovação do manuscrito para submissão.

Avaliação de manuscritos

Os manuscritos que atendem as normas da revista são encaminhados para as fases de avaliação. Para ser publicado, o manuscrito deve ser aprovado nas seguintes fases:

- Avaliação preliminar: a avaliação do manuscrito é feita tendo como base a relevância para o campo da Alimentação, Nutrição e Saúde. Caso o manuscrito não seja considerado como de prioridade científica ou insuficiente para publicação, poderá ser rejeitado, sem comentários detalhados, após a análise inicial feita por pelo menos dois editores da Revista.
- Avaliação cega por pares: os manuscritos selecionados na avaliação preliminar são submetidos à avaliação de especialistas na temática abordada. O procedimento é sigiloso quanto à identidade tanto dos autores quanto dos revisores. Os pareceres são analisados pelos editores, para decisão final.

O anonimato é garantido durante todo o processo de avaliação.

Conflito de interesse

Os autores devem declarar, de forma explícita, individualmente, qualquer potencial conflito de interesse, financeiro ou não, direto e/ou indireto.

Categoria dos artigos

No resumo o autor deve sinalizar a categoria do seu manuscrito.

Perspectivas: análises de temas conjunturais de importância para a Alimentação, Nutrição e Saúde, de interesse atual (máximo de 3.000 palavras).

Debate: análise de temas relevantes do campo da Alimentação, Nutrição e Saúde. Deve conter comentários críticos desenvolvidos por **autores convidados pelos Editores** (máximo de 4.000 palavras e 4 ilustrações).

Comunicação Breve: relatos de resultados preliminares de pesquisa, ou ainda resultados de estudos originais que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.500 palavras e 3 ilustrações).

Original: artigos oriundos de pesquisas inéditas, de tema relevante para a área (máximo de 5.000 palavras e 5 ilustrações). Os artigos provenientes de pesquisa empírica devem conter as seções de introdução, métodos, resultados, discussão e conclusão. Para ensaios, abordagens conceituais e outras similares, há liberdade para estabelecer a estrutura (título e subtítulos), de modo a contemplar a identificação do objeto do estudo ou problema em questão e fundamentos conceituais, o desenvolvimento da argumentação, as

considerações finais e a bibliografia adequada e atualizada (máximo de 5.000 palavras e 5 ilustrações).

Revisão: revisão crítica da literatura disponível sobre um tema relevante e pertinente para a área; deve haver necessariamente análise e interpretação da literatura disponível, por meio de revisão sistemática e meta-análise (máximo de 4.000 palavras).

Outras linguagens: textos de reflexão sobre temas de interesse para os leitores da revista, com relação aos campos da Alimentação, Nutrição, Saúde, Comensalidade, Artes e Cultura, que utilizem recursos iconográficos, poéticos, literários, musicais, audiovisuais, entre outros, de forma a fortalecer e dar consistência à discussão proposta. Características das fotos: Full HD (1920 x 1080) com 300 DPI de resolução (máximo de 1.500 palavras e 6 ilustrações e/ou mídias).

Para todas as categorias

- Para a contagem de palavras serão desconsiderados o resumo, as referências e as ilustrações.
- Os resumos devem ter no máximo 250 palavras.
- Títulos ou subtítulos não devem ser numerados, podendo-se fazer uso de recursos gráficos, preferencialmente caixa alta e negrito.
- Ilustrações (figuras, quadros, tabelas e gráficos) devem ser apresentadas em separado, no final do texto, depois das referências do original, com respectivos títulos, legendas e referências específicas.
- Ao longo do texto os autores devem indicar, com destaque, a localização de cada ilustração, todas devidamente numeradas.
- As tabelas e os quadros devem ser elaborados em Word.
- Os gráficos devem ser elaborados em Excel e os dados numéricos correspondentes devem ser enviados, de preferência, em separado, no programa Word ou em outra planilha, como texto, de modo a facilitar o recurso de copiar e colar.
- As figuras devem ser encaminhadas em JPEG ou TIFF.
- Notas de rodapé: deverão ser restritas ao necessário e indicadas por letras sobrescritas (Ex. ^a, ^b). Usar a função própria do Word para letras sobrescritas.

Áreas temáticas

Os autores devem indicar, além da categoria do artigo, a área temática, a saber:

Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva

Alimentação para Coletividades

Ciência e Tecnologia de Alimentos

Ciências Humanas e Sociais em Alimentação

Nutrição Básica e Experimental

Nutrição Clínica

PREPARO DO MANUSCRITO

Estrutura do texto: deve ser digitado em formato Word, fonte Arial 12, espaçamento entre linhas 2,0; alinhamento à esquerda, página em tamanho A-4. O texto deve conter título completo e título abreviado para cabeçalho.

- Título: *Completo*, no idioma original do manuscrito e em inglês, que deverá ser conciso e evitar palavras desnecessárias e/ou redundantes, sem abreviaturas e siglas ou localização geográfica da pesquisa. *Abreviado* para cabeçalho, não excedendo 40 caracteres (incluindo espaços), em português

- O resumo deve ter no máximo 250 palavras. O resumo não deverá conter citações. Os manuscritos submetidos em português não necessitam de abstract. Caso sejam aprovados, a versão em inglês conterá esta seção.
- A redação do resumo deve ser feita de forma objetiva, organizado de acordo com a estrutura do estudo, dando destaque a cada uma das partes abordadas, assim apresentadas: Introdução - Informar o contexto em que o trabalho se insere, sintetizando a problemática estudada. Objetivo - Explicitar claramente. Métodos - Destacar os procedimentos metodológicos adotados, amostragem/população estudada, local, análises estatísticas, entre outros. Resultados - Destacar os mais relevantes para os objetivos apresentados. Os trabalhos de natureza quantitativa devem apresentar resultados numéricos, assim como seu significado estatístico. Conclusões - Destacar as conclusões mais relevantes.
- Destacar no mínimo 3 e no máximo 6 termos de indexação, os descritores em Ciência da Saúde - DeCS - da Bireme (<http://decs.bvs.br>) ou DeCS/MeSH (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/>).
- Títulos de seção ou subtítulos não devem ser numerados, podendo-se fazer uso de recursos gráficos, preferencialmente caixa alta e negrito.
- Ilustrações (figuras, quadros, tabelas e gráficos) devem ser apresentadas em separado, no final do texto, depois das referências do original, com respectivos títulos, legendas e referências específicas.
- Ao longo do texto os autores devem indicar, com destaque, a localização de cada ilustração, todas devidamente numeradas.
- As tabelas e os quadros devem ser elaborados em Word.
- Os gráficos devem ser elaborados em Excel e os dados numéricos correspondentes devem ser enviados, de preferência, em separado, no programa Word ou em outra planilha, como texto, de modo a facilitar o recurso de copiar e colar.
- As figuras devem ser encaminhadas em JPEG ou TIFF.
- Notas de rodapé: deverão ser restritas ao necessário e indicadas por letras sobrescritas (Ex. ^a, ^b). Usar a função própria do Word para letras sobrescritas.
- Para a contagem de palavras não serão considerados o resumo, as referências e as ilustrações.

Folha de rosto: NÃO enviar no corpo do manuscrito. Deve ser enviada em arquivo distinto ao manuscrito e deve conter os dados abaixo:

- título completo no idioma original do manuscrito e em inglês;
- título abreviado para cabeçalho, não excedendo 40 caracteres (incluindo espaços)
- nome de cada autor por extenso. Não abreviar os prenomes. Todos os autores devem estar cadastrados no *Open Researcher and Contributor ID* (ORCID®) para submissão de manuscritos. Caso não possua, fazer o cadastro através do link: <<https://orcid.org/register>>. Informar, explicitamente, a contribuição de cada um dos autores no manuscrito. O crédito de autoria deverá ser baseado em contribuições substanciais, tais como: concepção e desenho; análise e interpretação dos dados; revisão e aprovação da versão final. Não se justifica a inclusão de nomes de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios acima.
- dados da titulação acadêmica de todos os autores; a filiação institucional atual, além de cidade, estado e país (Instituição / Faculdade ou Curso / Departamento (se houver) / cidade, estado, país.
- Indicar o autor de correspondência.
- Informar e-mail e ORCID (<https://orcid.org/>) de todos os autores.
- informar se o manuscrito é oriundo de dissertação ou tese, indicando o título, autor, universidade e ano da publicação.
- durante a submissão do manuscrito os autores deverão indicar, na Folha de rosto, pelo menos três possíveis revisores, com os respectivos e-mails e instituições acadêmicas ou de pesquisa nas quais estão vinculados. Os revisores devem ter experiência na área do tema proposto e possuir **título de doutor ou experiência técnica comprovada na área**. A sugestão dos revisores não determina o efetivo convite para a revisão.

A tramitação do manuscrito só será iniciada com o envio da folha de rosto em arquivo separado, incluído no sistema como Documento suplementar, de modo a garantir o anonimato durante a revisão pelos pares.

ARTIGOS ORIGINAIS E COMUNICAÇÃO BREVE

Introdução: deve conter breve revisão da literatura atualizada e pertinente ao tema. A apresentação da(s) hipótese(s) e do(s) objetivo(s) deve ser consistente com o tema.

Métodos: descrever de forma clara e sucinta o(s) método(s) empregado(s), para que possa(m) ser reproduzido(s) por outros autores, acompanhado(s) da citação bibliográfica. Em relação à análise estatística, os autores devem demonstrar que os procedimentos utilizados foram apropriados para testar as hipóteses do estudo, e também para interpretar os resultados corretamente. Informar se a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética credenciado junto ao Conselho Nacional de Saúde e fornecer o número do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE). Experimentos com animais devem estar adequados às diretrizes de conselhos de pesquisa internacionais ou nacionais relativas aos cuidados e ao uso de animais de laboratório.

Resultados: podem ser apresentados em tabelas, quadros e/ou figuras, elaborados de forma a serem autoexplicativos e com análise estatística. Evitar repetir dados no texto. Ilustrações (figuras, quadros, tabelas e gráficos) devem ser apresentadas em separado, ao final do texto, depois das referências com respectivos títulos, legendas e referências específicas. Os gráficos e figuras podem ser coloridos, sem custo para o autor.

Discussão: apresentar de forma que os resultados observados sejam confrontados adequada e objetivamente com dados já registrados na literatura.

Conclusão: apresentar as conclusões relevantes, considerando os objetivos do estudo. **Não serão aceitas citações bibliográficas nesta seção.**

PARA ENSAIOS, ABORDAGENS CONCEITUAIS E OUTRAS SIMILARES

Há liberdade para estabelecer a estrutura (título e subtítulos) de seu original, de modo a contemplar a identificação do objeto do estudo ou problema em questão e fundamentos conceituais, o desenvolvimento da argumentação e considerações finais.

Agradecimentos: podem ser registrados agradecimentos, em parágrafo não superior a três linhas, dirigidos a instituições ou indivíduos que prestaram efetiva colaboração para o estudo.

Abreviaturas e siglas: deverão ser utilizadas de forma padronizada, restringindo-se apenas àquelas usadas convencionalmente ou sancionadas pelo uso, acompanhadas do significado, por extenso, quando da primeira citação no texto. Não devem ser usadas no título e no resumo.

Referências de acordo com o estilo Vancouver: devem ser numeradas consecutivamente, seguindo a ordem em que foram mencionadas pela primeira vez no texto, conforme o estilo Vancouver. Nas referências com até seis autores, todos devem ser citados. Naquelas com mais de seis autores, deve-se citar os seis primeiros, e depois incluir a expressão “et al.”. Todas as referências citadas devem indicar o número DOI.

Não serão aceitas citações/referências de **monografias** de conclusão de curso de graduação, **estudos** apresentados em congressos, simpósios, *workshops* ou encontros que não apresentem número do DOI ou ISSN, nem de **textos não publicados** (aulas, entre outros). Se dados não publicados obtidos por outros pesquisadores forem citados no manuscrito, será necessário incluir uma carta de autorização do uso dos mesmos por seus autores.

Indicação de DOI: quando o documento citado possuir o número do DOI (*Digital Object Identifier*), este deverá ser informado, dispensando-se a data de acesso do conteúdo (vide regras de citação de material eletrônico). Deverá ser utilizado o prefixo “[https://doi.org/...](https://doi.org/)”.

Citações bibliográficas no texto: deverão ser expostas em ordem numérica, em algarismos arábicos, colocado em expoente (usar função própria do Word para números sobrescritos), após a pontuação, se houver. (Exemplo: ... foi utilizado o questionário GTHR.⁶), e devem constar da lista de referências de acordo

com a ordem em que se apresentam ao longo do texto. Todos os estudos citados no texto deverão ser listados na seção de Referências. A inexatidão na citação das referências pode ser utilizada como critério de recusa do manuscrito.

A exatidão e a adequação das referências a trabalhos que tenham sido consultados e mencionados no manuscrito são de total responsabilidade do autor.

Pesquisas envolvendo seres humanos: deverão incluir a informação referente à aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos, conforme a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Incluir essa informação na parte “Método”, informando o número do documento. Cópia da aprovação do parecer do Comitê de Ética deve acompanhar o manuscrito.

Ensaio clínico: DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS), do *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE), do *Committee on Publication Ethics* (COPE) e do *The World Association of Medical Editors* (WAME), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, somente são aceitos para publicação os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaio Clínico validados pelos critérios estabelecidos pela OMS, ICMJE e WHO - <http://www.who.int/ictrp/network/primary/en/>, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE - <http://www.icmje.org/>. O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

Recomenda-se ao autor observar os seguintes Checklists, de acordo com o tipo de estudo:

- Ensaio clínico randomizado - [CONSORT](http://www.consort-statement.org/) - <http://www.consort-statement.org/>
- Estudos observacionais em epidemiologia - [STROBE](http://www.strobe-statement.org/) - <http://www.strobe-statement.org/>
- Estudos de acurácia diagnóstica - [STARD](http://www.stard-statement.org/) - <http://www.stard-statement.org/>
- Revisões sistemáticas e meta-análises - [PRISMA](http://www.prisma-statement.org/) - <http://www.prisma-statement.org/>
- Estudos qualitativos - COREQ - www.equator-network.org
- Relatos de casos [CARE](https://care-statement.org/) - <https://care-statement.org/>
- Estudos de melhoria da qualidade – SQUIRE - www.equator-network.org
- Protocolos de estudos – SPIRIT - www.equator-network.org
- Estudos pré-clínicos em animais – ARRIVE - www.equator-network.org