



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SEGURANÇA ALIMENTAR E
NUTRICIONAL

CAROLINA MOREIRA DE SOUZA

DIREITO HUMANO À ALIMENTAÇÃO ADEQUADA NAS DOENÇAS
CARDIOVASCULARES: CONSTRUÇÃO DE UM CADERNO TEMÁTICO

RIO DE JANEIRO

2023



CAROLINA MOREIRA DE SOUZA

**DIREITO HUMANO À ALIMENTAÇÃO ADEQUADA NAS DOENÇAS
CARDIOVASCULARES: CONSTRUÇÃO DE UM CADERNO TEMÁTICO**

Dissertação de mestrado apresentado ao Programa de Pós-graduação em Segurança Alimentar e Nutricional (PPGSAN) do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS) da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Segurança Alimentar e Nutricional.

Orientadora: Prof^ª Dra. Juliana Pereira casemiro (UNIRIO)

Coorientadora: Prof^ª Dra. Maria Cristina de Oliveira Izar (UNIFESP)

RIO DE JANEIRO

2023

Catálogo

CAROLINA MOREIRA DE SOUZA

**DIREITO HUMANO À ALIMENTAÇÃO ADEQUADA NAS DOENÇAS
CARDIOVASCULARES: CONSTRUÇÃO DE UM CADERNO TEMÁTICO**

Dissertação de mestrado apresentado ao Programa de Pós-graduação em Segurança Alimentar e Nutricional (PPGSAN) do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS) da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Segurança Alimentar e Nutricional.

Aprovada em:

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dra. Juliana Pereira Casemiro (Orientadora)
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Erika Cardoso dos Reis
Universidade Federal de Ouro Preto

Thais Salema Nogueira de Souza
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Dedico este trabalho a todos os agentes envolvidos na garantia de uma alimentação adequada e saudável, acessível e que fomente a Segurança Alimentar e Nutricional com o intuito de proteger, promover e respeitar o Direito Humano à Alimentação adequada. Quando tratamos de direitos, falamos de pessoas. Que a luta por igualdade, equidade e justiça permaneça em nossa essência. Viva ao SUS.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus por esta rica oportunidade de ter acesso a um ensino de qualidade, desde a escola primária até ao nível superior de ensino. Também agradeço por sua misericórdia em minha vida e pela força que me foi concedida durante o período do desenvolvimento desta dissertação, que me impediu de esmorecer e ceder à pressão das responsabilidades e dificuldades que apareceram e ainda aparecem.

Também agradeço aos meus pais, Amilton e Gizélia e aos meus irmãos, Priscilla e Matheus que, em todo o momento, me motivaram e me incentivaram a continuar a trilhar o caminho dos meus sonhos e, com o apoio deles, eu sei que ainda irei longe. Agradeço ao meu namorado, Raí, pelo apoio, cumplicidade, companheirismo e amor. Agradeço sua paciência, dedicação e doação, mesmo em tantos momentos de ausência.

Agradeço à minha orientadora, Dra. Juliana Casemiro, pela parceria e motivação que me concedeu durante o período do mestrado. Sou muito grata por você ter sido a minha orientadora e cheguei onde estou também por sua causa, professora. Meu eterno agradecimento pelo seu companheirismo, empatia e paciência.

Agradeço à minha co-orientadora, Dra. Maria Izar, que apesar da pouca convivência, me motivou e me apoiou em todos os momentos que foram necessários e cruciais para eu concluir este trabalho.

Não posso esquecer-me de agradecer também às amigas criadas durante a residência, cenário de atuação entrelaçado ao mestrado. Agradeço por vocês me acompanharem durante este período agradável, mas ao mesmo tempo árduo vivenciado durante a residência. Vocês foram cruciais para tornar esta fase mais leve, me marcando com momentos inesquecíveis.

RESUMO

O Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) se realiza quando todo ser humano, sem distinção de cor, raça, credo, gênero e ciclo da vida, têm acesso físico e econômico de forma sustentável a uma alimentação adequada e às formas para sua obtenção. Eventos ao longo da história foram relevantes para determinar a importância do conceito deste direito e sua relação com a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN). Entretanto, atualmente, o advento da pandemia por COVID - 19 e também os desmontes nas políticas de SAN contribuíram para o aumento da prevalência de Insegurança Alimentar (IA), interferindo nos hábitos alimentares e na qualidade da alimentação, favorecendo o aumento da prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs), inclusive as Doenças Cardiovasculares (DCVs), na população de maior vulnerabilidade social. As DCVs representam a maior causa de mortalidade no Brasil e no mundo e os fatores de risco para o desenvolvimento destas doenças, como sobrepeso e obesidade, diabetes e hipertensão arterial também aumentaram sua prevalência e estão relacionados com o estado de SAN. É relevante registrar que uma alimentação adequada e saudável faz parte das recomendações relacionadas à prevenção e tratamento de doenças cardiovasculares e, ao mesmo tempo, constitui-se um direito previsto em lei. Observa-se que, na atenção especializada, não há materiais que orientem o cuidado nutricional nas doenças cardiovasculares pautados no conceito do DHAA, apesar de existirem diversas referências voltadas para a atenção básica. Sendo assim, o objetivo deste trabalho foi desenvolver um caderno temático sobre o cuidado de indivíduos adultos com cardiopatias frente ao conceito do DHAA. O trabalho foi qualitativo, dividido em 3 etapas, sendo a primeira realizada a partir da análise de conteúdo das diretrizes clínicas da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), a segunda etapa foi realizada a partir da observação participante do ambiente de um ambulatório de cardiologia e a terceira para a elaboração do produto técnico. Foi possível a produção de 2 artigos científicos, respectivamente intitulados como “O cuidado às pessoas com cardiopatias na ótica do Direito Humano à Alimentação Adequada em diretrizes clínicas brasileiras” e “O nutricionista como formador de nutricionistas: uma ótica sobre o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) e o cuidado de pessoas com cardiopatias”. Como produto técnico, foi elaborado um caderno temático intitulado como “O Direito Humano à Alimentação Adequada: uma ótica sobre as doenças cardiovasculares”. Pode-se concluir que é evidente a relação entre a IA e o desenvolvimento de DCVs, demonstrando uma grande fragilidade no que concerne à execução do DHAA. Demonstra-se como relevante a construção de materiais que se adequem às especificidades desta população, a fim de se criar estratégias para a garantia de SAN, como forma de elencar a alimentação adequada sob a ótica dos direitos humanos, que são universais, inalienáveis e indivisíveis.

Palavras-chave: Direito à alimentação; Doenças Cardiovasculares; Integralidade em Saúde.

ABSTRACT

The Human Right to Adequate Food (HRAF) is realized when every human being, regardless of color, race, creed, gender and life cycle, has physical and economic access in a sustainable way to adequate food and ways to obtain it. Events throughout history were relevant to determine the importance of the concept of this right and its relationship with Food and Nutritional Security (FNS). However, currently, the advent of the COVID-19 pandemic and also the dismantling of FNS policies have contributed to the increase in the prevalence of Food Insecurity (FI), interfering with eating habits and food quality, favoring the increase in the prevalence of Chronic Noncommunicable Diseases (NCDs), including Cardiovascular Diseases (CVDs), in the most socially vulnerable population. CVDs represent the major cause of mortality in Brazil and in the world and risk factors for the development of these diseases, such as overweight and obesity, diabetes and arterial hypertension have also increased their prevalence and are related to the state of SAN. It is relevant to note that an adequate and healthy diet is part of the recommendations related to the prevention and treatment of cardiovascular diseases and, at the same time, constitutes a right provided for by law. It is observed that, in specialized care, there are no materials that guide nutritional care in cardiovascular diseases based on the concept of HRAF, although there are several references aimed at primary care. Therefore, the objective of this work was to develop a thematic notebook on the care of adult individuals with heart diseases in view of the concept of HRAF. The work was qualitative, divided into 3 stages, the first being carried out from the content analysis of the clinical guidelines of the Brazilian Society of Cardiology (SBC), the second stage was carried out from the participant observation of the environment of a cardiology outpatient clinic and the third for the elaboration of the technical product. It was possible to produce 2 scientific articles, respectively entitled “The care for people with heart disease from the perspective of the Human Right to Adequate Food in Brazilian clinical guidelines” and “The nutritionist as a trainer of nutritionists: a perspective on the Human Right to Adequate Food (HRAF) and the care of people with heart disease”. As a technical product, a thematic book entitled “The Human Right to Adequate Food: a perspective on cardiovascular diseases” was prepared. It can be concluded that the relationship between AI and the development of CVDs is evident, demonstrating a great fragility with regard to the execution of the HRAF. The construction of materials that suit the specificities of this population is shown to be relevant, in order to create strategies to guarantee FNS, as a way of listing adequate food from the perspective of human rights, which are universal, inalienable and indivisible.

Key-words: Adequate Food, Cardiovascular Diseases, Integrality in Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1.	Descrição dos níveis de segurança e insegurança alimentar.....	16
Figura 2.	Representação do grupo de alimentos conforme a DicaBr.....	21
Figura 3.	Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC).....	22
Quadro 1.	Temas encontrados que são relacionados com o DHAA sob a ótica do cuidado relativo à alimentação e nutrição de pessoas com DCVs.....	66

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CONSEA	Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
CROSS	Central de Regulação de Ofertas e Serviços de Saúde
DCN	Diretriz Curricular Nacional
DCNTs	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DCVs	Doenças Cardiovasculares
DHAA	Direito Humano à Alimentação adequada
EAN	Educação Alimentar e Nutricional
EBIA	Escala Brasileira de Insegurança Alimentar
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
FAO	Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
IA	Insegurança Alimentar
IES	Instituição de Ensino Superior
IMC	Índice de Massa Corporal
inSAN	Insegurança Alimentar e Nutricional
LOSAN	Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional
MACC	Modelo de Atenção às Condições Crônicas
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OGMs	Organismos Geneticamente Modificados
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PEC 55	Proposta de Emenda Constitucional nº 55
PIDESC	Pacto Internacional dos Direitos Econômicos Sociais e Culturais
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição

PP	Projeto Pedagógico
PPGSAN	Programa de Pós Graduação em Segurança Alimentar e Nutricional
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SAN	Segurança Alimentar e Nutricional
SBC	Sociedade Brasileira de Cardiologia
SESAN	Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
SISAN	Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
SUS	Sistema Único de Saúde
UNIFESP	Universidade federal de São Paulo
UNIRIO	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
USP	Universidade de São Paulo
VIGISAN	Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da COVID-19 no Brasil

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	9
1. INTRODUÇÃO.....	10
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	12
2.1 Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA): conceitos e sua importância histórica.....	12
2.2 DHAA e Insegurança Alimentar e Nutricional: conexões e vulnerabilidades.....	15
2.3 Insegurança Alimentar e Nutricional na população com doenças cardiovasculares.....	18
2.4 Cuidado em Alimentação e Nutrição destinado à população com doenças cardiovasculares no Sistema Único de Saúde (SUS).....	19
3. OBJETIVOS.....	24
3.1 Objetivos específicos.....	24
4. METODOLOGIA.....	25
4.1 Métodos de coleta de dados.....	25
5.1.1 Primeira etapa: análise de conteúdo das diretrizes clínicas da SBC.....	25
5.1.2 Segunda etapa: observação participante da rotina do ambulatório de doenças cardiovasculares (Lípides/UNIFESP).....	25
4.2 Análise de dados.....	26
4.3 Aspectos éticos.....	27
4.4 Terceira etapa: elaboração do Produto técnico.....	27
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	28
5.1 Artigo 1: O cuidado às pessoas com cardiopatias na ótica do Direito Humano à Alimentação Adequada em diretrizes clínicas brasileiras.....	30
5.2 Artigo 2: O nutricionista como formador de nutricionistas: uma ótica sobre o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) e o cuidado de pessoas com cardiopatias.....	54
5.3 Produto técnico: Caderno temático “O Direito Humano à Alimentação Adequada: uma ótica sobre as doenças cardiovasculares.....	66
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	68
REFERÊNCIAS.....	70
APÊNDICES.....	75

APRESENTAÇÃO

Sou aluna egressa da turma de 2015.1 da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) e logo após a minha conclusão do curso, consegui uma oportunidade de emprego em uma clínica popular em Nilópolis, cidade na região metropolitana do Rio de Janeiro. Durante o ano de 2020, fui atendendo as demandas na clínica e pude perceber que a população assistida também envolvia aqueles em grande vulnerabilidade social, com risco de sofrerem com algum grau de Insegurança Alimentar e Nutricional.

Apesar da equipe da clínica ter experiência com atendimento em Unidade Básica de Saúde (UBS), foi percebido por mim que as questões que envolviam o acesso a alimentos em quantidade e qualidade adequadas, sem a infração de outros direitos, ficava em maior parte sob minha orientação. Desta forma, percebi que se houvesse um material orientativo que tratasse de estratégias de garantia da Segurança Alimentar e Nutricional para toda a equipe, poderia ampliar o atendimento sob esta ótica para os usuários da clínica. Então, decidi me candidatar a vaga no mestrado profissional em SAN da UNIRIO. Priorizei o mestrado profissional, pois o meu objetivo era produzir um produto técnico como resultado do mestrado.

Durante o mesmo período, também prestei provas para Residência Multiprofissional, na expectativa de conseguir uma remuneração melhor, ao mesmo tempo que também iria me especializar e enriquecer meu currículo. Dentre os processos seletivos que participei, fui aprovada na Residência Multiprofissional em cardiologia pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). A partir de então, surgiu um grande dilema em minha vida: realizar o mestrado profissional ou a residência? Logo, escolhi fazer os dois!

Então, ao mesmo tempo que fui aprovada para o mestrado profissional em SAN, também fui aprovada em um programa de residência em São Paulo e , com isso, tive que realizar mudanças no tema do meu mestrado para comportar a minha vivência profissional durante a residência.

Durante a residência, a partir do atendimento dos usuários do Hospital São Paulo com doenças cardiovasculares, também pude perceber que se tratava de indivíduos em vulnerabilidade social e que as orientações voltadas para a garantia do direito à alimentação adequada, um direito humano reconhecido pela Organização das Nações Unidas (ONU) não era citado ou era deixado para segundo plano. Sendo assim, nasceu o tema atual do meu mestrado, me motivando a estabelecer um caderno temático orientativo para que estratégias sejam utilizadas para garantir este direito humano e também garantir a SAN desta população.

1. INTRODUÇÃO

O Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) apresenta aprofundamento de seu conceito no Comentário Geral nº12 referente ao Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais - PIDESC (1966), como aquele que: “se realiza quando todo homem, mulher e criança, sozinho ou em comunidade com outros, tem acesso físico e econômico, ininterruptamente, a uma alimentação adequada ou aos meios necessários para sua obtenção” (COMENTÁRIO GERAL Nº 12, 1999, p. 2). O direito à alimentação, no Brasil, é garantido pela Constituição Brasileira sendo registrado o dever do Estado brasileiro na exigibilidade e garantia deste direito (SANTARELLI, 2017).

Eventos ao longo da história foram relevantes para determinar a importância do conceito de DHAA e para a construção da definição de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) (ONU, 1948; ONU, 1966; ONU, 1993). A partir destes acontecimentos, de forma progressiva, a SAN começa a ser entendida como uma possível estratégia para garantir a todos o DHAA (BURITY et al., 2010).

Historicamente a garantia de SAN vinha se tornando prioridade entre as pautas governamentais. Ocorreu, de forma articulada às pautas prioritárias da época, a reativação do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA) em 2003, a promulgação da LOSAN (BRASIL, 2006) com a elaboração do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN), e desenvolvimento de políticas públicas geridas pela Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SESAN) como o Programa de Aquisição de Alimentos (PAA) e o programa Cisternas (SANTARELLI, 2017).

Tais instrumentos favoreceram a saída do Brasil do Mapa da Fome da Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura (FAO) em 2014 (SANTARELLI, 2019). Entretanto, com a promulgação da Proposta de Emenda Constitucional 55 (PEC 55) em 2016, houve elevada redução do orçamento para políticas públicas, inclusive aquelas relacionadas com a SAN, iniciando um processo de desmonte de ações afirmativas para o respeito, proteção e promoção da alimentação adequada (SANTARELLI, 2019).

Além disso, o advento da pandemia por COVID - 19, somado ao enfraquecimento de diversos programas para a garantia de SAN (BURITY; ROCHA, 2021), ocasionaram impactos principalmente nos setores da saúde e da economia o que favoreceram na ampliação de condições de vulnerabilidade, principalmente entre a população de maior exposição a situação de moradia, saúde, educação e emprego precárias (FAO, 2021). Esta realidade acaba

influenciando os hábitos alimentares e a qualidade da dieta desta população, causando consequências negativas que ameaçam condições de saúde, alimentação e qualidade de vida.

Segundo pesquisa nacional de base populacional (PENSSAN, 2022a), mais da metade da população brasileira vive com algum grau de insegurança alimentar (IA). Além disso, houve redução do consumo de alimentos in natura e minimamente processados, principalmente entre a população de maior grau de insegurança alimentar com respectivo aumento do consumo de alimentos ultraprocessados (PENSSAN, 2022b).

Associado a estes fatos, houve aumento da prevalência de Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNTs) como obesidade, diabetes, hipertensão arterial e doenças cardiovasculares (DCVs). Estudos mostram que tal realidade pode estar relacionada com o aumento do consumo de alimentos ultraprocessados (SWINBURN et al., 2019) e com o aumento da IA (SWINBURN et al., 1999; SWINBURN et al., 2019; MALTA et al., 2014; DIAS et al., 2017).

As doenças cardiovasculares representam a maior causa de mortalidade no mundo, com mais 300 mil vítimas somente no Brasil (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2021). Diante da importância frente à elevada prevalência das DCVs na população brasileira, é importante destacar que o seu desenvolvimento pode relacionar-se com questões inerentes à IA. O aumento do consumo de alimentos ultraprocessados e a dificuldade de acesso físico e econômico a alimentos saudáveis podem interferir na qualidade da alimentação, aumentando a exposição desta população a um perfil de consumo de nutrientes relacionados com o desenvolvimento destas doenças (SWINBURN et al., 2019; MALTA et al., 2014; DIAS et al., 2017).

Sendo assim, torna relevante registrar que uma alimentação adequada e saudável faz parte das recomendações relacionadas à prevenção e tratamento de DCVs (BRASIL, 2018) e, ao mesmo tempo, constitui-se um direito previsto em lei (BRASIL, 1988; BRASIL, 2006). Neste sentido, o referencial teórico apresentado relaciona o direito humano à alimentação, doenças cardiovasculares e as ações de cuidado em alimentação e nutrição.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA): conceitos e sua importância histórica.

Para melhor compreensão da definição do DHAA, é importante compreender seus conceitos intrínsecos: disponibilidade, adequação, acessibilidade e estabilidade (BURITY et al., 2010; COMENTÁRIO GERAL Nº12, 1999), que serão explicados a seguir.

Disponibilidade de alimentos: ela pode ocorrer através da disponibilidade de terras produtivas e recursos naturais para sua produção (técnicas de agricultura e pecuária, pesca, coleta de frutos); ou pode advir da rede comercial local, através da própria comercialização ou fornecimento de cestas básicas, por exemplo.

Adequação dos alimentos: os alimentos disponíveis devem ser adequados, no ponto de vista cultural, nutricional, dentro dos padrões higiênico-sanitários, com ausência de substâncias nocivas, para que seja possível o alcance do bem estar nutricional.

Acessibilidade dos alimentos: envolve a acessibilidade econômica que implica no acesso a recursos para obtenção de alimentos, de forma regular, para garantia de uma alimentação adequada; acessibilidade física, se relaciona que todos devem ter acesso aos alimentos, todos as fases do curso da vida, indivíduos saudáveis e doentes, em condição de privação de liberdade, em áreas de conflito armado, deficientes, vítimas de desastres naturais e outros grupos em situação de vulnerabilidade.

Estabilidade do fornecimento de alimentos: a disponibilidade e a acessibilidade devem ter garantia que o seu fornecimento será de maneira estável e permanente.

Devido à complexidade de conseguir garantir estas dimensões conceitualizadas neste direito humano, torna-se um desafio a sua implementação dentro das legislações vigentes do Estado brasileiro.

O termo Segurança Alimentar começou a ser utilizado na Primeira Guerra Mundial (1914 - 1918) na Europa, onde este se relacionava com a capacidade de cada país em produzir seus alimentos, não ficando vulneráveis a possíveis ataques ou boicotes devido a razões políticas ou militares (BURITY et al., 2010).

Este termo, entretanto, acabou tomando força após a Segunda Guerra Mundial (1939 - 1945), principalmente com a criação da Organização das Nações Unidas (ONU), em 1945. Apesar da recente criação destas entidades governamentais internacionais nesta época, já podia ser observado a disputa política entre os órgãos que entendiam o acesso a alimentos de forma adequada como um direito humano e outros que enxergavam o alcance da segurança

alimentar a partir de estratégias de mercado (Banco Mundial, Fundo Monetário Internacional - FMI, dentre outros). Isto era reflexo das disputas políticas entre os principais blocos hegemônicos daquela época (BURITY et al., 2010).

Após a Segunda Guerra Mundial, foi estabelecido que a insegurança alimentar estava relacionada com a produção insuficiente de alimentos pelos países pobres, destacando que a segurança alimentar estava relacionada com a produção suficiente e disponibilidade de alimentos e a produção de excedentes pelos países ricos (ZAMBERLAM; FRONCHET, 2001; BURITY et al., 2010). Neste contexto de aumento da produção de alimentos, foi iniciada a experiência que posteriormente foi denominada de Revolução Verde, na década de 70, onde organismos geneticamente modificados (OGMs), agrotóxicos e fertilizantes químicos foram amplamente utilizados com o intuito de aumentar a produção de alimentos (ANDRADES; GAMINI, 2007). Além de não ter sido observado nenhum impacto real sobre a fome nos países pobres (em especial a Índia, que foi palco das primeiras experiências), atualmente presenciamos os seus impactos na biodiversidade e contaminação de solos e alimentos devido ao extensivo uso de agrotóxicos e insumos químicos (SILVA; STÉDILE, 2004; OLIVEIRA, 2001; ROSS, 2001),

Neste contexto da intensificação da produção pela Revolução Verde, inclusive no Brasil, houve o aumento da produção de soja, que proporcionou o aumento da produção de alimentos, mas de forma contraditória, fez crescer o número de famintos e marginalizados, pois o aumento da produção não conseguiu garantir o acesso aos alimentos (ANDRADES; GAMINI, 2007).

No início da década de 1970, em meio à crise de produção de alimentos, ocorreu a Conferência Mundial de Alimentação (1974) sendo proposto para resolução do problema de fome mundial, garantindo a segurança alimentar, a necessidade de investir em políticas de estratégias de armazenamento e fornecimento de alimentos, associada com a proposta de aumento da produção dos alimentos. O enfoque nesta época ainda era sobre o produto e não sobre o humano, deixando a dimensão do direito humano em segundo plano (BURITY et al., 2010).

A partir dos anos 1980, com o aumento da produção de alimentos e dos excedentes de produção aumentando o estoque de alimentos, houve a queda dos preços dos alimentos e comercialização desta produção excedente na forma de alimentos industrializados, entretanto, sem impacto na redução da fome (BURITY et al., 2010). Nesta mesma década, é reconhecido que a falta de acesso físico e econômico aos alimentos estabelece relação com a insegurança

alimentar. Desta forma, o conceito de Segurança Alimentar incorporou a garantia do acesso físico e econômico de todos, de forma permanente, a quantidade suficiente de alimentos (BURITY et al., 2010).

No início da década de 1990, a partir das declarações da Conferência Internacional de Nutrição, realizada em Roma, em 1992, realizada pela FAO e pela Organização Mundial da Saúde (OMS), agrega-se permanentemente o aspecto sanitário e nutricional no conceito de Segurança Alimentar, passando para denominação de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) (BURITY et al., 2010; ALBUQUERQUE, 2009).

Além disso, a partir desta mesma década, inicia-se um forte movimento de reafirmação do DHAA, conforme previsto na Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) (ONU, 1948) e no PIDESC (ONU, 1966). Outro passo importante foi a realização da Conferência Internacional de Direitos Humanos, realizada em Viena, em 1993, que reafirmou a indivisibilidade dos direitos humanos (ONU, 1993). Também a Cúpula Mundial da Alimentação, realizada em Roma e organizada pela FAO, associou definitivamente o papel fundamental do Direito Humano à Alimentação Adequada à garantia da Segurança Alimentar e Nutricional (ONU, 1996). A partir de então, de forma progressiva, a SAN começa a ser entendida como uma possível estratégia para garantir a todos o Direito Humano à Alimentação Adequada (BURITY et al., 2010; ALBUQUERQUE, 2009; SOARES, 2018).

Considerando a SAN como estratégia de garantir alimentação adequada e a redução da fome e da pobreza é necessário incorporar alguns princípios dos Direitos Humanos como a Dignidade Humana; Responsabilização (prestação de contas); Apoderamento; Não discriminação e Participação, sob a perspectiva de elaboração de estratégias para respeitar, proteger e promover o DHAA (ALBUQUERQUE, 2009; BURITY et al., 2010).

Mais recentemente, estas novas dimensões foram incorporadas por ocasião da Segunda Conferência Nacional em SAN, realizada em 2004 na cidade de Olinda - PE, sendo formulado o conceito adotado na Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN) (BRASIL, 2006) que consiste em:

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 (BRASIL, 2006).

A partir da LOSAN, nasce um instrumento jurídico nacional que constitui um avanço por considerar a promoção da garantia do DHAA como meta da política de SAN.

2.2 DHAA e Insegurança Alimentar e Nutricional: conexões e vulnerabilidades

Segundo o documento do Panorama de SAN na América Latina e no Caribe (FAO, 2021), o número de pessoas vivendo com fome, em 2019, era de 47 milhões, representando 7,4% da população desta região, refletindo um aumento de 13 milhões de pessoas subalimentadas em apenas 5 anos. Além disso, ainda em 2019, mais de 190 milhões de pessoas nesta região apresentaram IA moderada a grave, ou seja, 1 a cada 3 habitantes da América Latina e Caribe não tinha acesso a uma alimentação adequada por falta de recursos econômicos ou pela privação de outros direitos básicos (FAO, 2020).

Neste mesmo documento, também é trazido o impacto da pandemia por COVID-19 que afetou drasticamente o setor da saúde e também da economia, aumentando o desemprego e reduzindo a renda das famílias, principalmente daquelas de maior vulnerabilidade, interferindo na qualidade da alimentação e nutrição desta população (FAO, 2020; LITTLEJOHN; FINLAY, 2021).

No Brasil o cenário não se torna favorável visto que segundo o VIGISAN (2020), apenas 44,8% dos domicílios brasileiros eram compostos por moradores em SAN, enquanto que 55,2% apresentam algum grau de IA, sendo que em 9% dos domicílios seus respectivos moradores conviviam com a fome, com 12% representando a população rural (PENSSAN, 2022a). Isto representa 43,4 milhões de brasileiros em IA, sendo que 19 milhões passam fome. Neste mesmo documento mostra que em domicílios onde um dos moradores tinha perdido o emprego em virtude da pandemia, a IA grave aumentou em 19% (PENSSAN, 2022a).

Vale destacar que no Brasil a IA é definida como a falta de acesso regular a alimentos, sendo avaliada através da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA) a qual determina a SAN e a IA em três níveis diferentes (BRASIL, 2020) conforme expresso na figura 1.

Figura 1. Descrição dos níveis de segurança e insegurança alimentar.

Situação de segurança alimentar	Descrição
Segurança alimentar	A família/domicílio tem acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais.
Insegurança alimentar leve	Preocupação ou incerteza quanto acesso aos alimentos no futuro; qualidade inadequada dos alimentos resultante de estratégias que visam não comprometer a quantidade de alimentos.
Insegurança alimentar moderada	Redução quantitativa de alimentos entre os adultos e/ou ruptura nos padrões de alimentação resultante da falta de alimentos entre os adultos.
Insegurança alimentar grave	Redução quantitativa de alimentos também entre as crianças, ou seja, ruptura nos padrões de alimentação resultante da falta de alimentos entre todos os moradores, incluindo as crianças. Nessa situação, a fome passa a ser uma experiência vivida no domicílio.

Fonte: BRASIL, 2010.

Além disso, esta escala considera os moradores do domicílio, inclusive as crianças, e se refere a falta de alimentos à mesa das pessoas e também a qualidade dos alimentos que estão presentes ali, interferindo no consumo alimentar e relacionando fatores intrínsecos a vulnerabilidade social como risco para uma alimentação adequada e saudável (BRASIL, 2020).

O advento da pandemia de COVID-19 foi parte de um processo que já estava em curso, com os desmontes de políticas públicas e o enfraquecimento de estratégias para o fomento das mesmas. Com o advento da Emenda Constitucional 95, que estabeleceu um teto de gastos para orçamentos destinados às áreas da educação, saúde e contribuindo para ruptura de processos voltados para a ampliação do acesso a SAN (SANTARELLI, 2017). Além disso, a Medida Provisória nº870/2019 (BRASIL, 2019) proporcionou o desmonte de diversas políticas públicas destinadas a SAN, principalmente com a extinção do Conselho Nacional de Segurança Alimentar, autarquia que servia como assessoria direta ao Presidente da República.

Em virtude dos impactos multissetoriais causados pela pandemia e pelas medidas implementadas nos últimos anos no âmbito de desmonte das políticas públicas, espera-se que as metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) não sejam atingidas, principalmente aqueles relacionados com o primeiro e segundo dentre os 17 propostos, relacionados com a erradicação da pobreza, da fome, com a segurança alimentar e melhoria da nutrição. As ODS, definidas através da Cúpula da Nações Unidas em 2015, substituíram os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio - 2000 a 2015 (ODM) e tiveram como objetivo estabelecer uma nova agenda global para o desenvolvimento sustentável como forma de garantir ações para erradicação da pobreza, proteger o meio ambiente e para a promoção de

paz e prosperidade para todas as pessoas em todos os lugares (OBJETIVOS DO DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL, 2023).

Apesar de não haver estimativa destes danos, especula-se que tenham consequências a curto, médio e longo prazo na qualidade de vida da população, colocando em risco o cumprimento das ODS (FAO, 2020) que devem ser alcançadas até 2030. Esta realidade apresentada pode afetar os hábitos alimentares e a qualidade da alimentação de toda uma nação, impactando negativamente na nutrição, saúde e bem estar das pessoas.

A qualidade das dietas também está relacionada com o sobrepeso e obesidade, tendo em vista o aumento do sobrepeso em crianças e adultos nos países da América Latina e Caribe. No público infantil, em 2019, a prevalência de sobrepeso foi de 7,5%, valor acima da média mundial (5,2%). Além disso, observa-se maior frequência de sobrepeso na população adulta do sexo feminino, em todos os países da região (FAO, 2020).

Segundo a Pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (BRASIL, 2022) houve aumento da prevalência de sobrepeso e obesidade entre a população brasileira, apresentando valores atuais de 57,2% e 22,4% respectivamente. Somando-se a isto, na última Pesquisa de Orçamento Familiar (BRASIL, 2018), foi evidenciado que pelo menos 30% da população apresenta algum grau de IA, indo ao encontro ao que outros estudos associam sobre a sindemia global, onde envolve a dupla carga de má nutrição (HUIZAR et al., 2021; SWINBURN et al., 2019).

A dupla carga da má nutrição relaciona-se com a presença concomitante de desnutrição, ou seja, a carência de macro e micronutrientes com a presença de sobrepeso e obesidade. Desta forma, este termo relaciona a IA, com a falta de acesso físico e econômico a alimentos saudáveis, e o aumento do consumo de alimentos com maior densidade energética e pobre em nutrientes, como os alimentos ultraprocessados (MARTINEZ STEELE et al., 2022), o que configura um problema para além dos aspectos biológicos relacionados à alimentação. Se torna evidente a necessidade em desenvolver políticas públicas que abordem de forma simultânea estas dimensões para a construção de estratégias mais eficazes contra a pandemia da obesidade (SWINBURN et al., 2019).

A obesidade trata-se de uma doença a qual apresenta causa multifatorial, sendo estas o foco para a prevenção e tratamento desta condição (OMS, 2000). Ademais, diante do exposto sobre a carga da má nutrição, a obesidade torna-se um problema de saúde pública em virtude da sua relação com o desenvolvimento de DCNTs, em especial as Doenças Cardiovasculares (DCVs) (SWINBURN et al., 1999; MALTA et al., 2014; DIAS et al., 2017).

2.3 Insegurança Alimentar e Nutricional na população com doenças cardiovasculares.

As DCVs representam a maior causa de mortalidade no mundo, acometendo 17,9 milhões de vidas no ano de 2016, com mais de 300 mil pessoas somente no Brasil. (OPAS, 2021; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2021). Dentre esta classe de doença, podemos destacar as coronariopatias, infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca, angina e derrame (VIRANI et al, 2020 *apud* LIU; EICHER-MILLER, 2021). Os fatores de risco para o desenvolvimento destas doenças, como sobrepeso e obesidade, diabetes e hipertensão arterial também aumentaram sua prevalência e estes estão relacionados com o estado de SAN (MENDY et al., 2018; GUNDERSEN et al., 2015).

Diversos estudos corroboram com a relação dos diferentes graus de insegurança alimentar e nutricional e o risco em desenvolver doenças cardiovasculares, além de relacionarem a permanência da insegurança alimentar, mesmo após o desenvolvimento da doença (KELSEY et al., 2019; MENDY et al., 2018; GUNDERSEN et al., 2015; SUN et al., 2021; SANTOS, 2016; VIRANI et al, 2020 *apud* LIU & EICHER-MILLER, 2021).

Em um estudo realizado com adultos do Mississippi encontrou uma relação entre a presença de insegurança alimentar e maior prevalência de diabetes, hipertensão arterial, obesidade, fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares (MENDY et al., 2018). Outro estudo com participantes do National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) encontrou relação de insegurança alimentar e maiores riscos de morte por doenças cardiovasculares sendo apontado a necessidade de desenvolver políticas públicas estratégicas para reduzir os índices de insegurança alimentar e nutricional da população americana (SUN et al., 2021).

O mesmo foi encontrado em um estudo brasileiro envolvendo cidadãos de Brasília, onde a insegurança alimentar grave estava relacionada com a presença de doenças cardiovasculares e maior prevalência de DCNTs (SANTOS, 2016).

Desta forma, torna-se fundamental entender a relação entre a insegurança alimentar e a presença de doenças cardiovasculares ou o maior risco em desenvolvê-las para que sejam criadas estratégias eficazes no sistema público de saúde e outros setores, com o objetivo de manter o acesso a alimentos adequados promovendo o DHAA através da garantia de SAN e reduzindo a exposição a fatores de risco relacionados com o desenvolvimento de doenças cardiovasculares.

2.4 Cuidados Relativos à Alimentação e Nutrição destinado à população com doenças cardiovasculares no Sistema Único de Saúde (SUS)

O Ministério da Saúde apresenta um vasto acervo de materiais destinados a orientar tanto os profissionais da área da saúde, bem como os usuários do sistema de saúde, sadios ou enfermos, para promoção de hábitos saudáveis.

O primeiro material a ser citado é a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), que em 2013 sofreu uma atualização de seus princípios e diretrizes (BRASIL, 2013a). A PNAN é a política guarda-chuva de programas e estratégias que visam a promoção da alimentação adequada e saudável, em busca de garantir a SAN da população brasileira. A PNAN engloba ações desde a promoção da saúde e prevenção de agravos, até o cuidado integral de agravos relacionados à alimentação e nutrição (BRASIL, 2013a). Entretanto, por se tratar de um documento muito abrangente, não é tratado de forma específica as DCVs.

Na perspectiva de ressaltar a educação em saúde como estratégia para apoiar e planejar ações de promoção da alimentação adequada e saudável, a construção de materiais com este objetivo incita a reflexão sobre a saúde como um direito social, pautada na reflexão crítica das condições transversais à garantia deste direito (BRASIL, 2016). Sendo assim, diante de ações em educação em saúde relacionados à alimentação e nutrição, é possível destacar a Educação Alimentar e Nutricional (EAN) que perpassa todas as diretrizes da PNAN e a partir do documento do Marco Referencial da EAN (BRASIL, 2012), estabelece seu conceito e a direciona para as áreas de saúde, educação e assistência, promovendo importante reflexão e orientação de ações com o intuito de promover o DHAA (BRASIL, 2016)

Diante disso, o Ministério da Saúde, com o objetivo de organizar ações de EAN no SUS, propôs uma série de materiais que possuem orientações confiáveis sobre a alimentação adequada e saudável (BRASIL, 2016).

Sobre estes materiais, com o objetivo de promover a alimentação saudável entre a população brasileira, é possível destacar o Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2014a) onde o conceito de alimentação saudável envolve a nova classificação dos alimentos (*in natura* e minimamente processados, processados e ultraprocessados) proposta pelo Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde da USP denominada “NOVA”. Além disso, traz para a alimentação outras dimensões para além da biológica, como o estímulo da agricultura familiar, da cultura local e de incentivar comportamentos saudáveis (BRASIL, 2014a). Este guia apresenta orientações que reforçam o cuidado relativo à

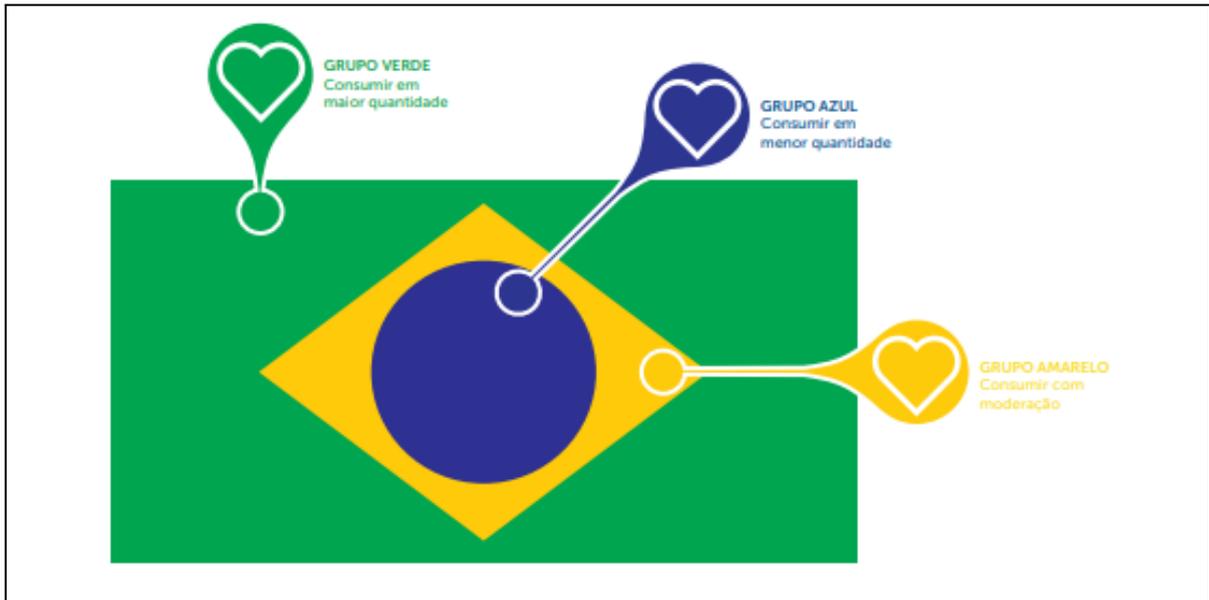
alimentação e nutrição para promoção da saúde, inclusive nas condições que envolvem as DCNTs. No entanto, este documento foi construído principalmente para a promoção da alimentação adequada destinada a população saudável (BRASIL, 2014a).

Outros materiais são os cadernos de Atenção Básica com estratégias para o cuidado de pessoas com doenças crônicas: obesidade, diabetes e hipertensão arterial. O objetivo destes cadernos é auxiliar a equipe multiprofissional da atenção básica, atenção primária, a criar processos e protocolos que apoiem e organizem a atenção à pessoa com DCNTs (BRASIL, 2013b; BRASIL, 2013c; BRASIL, 2014b) Entretanto, da mesma forma, estes cadernos abordam doenças específicas as quais não incluem diretamente as DCVs.

A partir de diretrizes alimentares para prevenção e tratamento das doenças cardiovasculares, foi elaborada a dieta cardioprotetora, chamada de DicaBR, com o objetivo de promover alimentação saudável e adequada e prevenir agravos relacionados com o desenvolvimento de DCVs e outras doenças crônicas (BRASIL, 2018).

A DicaBR apresenta sua classificação pautada na densidade energética, na quantidade de gordura saturada, colesterol e sódio nos alimentos. Cada grupo é classificado de acordo com quantos pontos estão acima dos pontos de corte dos itens avaliados nesta dieta. A seguir serão descritos os pontos de corte: densidade energética - menor ou igual a 1,11kcal/g alimento; gordura saturada - menor ou igual a 0,01g/g alimento; colesterol - 0,04g/g alimento; sódio - menor ou igual a 2,01 mg/g alimento. Sendo assim, os alimentos dessa dieta são divididos nos seguintes grupos, através das cores que compõem a bandeira do Brasil, conforme a figura 2: grupo verde - apresentam todos os valores abaixo dos pontos de corte, sendo o seu consumo estimulado; grupo amarelo - apresentam 1 ou 2 valores acima do ponto de corte, consumo deve ser realizado com moderação; grupo azul - apresentam 3 ou 4 valores acima dos pontos de corte, devendo o consumo ser evitado (BRASIL, 2018).

Figura 2. Representação dos grupos de alimentos conforme a DicaBr.



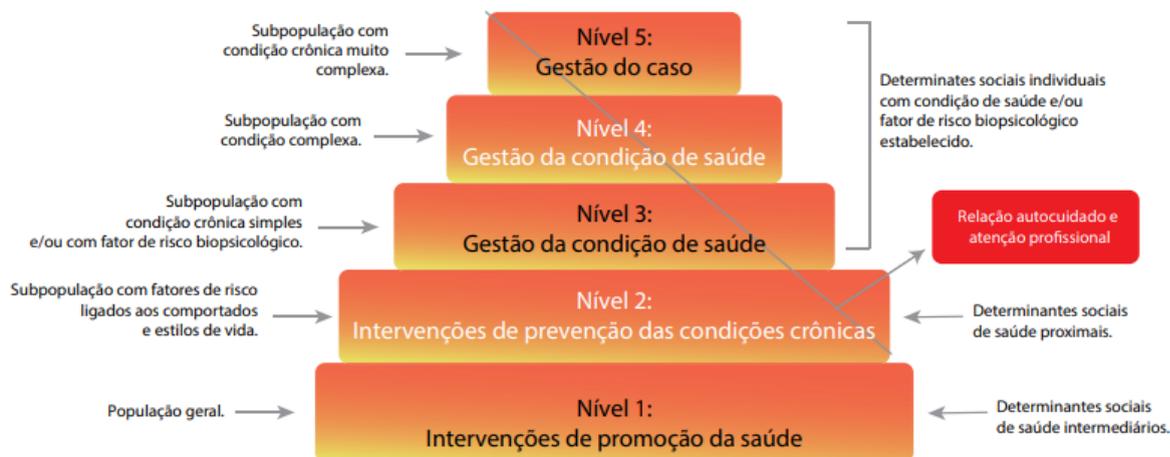
Fonte: BRASIL, 2018.

Apesar da elaboração de uma dieta específica para DCVs e tendo como base os alimentos regionais brasileiros, ela foi destinada para atender a atenção básica em saúde, podendo limitar sua utilização em outros pontos da rede de atenção.

Podemos observar algo similar com o documento lançado em 2022 como Estratégia de Saúde Cardiovascular na Atenção Primária à Saúde. É um instrutivo para profissionais e gestores, com o objetivo de qualificar a atenção integral a pessoas que têm fatores de risco para o desenvolvimento de DCVs, na atenção primária em saúde (BRASIL, 2022). Apesar de ser um material específico para prevenção de DCVs, o mesmo é destinado à atenção primária.

Segundo Mendes (2011), que propôs um Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), estabelece que esta estratificação define ações práticas da equipe de saúde mais adequadas para cada uma das 5 estratificações (figura 3). Observa-se o trabalho ambulatorial especializado entre os níveis 3 e 4, onde o usuário apresenta a doença, apresentando condições crônicas de baixo a moderado (nível 3) até elevado risco (nível 4), necessitando de atenção especializada, além de também envolver aqueles usuários de maior vulnerabilidade biopsicossocial (BRASIL, 2013d).

Figura 3. Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC)



Fonte: MENDES, 2011.

Em virtude da importância da estratificação do cuidado de pessoas com doenças crônicas em níveis, o ministério da saúde estabeleceu um documento com diretrizes para o cuidado de pessoas com doenças crônicas da Rede de Atenção à Saúde (RAS), guiando gestores e profissionais da área a construir uma linha de cuidado que atenda às necessidades da população assistida (BRASIL, 2013d).

Acerca de outros materiais que auxiliam na prática clínica e no cuidado nutricional em pessoas com doença cardiovasculares, pode-se citar as diretrizes clínicas produzidas por entidades/sociedades médicas e de outros profissionais da área da saúde que são conceituadas como “declarações desenvolvidas sistematicamente para auxiliar as decisões do profissional e do paciente sobre cuidados de saúde apropriados para circunstâncias clínicas específicas” (INSTITUTE OF MEDICINE, 1990). O uso destes documentos tem como objetivo melhorar a qualidade das decisões clínicas entre os profissionais da saúde, a partir do embasamento em condutas com elevado grau de evidência científica, além de fornecer subsídios aos usuários assistidos sobre as alternativas de tratamento disponíveis (WOOLF et al., 1999).

Entretanto, apesar de apresentar benefícios, as diretrizes clínicas podem engessar as condutas dos profissionais, podendo atrapalhar o ajuste de acordo com as necessidades do usuário, a partir de suas comorbidades, além de desestimular o uso de políticas públicas já existentes através de recomendações restritivas e específicas (WOOLF et al., 1999). Além disso, vale destacar que é necessário avaliar de que forma são elaboradas as diretrizes clínicas, onde vieses podem ser reproduzidos, pois, por se tratarem de materiais desenvolvidos por grupos de profissionais que são referência na área, o uso destes documentos sob um olhar crítico pode ser banalizado (REIS; PASSOS; SANTOS, 2018). Sendo assim, deve se atentar

ao desenvolvimento de Diretrizes Clínicas destinadas ao cuidado de pessoas com doenças cardiovasculares, a fim de que sejam incorporadas orientações considerem a relação existente entre a IA e a presença de doenças cardiovasculares ou o maior risco em desenvolvê-las para que haja elaboração adequada de estratégias eficazes com o objetivo de manter o acesso a alimentos adequados promovendo o DHAA através da garantia de SAN.

3. OBJETIVOS

Desenvolver um caderno temático sobre o cuidado de indivíduos adultos com cardiopatias sob a ótica do DHAA.

3.1 Objetivos específicos

- Analisar as diretrizes, consensos e outros documentos da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) que abordem o cuidado relativo à alimentação e nutrição em pacientes cardiopatas a partir da ótica do DHAA;
- Descrever e analisar a presença dos conceitos e princípios do DHAA no cuidado relativo à alimentação e nutrição abordado no ambulatório de tratamento de cardiopatias.
- Desenvolver um caderno temático sobre o cuidado relativo à alimentação e nutrição, sob a ótica do DHAA, a partir de desafios e oportunidades para a incorporação deste direito nos documentos da SBC e observação participante do ambulatório especializado.

4. METODOLOGIA

O estudo foi do tipo qualitativo, apresentando como cenário o Ambulatório de Lípidos, Aterosclerose e Biologia Vascular da Universidade Federal de São Paulo (Lípides - UNIFESP).

O ambulatório atende usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) com doenças cardiovasculares, sendo acompanhados a partir de assistência médica especializada e atendimento nutricional. Os pacientes são encaminhados através do atendimento realizado pelas especialidades médicas do Hospital São Paulo, além de também ocorrer através da Central de Regulação de Ofertas e Serviços de Saúde (CROSS) do estado de São Paulo.

Os nutricionistas que atuam neste ambulatório podem ser alunos de mestrado ou doutorado, possuindo ou não vínculo com a UNIFESP, totalizando um corpo de 17 profissionais, que atuam voluntariamente. A coordenação do ambulatório de nutrição também é composta por nutricionista que atua de forma voluntária há mais de 10 anos. Além disso, também participam do processo de atendimento, de maneira supervisionada, estudantes de nutrição, possuindo vínculo de estagiários. Os atendimentos ocorrem de segunda a sexta, nos períodos matutino e vespertino.

O trabalho foi desenvolvido a partir de 3 etapas, onde a primeira consiste na análise de conteúdo dos documentos da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) referente ao cuidado nutricional no tratamento de cardiopatias; a segunda etapa foi desenvolvida a partir da observação participante da rotina do ambulatório e a terceira relacionada com o processo de construção do produto técnico, em formato de caderno temático.

4.1 Métodos de coleta de dados

4.1.1 Primeira etapa: análise de conteúdo das diretrizes clínicas da SBC

Foi realizada uma revisão de documentos nacionais que abordam o cuidado nutricional nas doenças cardiovasculares. Esta revisão comporta a análise dos posicionamentos e diretrizes mais atuais sobre Hipertensão, Dislipidemia, Consumo de Gorduras e Saúde Cardiovascular e Infarto Agudo do Miocárdio com e sem supradesnível de ST da SBC (IZAR et al., 2021; NICOLAU et al., 2021; BARROSO et al., 2020; FALUDI et al., 2017; PEGAS et al., 2015), nas sessões de “Tratamento não medicamentoso” e “Recomendações Alimentares”.

4.1.2 Segunda etapa: observação participante da rotina do ambulatório de Lípidos, Aterosclerose e Biologia Vascular (Lípides - UNIFESP)

Este trabalho foi desenvolvido através do método qualitativo de observação participante, proposto por Malinowski (1978), que leva em consideração os “imponderáveis da vida cotidiana”, expressão utilizada que caracteriza a necessidade de registrar eventos do dia-a-dia que passam despercebidos, mas que apresentam uma teia de significados relacionados ao comportamento do grupo observado. Este método lança mão de recursos para coleta e análise de informações, sendo o diário de campo instrumento utilizado para registro da rotina dos sujeitos observados bem como suas ações diante das situações vivenciadas no cotidiano (FERNANDES, MOREIRA, 2013).

Vale ressaltar que o pesquisador (observador) não é totalmente alheio aos sujeitos observados, havendo uma relação de respeito e valorização da troca e convívio de experiências através dos sentidos humanos (FERNANDES, MOREIRA, 2013).

Durante o segundo semestre de 2022, a pesquisadora, a partir de seu vínculo com a instituição coordenadora do ambulatório, atuou neste ambiente, portanto, foi promovida a integração do observador ao ambiente que será observado (MINAYO, 2013; GUERRA, 2014). Além da observação do cotidiano de atendimento, destacam-se como oportunidades de observação os momentos de apresentação do ambulatório e treinamento inicial sobre as rotinas, além das reuniões específicas deste setor. Todos os eventos observados durante o período de atuação da pesquisadora no ambiente do ambulatório foram anotados em um diário de campo.

4.2. Análise de dados:

Com relação a análise de dados, tendo como base na leitura de conceitos intrínsecos e princípios do DHAA, foram elaborados dois quadros (Apêndice A e B, respectivamente) que organiza de forma sistematizada a definição dos conceitos intrínsecos e princípios do DHAA, na perspectiva de auxiliar na análise de conteúdos referente a temática.

Vale destacar que os conceitos utilizados na análise tiveram como base a redação do Comentário Geral nº 12, documento elaborado pelo Comitê Internacional de Direitos Sociais, Econômicos e Culturais, organização fiscalizadora do PIDESC. Além disso, como elemento central da matriz de apoio (Apêndice A), temos o conceito de adequação que segundo este mesmo documento (Comentário Geral nº12), é especialmente significativa, pois abrange todas as demais dimensões da alimentação, incluindo os aspectos relacionados à disponibilidade, aceitabilidade, acessibilidade e sustentabilidade (ou estabilidade) (PAIVA et al., 2019).

Por fim, destaca-se que o tratamento dos dados foi realizado pela interpretação perante os elementos apresentados nos apêndices A e B.

4.3 Aspectos éticos

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) sob CAAE nº 61233122.7.0000.5285 e também da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), considerada como instituição co-participante deste estudo, sob CAAE nº 61233122.7.3001.5505.

Antes de iniciar o trabalho de campo, foi apresentada uma Carta de Anuência ao Serviço (apêndice C), que foi devidamente assinada pela coordenação do ambulatório como forma de concessão da participação neste projeto.

4.4. Terceira etapa: elaboração do produto técnico

A partir da análise de desafios e oportunidades relacionados à abordagem do DHAA no Ambulatório de Lípidos, Aterosclerose e Biologia Vascular da Universidade Federal de São Paulo (Lípidos - UNIFESP) foi desenvolvido um Caderno Temático com o título “O Direito Humano à Alimentação Adequada: uma ótica sobre as doenças cardiovasculares”.

Este material terá como público nutricionistas, estudantes e outros profissionais de saúde que atuam no ambulatório ou em outros pontos da RAS. Foi disponibilizado em formato de e-book e haverá a produção de conjunto de cerca de 5 cards que contenham mensagens chave sobre o material – para circulação em redes sociais. Pretende-se ainda, a realização de um lançamento oficial em evento a ser realizado pela equipe do ambulatório.

Destaca-se que este material, ainda que seja produzido no contexto do referido ambulatório, representa esforço importante para pensar a abordagem do DHAA no nível secundário da Rede Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde, bem como de outros serviços especializados de saúde.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados da presente pesquisa foram apresentados em formato de artigo, com a elaboração de dois artigos científicos e um produto técnico.

- **Artigo 1**

Título: **O cuidado às pessoas com cardiopatias na ótica do Direito Humano à Alimentação Adequada em diretrizes clínicas brasileiras.**

Este artigo foi submetido à revista Cadernos de Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz do Estado do Rio de Janeiro (ENSP/FIOCRUZ - RJ). A revista apresenta Qualis - Capes A1. Apresenta uma análise documental de diretrizes clínicas brasileiras referente ao cuidado de DCVs sob a ótica do DHAA, utilizando como elementos referenciais para a análise conceitos intrínsecos e princípios deste direito.

- **Artigo 2**

Título: **O nutricionista como formador de nutricionistas: uma ótica sobre o Direito Humano à Alimentação Adequada e o cuidado de pessoas com cardiopatias.**

O manuscrito encontra-se em versão preliminar. Será submetido à revista de Alimentação Nutrição e Saúde “Semear” da Escola de Nutrição da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). A revista apresenta Qualis - Capes B3. O manuscrito apresenta observação participante realizada no ambulatório de Lípidos sobre o cuidado relativo à alimentação e nutrição realizado pelos nutricionistas neste ambiente e seu papel na incorporação da ótica do DHAA durante os atendimentos e seu papel diante dos estagiários estudantes de nutrição que também participam das orientações dadas referentes ao cuidado.

- **Produto técnico**

Caderno temático: O Direito Humano à Alimentação Adequada: uma ótica sobre as doenças cardiovasculares.

Será apresentado no apêndice D o Caderno Temático referente ao cuidado relativo à alimentação e nutrição nas DCVs sob a ótica do DHAA. Neste documento, são apresentadas oportunidades para incorporar a ótica do direito na assistência às pessoas com DCVs na RAS do SUS e da iniciativa privada.

São abordadas questões referentes ao panorama de IA no Brasil e sua relação com o a não execução do DHAA e desenvolvimento de DCVs; Conceitos e princípios do DHHA na

perspectiva de contextualizar o leitor frente aos próximos capítulos; O cuidado relativo à alimentação e nutrição sob a ótica do DHAA; Questões relacionadas com o reducionismo nutricional e a produção científica como dificuldades de incorporação da ótica do Direito e a EAN como ferramenta de garantia de SAN e fomento do DHAA.

5.1 Artigo 1: O cuidado às pessoas com cardiopatias na ótica do Direito Humano à Alimentação Adequada em diretrizes clínicas brasileiras

RESUMO:

A nutrição é reconhecida como fator relevante ao tratamento e prevenção de doenças cardiovasculares. Contudo, a violação do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) é recorrente em nossa sociedade impedindo que parcela importante da população tenha acesso a esse bem essencial e a uma vida de qualidade. Apesar de impactar a prática clínica, este aspecto nem sempre é abordado em documentos desta área. Este artigo tem como objetivo analisar desafios e oportunidades relacionadas à incorporação da ótica do DHAA nas recomendações para cuidado em alimentação e nutrição apresentadas em diretrizes de cardiologia. Foi realizada análise documental das “Diretrizes, Posicionamentos e Normatizações” da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) publicadas entre os anos de 2015 e 2021 tendo como questão norteadora: quais as oportunidades para inclusão da ótica do DHAA expressas na abordagem do cuidado relativo à alimentação e nutrição destinado a pessoas com doenças cardiovasculares (DCVs) em documentos da SBC? Destacam-se como resultados a predominância da abordagem do nutriente dentro de uma lógica de associação entre hábitos alimentares e risco cardiovascular, configurado como desafio para uma abordagem que considere as múltiplas dimensões da alimentação. Entretanto, as diretrizes incorporam como referência o Guia Alimentar para a População Brasileira como referência, possibilitando diálogos com os princípios do DHAA. Conclui-se que as diretrizes de Hipertensão, Infarto sem Supradesnivelamento do segmento ST e o Posicionamento do Consumo de Gorduras apresentam trechos que aproximam-se da abordagem do DHAA, enquanto as diretrizes de Infarto com Supradesnivelamento do segmento ST e de dislipidemias se mostram mais modestas em seu conteúdo relacionado a este Direito. A abordagem do DHAA em Diretrizes Clínicas desta natureza é oportuna e necessária para ampliar a perspectiva de cuidado em alimentação e nutrição.

Palavras-chave: Doenças Cardiovasculares, Integralidade em Saúde, Direito à Alimentação, Diretrizes.

INTRODUÇÃO

As comunidades e sociedades acadêmicas, compostas por médicos e outros profissionais da área da saúde, que desenvolvem Diretrizes Clínicas para o tratamento de diversas doenças possuem grande prestígio e reconhecimento dentro da comunidade acadêmica porque, de forma geral, incluem em sua composição profissionais referência da área¹.

Dentre estas sociedades, é possível destacar a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) que dispõe de um vasto acervo de diretrizes, consensos e pareceres sobre a classe de doenças relacionadas ao sistema cardiovascular, além de *webinars* e congressos nacionais². Na elaboração destes documentos também é explorado o cuidado nutricional devido a relação estreita existente entre o padrão alimentar e o desenvolvimento destas doenças.

O cuidado relativo à alimentação e nutrição é apontado pela Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), sendo inerente à sua definição o diagnóstico, vigilância nutricional, orientações alimentares específicas, além de promoção da alimentação adequada e saudável e educação alimentar e nutricional³. Existe grande relevância ao estabelecer protocolos e diretrizes terapêuticas relacionados a este cuidado, pois estes auxiliam nos avanços e organização das ofertas de ações voltadas para alimentação e nutrição³. Neste contexto, o acesso a alimentos de qualidade para o atendimento das necessidades dos indivíduos é de grande importância, principalmente na presença de condições clínicas que demandam o consumo de alimentos de valor nutricional específicos.

A análise do padrão alimentar ganha ainda mais destaque no cenário atual em que se reconhece os impactos da crise sanitária, política e econômica vivenciada no país e que resultou em modificações importantes na alimentação da população brasileira⁴. Segundo o último relatório do Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar e Nutricional no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil (II VIGISAN), a maioria da população brasileira sofre de algum grau de insegurança alimentar, sendo 37% com restrição de acesso a quantidade adequada de alimentos⁵. Houve redução do consumo de alimentos *in natura* e minimamente processados e aumento de alimentos ultraprocessados, principalmente entre a população de maior grau de insegurança alimentar⁶.

Esta mudança no perfil de consumo alimentar está fortemente relacionada ao aumento do custo da alimentação, sobretudo da alimentação considerada mais saudável⁷ e pela permanência na desigualdade de renda e acesso aos alimentos^{8,9}. Com a elevação dos preços dos alimentos, que são a base da alimentação brasileira, associada com a redução dos rendimentos da população de menor renda⁸, aumentam as evidências sobre a importância de que o Estado se posicione diante da necessidade de tributação onerosa de produtos ultraprocessados¹⁰.

É importante ressaltar que quanto maior o consumo desta classe de alimentos, maior o risco de desenvolvimento de doenças cardiometabólicas, que inclui a obesidade, diabetes, hiperlipidemia, doença coronariana, acidente vascular cerebral e outras doenças cardiovasculares¹¹. Da mesma forma, cabe destaque para a relação de insegurança alimentar e nutricional (inSAN) e maior prevalência de doenças cardiovasculares (DCVs) e Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs)¹² além de maior risco de morte por essas doenças¹³. Sendo assim, estratégias para a garantia do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) se tornam essenciais em termos de políticas públicas.

Neste sentido, este artigo tem como objetivo realizar análise documental de diretrizes clínicas sob a ótica do Direito Humano à Alimentação Adequada na abordagem do cuidado relativo à alimentação e nutrição destinado a pessoas com doenças cardiovasculares no intuito de identificar interfaces e contribuições para este campo.

METODOLOGIA

Foi realizada análise documental¹⁴ das “Diretrizes, Posicionamentos e Normatizações” da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) que estabelecem e disponibilizam recomendações produzidas por especialistas.

Foram pesquisados documentos publicados entre 2015 e 2021 no site da SBC². Os critérios de inclusão utilizados consistiram em: diretrizes ou posicionamentos publicados dentro do período temporal mencionado; que tivessem, em seus documentos, parte relacionada ao cuidado relativo à alimentação e nutrição; e que abordassem como tema principal o cuidado das doenças como hipertensão arterial, dislipidemias, infarto agudo do miocárdio (com ou sem supradesnivelamento do segmento ST). Quando foi identificada mais

de uma versão de um mesmo documento selecionado, optou-se por escolher a versão mais atualizada. A busca foi realizada entre os meses de abril e dezembro de 2022.

A questão norteadora utilizada neste estudo foi: quais as oportunidades para inclusão da ótica do Direito Humano à Alimentação Adequada expressas na abordagem do cuidado relativo à alimentação e nutrição destinado a pessoas com doenças cardiovasculares em documentos da SBC?

No que tange à identificação da ótica do DHAA, foi utilizada síntese expressa no Quadro 1, apresentado abaixo. A elaboração deste quadro foi proposta por Souza (2023)¹⁵, sendo utilizados documentos nacionais como referência^{16,17}.

Quadro 1: Conceitos intrínsecos e princípios para abordagem do Direito Humano à Alimentação Adequada.

Conceitos intrínsecos	
Disponibilidade	Oferta em quantidade e qualidade suficiente para satisfazer as necessidades dietéticas das pessoas, livre de substâncias adversas e aceitável para uma dada cultura.
Adequação	Dos alimentos disponíveis, do ponto de vista cultural, nutricional, dentro dos padrões higiênico-sanitários, com ausência de substâncias nocivas, para que seja possível o alcance do bem estar nutricional.
Acessibilidade	Econômica: custos financeiros, pessoais e familiares, associados com a aquisição de alimento para uma determinada dieta, deveriam ser de tal ordem que a satisfação de outras necessidades básicas não fique ameaçada ou comprometida. Física: significa que uma alimentação adequada deve ser acessível a todos, inclusive aos indivíduos fisicamente vulneráveis, tal como crianças até seis meses de idade e crianças mais velhas, pessoas idosas, os deficientes físicos, os doentes terminais e pessoas com problemas médicos persistentes
Estabilidade	A disponibilidade e a acessibilidade devem ter garantia que o seu fornecimento será de maneira estável e permanente

Aceitabilidade	Cultural ou do consumidor implica, também, a necessidade de tomar-se em consideração, tanto quanto possível, valores que não estão ligados à valorização do conteúdo nutricional do alimento, mas sim estão ligados ao alimento, em si, ou ao seu consumo, e a preocupações do consumidor bem informado sobre a natureza do suprimento de alimentos disponíveis.
Princípios	
Dignidade humana	Exigibilidade de respeito e valorização da vida humana; titular de direitos humanos; reivindicação de direitos.
Não discriminação	Ações afirmativas e atenção especial aos grupos mais vulneráveis; não discriminação da origem cultural, econômica ou social, etnia, gênero, idioma, religião, opção política ou de outra natureza.
Apoderamento	Informação qualificada, capacidade de reconhecer violações e reivindicar do Estado formas de exigibilidade.
Participação	Informação qualificada, transparência de dados, mecanismos para participação ativa com inclusão de sujeitos de direito; avaliação de programas para desenvolvimento do sujeito e redução da pobreza.
Prestação de contas (responsabilização)	Estabelecimento de metas e processos transparentes para o desenvolvimento e a redução da pobreza. Os Estados são responsáveis por estas ações e devem prestar conta.

Fonte: adaptado de Souza (2023).

Para análise dos dados foi realizada a leitura das seguintes seções: (1) introdução e/ou apresentação; (2) tratamento não medicamentoso; e (3) recomendações alimentares – de acordo com a disponibilidade delas em cada documento. A fim de identificar elementos do contexto¹⁴ foi realizada a leitura de sessões: conflitos de interesse, sobre os autores e referências bibliográficas.

Este artigo integra dissertação de mestrado profissional desenvolvida no Programa de Pós-graduação em Segurança Alimentar e Nutricional da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (PPGSAN/UNIRIO).

Os documentos, seus autores e o contexto

Os documentos selecionados abordam orientações e recomendações baseadas em evidências referentes ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso destinado a indivíduos com angina e infarto do miocárdio; dislipidemias; hipertensão arterial e orientações relacionadas quanto ao consumo de gorduras e a influência no desenvolvimento de doenças cardiovasculares ou fatores de proteção contra estas doenças. Entre os anos de 2015 e 2021, foram identificados 13 documentos no site da SBC dos quais foram selecionados 05 (cinco), conforme descrito no Quadro 2. Os demais documentos não foram utilizados por se tratarem de versões dos mesmos documentos, entretanto, de anos anteriores. Sendo assim, foram selecionados os documentos mais atuais.

Quadro 2: Diretrizes, Posicionamentos e Normatizações da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) por ano de publicação e realização

Documento	Ano de Publicação	Elaboração	Categoria profissional dos autores (nº autores)
V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST	2015	<ul style="list-style-type: none"> Sociedade Brasileira de Cardiologia 	Médicos (todos os autores)
Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose	2017	<ul style="list-style-type: none"> Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD); Sociedade Brasileira de 	Médicos (44) Nutricionistas (4) Educador físico (1) Farmacêutico (1) Químico (1) Não encontrado (7)

		Endocrinologia e Metabolismo.	
Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial	2020	<ul style="list-style-type: none"> • Departamento de Hipertensão Arterial da Sociedade Brasileira de Cardiologia; • Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH); • Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN). 	Médicos (73) Nutricionistas (3) Fisioterapeutas (2) Educadores físicos (2) Biomédico (1) Ciências biológicas (1) Musicoterapeuta (1) Não encontrado (10)
Posicionamento sobre o Consumo de Gorduras e Saúde Cardiovascular	2021	<ul style="list-style-type: none"> • Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia 	Médicos (17) Nutricionistas (16)
Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST	2021	<ul style="list-style-type: none"> • Departamento de Cardiologia Clínica da Sociedade Brasileira de Cardiologia 	Médicos (64) Não encontrado (5)

Fonte: Autora.

A publicação de diretrizes médicas tem por tradição a consulta a especialistas em determinado tema a fim de sistematizar evidências científicas atualizadas acerca de diagnósticos e tratamentos. No caso das referidas publicações, é importante salientar que a redação e publicação dos documentos analisados se faz como autoria coletiva – uma vez que é realizado por grupos de profissionais que pesquisam e/ou tem experiência clínica no tema. Os especialistas participantes estão filiados a hospitais, institutos especializados, entidades de ensino superior (centros universitários, universidades e faculdades), programas de pós-graduação, além de clínicas privadas e empresas de saúde.

Outro aspecto relevante dessa filiação institucional relaciona-se à presença de representantes das diferentes regiões do país, ainda que com um predomínio do eixo sul-sudeste. A região norte é representada apenas por um estado (Rondônia) e em apenas uma diretriz¹⁸. A região centro-oeste também apresenta menor representatividade – duas das cinco diretrizes^{18,19}, enquanto a região nordeste, embora de forma mais modesta que a região sul e sudeste, possui maior quantidade de filiados em dois dentre os documentos sujeitos a análise – dez dentre o total de estados filiados^{18,19}.

Elemento relevante ao debate, sobretudo do ponto de vista ético e da confiabilidade, está relacionado à presença de declaração de conflitos de interesse. Deste ponto de vista, deve-se destacar que todos os documentos apresentam seção específica destinada a publicizar a declaração de interesse de cada um dos participantes da publicação.

Apesar de não haver consenso com relação a definição de conflitos de interesses, sabe-se que toda relação entre pesquisadores e indústrias que tenha um objetivo secundário, com possibilidades de influenciar o objetivo primário, considera-se como a existência de conflitos de interesses²⁰.

Esta relação entre médicos, nutricionistas ou políticos com empresas, com interesses financeiros ou não, acabam se tornando um risco para as descobertas científicas ou elaboração de políticas públicas^{21,22}. Apesar de legal o estabelecimento de algumas parcerias entre empresas e comunidades científicas, esta interação pode estabelecer relações conflituosas e antagônicas entre o objetivo da empresa e o das instituições médico-científicas, que expõem riscos à saúde humana²³. Em contrapartida, a sociedade civil e o estímulo à participação social, principalmente no âmbito de ação política, podem ajudar as instâncias públicas na tomada de decisão em prol da saúde pública²⁴. Cabe aos responsáveis pelo poder público determinar qual das duas relações (indústrias/empresas privadas ou organizações da sociedade civil) serão incentivadas em seus governos.

Ao observar a profissão dos autores das diretrizes, é possível perceber que os especialistas são em sua maioria médicos, agregando poucos profissionais que compõem equipe multiprofissional para formar corpo de especialistas na elaboração destes documentos²⁵. Desta forma, temas que são mais discutidos entre profissionais de outras áreas, como o DHAA, podem se apresentar em menor evidência ao longo da elaboração do conteúdo da diretriz.

O realce dado à presença de nutricionistas dentre os autores deve-se ao fato de comumente ser atribuído a este profissional as atividades mais vinculadas ao cuidado relativo à alimentação e nutrição e, em consequência, possivelmente este é o profissional que tem mais acesso aos conteúdos de DHAA durante a graduação²⁶. É possível destacar o “Posicionamento sobre o Consumo de Gorduras e Saúde Cardiovascular”²⁷ como aquele que apresenta o maior quantitativo de profissionais nutricionistas, enquanto que a “Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial”¹⁸ é a que apresenta maior variedade de profissionais da área da saúde.

Quanto à estrutura dos documentos, destaca-se que são organizados de forma similar com apresentação introdutória de definições e conceitos, seguidas do apontamento de condutas com a apresentação das evidências. Não são todas que iniciam pelo item “Apresentação”, mas aquelas que o fazem descrevem como seus objetivos orientar profissionais de saúde no entendimento de um tema específico e “[...]transmitir as melhores informações disponíveis para aprimorar a prática clínica [...] prevenção e o tratamento” (p.168)²⁷ e trazer benefícios para médicos e pacientes e a “[...] uniformização de condutas para que os clínicos e laboratórios tenham segurança em suas ações, respaldados por evidências científicas” (n.p)²⁸.

Quanto à análise das referências bibliográficas, percebe-se a grande influência de estudos internacionais na elaboração de conteúdos referentes a alimentação e nutrição. Além disso, é possível destacar que a maioria das diretrizes utilizam como base diretrizes de órgãos e sociedades médicas internacionais e artigos de estudos epidemiológicos e clínicos^{18,19,27,28,29}. Estes estudos costumam ser considerados importantes devido ao peso de evidência científica e grau de recomendação que comportam nesses trabalhos, historicamente essenciais para auxiliar na prática clínica.

De forma hegemônica, a produção científica baseada na biomedicina ocidentalizada se reproduz nos campos de saber, com valorização do quantitativo e da objetividade^{30,31} em detrimento da produção científica holística, que não parte do mais específico para o geral, mas identifica diversas influências de padrões e comportamentos que convergem no específico³². Neste sentido, merece destaque o debate sobre iniciativas em curso que vem refletindo a relevância da descolonização da produção científica reivindicando a incorporação de conhecimento mais adequado e compreendendo a exigência de pensamento mais complexo para o enfrentamento do atual cenário de saúde. O termo “colonialidade” está relacionado

com “uma matriz ética, política, cognitiva e material predatória sobre a qual se erguem diferentes formas institucionais ao longo do tempo”³³. A produção de conhecimento, baseada em formas conservadoras e eurocêntricas de produção científicas mascaram preconceito com aqueles, antes conhecidos como povos colonizados, que desde o período de suas “descobertas” possuem sua própria forma de expressão de costumes, crenças e saberes^{30,33}. Diante disso, é evidente a existência de desafios frente a forma de produção das evidências científicas utilizadas pelas diretrizes clínicas, tornando-se foco para reconsiderações e ressignificados³².

É possível identificar referências nacionais que foram publicadas no mesmo período dos documentos analisados e que trazem conteúdo relevante para a prática clínica considerando as demais dimensões da alimentação, para além dos aspectos biológicos, inferindo sobre a SAN e o DHAA. Destacam-se nesse sentido, o Guia Alimentar para a População Brasileira³⁴ e a DicaBr³⁵, que enfatiza orientações para manter um padrão alimentar cardioprotetor, a partir de alimentos regionais brasileiros.

Estes documentos apresentam estratégias para a promoção da alimentação adequada e saudável para a população brasileira, contribuindo com o DHAA, visto que “aborda os princípios e as recomendações de uma alimentação adequada e saudável para a população brasileira, configurando-se como instrumento de apoio às ações de educação alimentar e nutricional no SUS e também em outros setores” (p.06)³⁴ e por “oferecer subsídios aos profissionais de saúde, 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” (p.07)³⁵.

Apenas um documento²⁷ traz como referência o Guia Alimentar para a População Brasileira, documento proposto pela PNAN como estratégia de promover SAN, favorecendo intersecções com conceitos e princípios do DHAA^{3,34}.

Outros documentos pertinentes à garantia do DHAA, como os relatórios do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA), não são mencionados em nenhuma das diretrizes e seu acesso pode ser oportuno na medida em que estes abordam a relação entre SAN e a DVCs, assim como alternativas para promover uma alimentação adequada e saudável. São exemplos o relatório “Prevenção e Controle da Obesidade”³⁶, que

deu origem a “Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade”³⁷ e “Políticas Públicas para Garantia da Alimentação Adequada e Saudável”³⁸.

Além disso, foram encontrados alguns artigos publicados na mesma época que as diretrizes que relacionam a inSAN e indiretamente, o não cumprimento do DHAA como fatores de risco para DCVs^{13,39,40,41}.

Existe, desta forma, a necessidade de incorporar produções científicas nacionais, que agregam conhecimento interdisciplinar e multiprofissional sobre a execução do DHAA no cuidado destinado às pessoas com DCVs abrindo espaço de diálogo para oportunizar a elaboração de diretrizes que considerem aspectos para além do olhar biologicista ocidental, trazendo à luz uma visão holística na produção de conhecimento envolvendo seres humanos.

O “nutricionismo” nosso de cada dia

Em evidência na atual conjuntura, o conceito de nutricionismo - ou o reducionismo nutricional - apresentado por Gyorgy Scrinis (2021)⁴², é uma chave de análise relevante para refletir de forma crítica os desafios e oportunidades para o diálogo entre o cuidado relativo à alimentação e nutrição descrito nas diretrizes e as dimensões do DHAA. Caracteriza-se o nutricionismo pela "ênfase redutiva na composição nutricional dos alimentos como forma de identificar o quanto eles são saudáveis, e por uma interpretação redutora do papel de tais nutrientes na saúde corporal" (p.25)⁴². Nas diretrizes, os aspectos ligados à alimentação e nutrição costumam ser abordados nos itens “Tratamento não medicamentoso” e/ou “Recomendações Alimentares”. Em alguns destes documentos percebe-se forte tendência na abordagem centrada no nutriente e apartada das questões relacionadas às demais dimensões da alimentação, como observado a seguir:

A substituição na dieta de ácidos graxos saturados por carboidratos pode elevar o risco de eventos cardiovasculares. (p 18)²⁸

[...] recomendam que se priorize o consumo de MONO e POLI, acrescido de um limite de ingestão de saturados, o que converge para as orientações da American Heart Association (AHA) quanto ao perfil lipídico recomendado para uma dieta saudável. (p 170)²⁷

Para isso, entre as medidas higieno-dietéticas, destacam-se: restrição do consumo de carboidratos, da sacarose e de ácidos graxos saturados ou trans [...] (p 67)²⁹

A interpretação do papel dos nutrientes fora do contexto dos alimentos se configura em uma visão reducionista da nutrição, uma vez que é sabido que determinado nutriente não é consumido de forma isolada em um alimento. Além disso, existem outros fatores determinantes para o consumo de alimentos como padrões alimentares e contextos sociais distintos⁴².

A visão do alimento, de forma rasa, pelos seus nutrientes estimula a dimensão biologicista/medicalizante da alimentação que tem como costume reforçar as ações “benéficas ou maléficas” dos nutrientes - ou, como diz Scrinis (2021)⁴² a recorrente dicotomia entre bom *versus* ruim. Isso reforça que um alimento isolado, rico em determinados nutrientes, popularmente chamado de “alimento funcional”, pode ser considerado “alimento saudável”, enquanto aqueles ricos em gorduras e carboidratos, independente de seu contexto alimentar, são chamados de “alimentos não saudáveis”⁴³.

Desta forma, a elaboração de conhecimento científico para orientar sobre o cuidado nutricional, pautado apenas nos nutrientes, para prevenção de doenças que são multifatoriais, como as DCVs, é controverso e ineficaz, favorecendo desinformação para a população leiga e demais profissionais da área⁴² o que não contribui para determinar sistemas e padrões alimentares saudáveis ou de risco para o desenvolvimento de DCNTs e DCVs^{34,44}.

Também vale discutir que parte dos documentos analisados utilizam a descrição de recomendação classificada por grupos de alimentos como: grãos, hortaliças, frutas, carboidratos, gorduras e proteínas.

É recomendada uma dieta padrão que enfatiza a ingestão de vegetais, frutas, grãos integrais, leguminosas, fontes de proteínas saudáveis (produtos lácteos, aves com baixo teor de gordura [sem pele], peixe/frutos do mar e nozes) e óleos vegetais não tropicais. Deve-se evitar a ingestão de doces, bebidas açucaradas e o próprio açúcar, além do excesso de carnes vermelhas.(p 236)¹⁹

O uso de grupos de alimentos pode ser reflexo da primeira edição do Guia Alimentar para a População Brasileira⁴⁵, onde a pirâmide alimentar é o centro da orientação nutricional. Neste instrumento ocorre a separação em grupos alimentares, tendo como critério a composição de nutrientes a partir de suas funções nutricionais (carboidratos complexos e simples, proteína e gorduras) para categorização de cada alimento⁴⁵.

Entretanto, com o advento da classificação NOVA⁴⁶, presente na segunda edição do Guia Alimentar e demais estudos que reforçam sua relevância^{47,48,49}, foi observado que em um

mesmo grupo de alimentos que aparentemente possuem mesma função nutricional ou biológica, há a presença de formulações alimentícias com combinação de ingredientes que estão relacionados com o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), inclusive DCVs⁵⁰, não se tornando interessante o estímulo de consumo.

Além disso, as orientações na segunda edição do Guia exploram mais as outras dimensões da alimentação quando comparado com o Guia anterior, uma vez que estimula o ato de cozinhar, de consumir alimentos regionais e de produtores locais, além da comensalidade, e o ato de cozinhar como ancestralidade⁵¹. Tais aspectos podem ser espelhados no DHAA com relação ao conceito de adequação e ao princípio de dignidade humana, por ampliar a visão do conceito de saúde, que não é atrelado apenas ao biológico, mas a outras dimensões que estão ligadas à complexidade humana⁵².

Observa-se que a restrição calórica é enfatizada pelas recomendações, visto que diversas referências elencam o sobrepeso e a obesidade como um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de DCVs⁵³.

A dieta recomendada para a prevenção pós-IAM é a da AHA com restrição calórica variável, de acordo com o IMC [...] (p 70)²⁹

Apesar do seu papel determinante no risco cardiovascular, estas condições são multifatoriais, possuindo diversas formas de manejo, além da restrição calórica^{54,55}. Diversos documentos evidenciam que o sobrepeso e obesidade é uma condição complexa, que está relacionada à implementação de políticas públicas sociais e de saúde efetivas^{3,37,44,56}.

Nos trechos destacados abaixo, é possível observar que os dois tratam sobre a mudança do estilo de vida e o incentivo à alimentação saudável na perspectiva individual, com responsabilização das pessoas sobre os hábitos alimentares e práticas de atividades físicas.

A mudança no estilo de vida, focada na prevenção do risco cardiovascular, impacta diretamente na incidência do IAM. (p 70)²⁹

O padrão alimentar deve ser resgatado por meio do incentivo à alimentação saudável, juntamente da orientação sobre a seleção dos alimentos, o modo de preparo, a quantidade e as possíveis substituições alimentares, sempre em sintonia com a mudança do estilo de vida. (p 18)²⁸

Percebe-se que não há menção a respeito dos aspectos culturais, sociais e econômicos na promoção de um estilo de vida saudável assim como não há problematização do próprio

uso do termo “estilo de vida” nos documentos, caracterizado como a construção de comportamentos de maneira individual, baseado na abordagem sobre risco epidemiológico, reforçando a culpabilização daqueles que assumem estes modos, ignorando os determinantes sociais em saúde que contribuem para construção destes comportamentos⁵⁷.

Referências nacionais como o Guia Alimentar e a DicaBr ressaltam a importância de respeitar os hábitos culturais e contexto social dos indivíduos para a promoção de uma alimentação adequada e saudável e para promoção de uma alimentação cardioprotetora, além de citar sobre a necessidade de responsabilização do poder público para implementação de políticas públicas vislumbrando sistemas alimentares saudáveis^{34,35}.

Diante dos desafios encontrados relacionados ao cuidado relativo à alimentação e nutrição nas diretrizes clínicas, como abordar aspectos centrados no alimento, regionalidade, cultura e acesso físico e econômico às orientações alimentares pertinentes às pessoas com DCVs, problematizar a forma como a alimentação adequada e saudável é promovida nestes documentos se torna uma oportunidade de incorporação da ótica centrada no alimento e nos determinantes sociais que dialogam com os conceitos e princípios do DHAA.

Oportunidades para a abordagem do DHAA nas Diretrizes

As duas edições do Guia Alimentar para a População Brasileira reconhecem que a alimentação deriva de práticas alimentares associadas a significados sociais e culturais^{34,45}. A edição mais recente adotou a classificação de alimentos NOVA⁴⁶ e deu centralidade às "refeições tradicionais e preparações culinárias brasileiras"⁵¹. Ela apresenta como regra de ouro: “Prefira sempre alimentos in natura ou minimamente processados e preparações culinárias a alimentos ultraprocessados”³⁴.

Observa-se que em parte das diretrizes, ainda que mantenham orientações fortemente vinculadas à redução calórica, passaram a incluir termos como: “preferências individuais e culturais” (p 194)²⁷, “padrões culturais” (p 236)¹⁹ e “aspectos socioeconômicos e culturais” (p 530)¹⁸. Compreende-se nesse sentido, oportunidades de inserção dos debates acerca da adequação que considere a diversidade das práticas alimentares da população brasileira.

A incorporação da individualização do cuidado relativo à alimentação e nutrição é expressa em ao menos duas diretrizes. Este aspecto pode representar oportunidade para a

incorporação das diversidades culturais, regionais, geracionais e outras que permitam abordagens mais atentas à “adequação” e “aceitabilidade”.

A composição nutricional da dieta deve ser ajustada de acordo com os objetivos propostos para cada indivíduo, considerando as necessidades calóricas e preferências individuais e culturais. (p. 194)²⁷

Devem ser levados em conta os aspectos socioeconômicos e culturais para que ocorra adesão a determinado tipo de recomendação alimentar (p. 530)¹⁸

Destaca-se na redação das diretrizes sobre hipertensão arterial e consumo de gorduras^{18,27} a importância da leitura dos rótulos para conhecer e reconhecer os ingredientes de determinado alimento; eles também reforçam a necessidade de ensinar os indivíduos a leitura dos rótulos dos alimentos; recomendam respeitar aspectos individuais e culturais no momento da intervenção nutricional e citam a importância de medidas governamentais para garantir conhecimento adequado sobre os alimentos.

A redução no consumo de sal na população brasileira continua sendo prioridade de saúde pública, mas requer um esforço combinado entre indústria de alimentos, governos nas diferentes esferas e público em geral, já que 80% do consumo de sal envolve aquele contido nos alimentos processados (p. 531)¹⁸

[...]a adequada rotulagem dos alimentos torna-se fundamental para os processos de educação nutricional e liberdade de escolha do consumidor (p. 194)²⁷

A partir do exposto, abre para discussão a valorização do acesso à informação sobre os alimentos consumidos e de responsabilização de governos sobre acesso e disponibilidade de informações sobre os alimentos disponíveis para aquisição e consumo. Estratégias estas relacionadas com os princípios de “apoderamento” e “responsabilização”^{16,17}.

Outra parte, no entanto, desloca a responsabilidade para o consumidor, numa abordagem que permite reafirmar o direito de escolha, posicionando-o como agente ativo em determinar suas escolhas a partir do acesso à informação. Mais uma vez, tornando-se oportunidade de relacionar os princípios de “participação” e “apoderamento”, observados a partir destes trechos.

Dessa forma, é importante que o consumidor seja orientado para identificar a presença de gordura trans na lista de ingredientes, de modo a evitar o consumo dos alimentos nos quais estejam contidos (p. 194)²⁷

Uma parte da estratégia para reduzir o sal é ler os rótulos nutricionais de todos os alimentos e escolher aqueles com baixo teor de sal (cloreto de sódio) e outras formas de sódio, destacando-se o consumo de vegetais frescos, congelados ou enlatados “sem adição de sal” e o uso de ervas, especiarias e misturas de temperos sem sal para cozinhar e à mesa (p. 563)¹⁸

Apesar de a legislação brasileira referente a rotulagem de alimentos ainda precisar de revisões⁵⁸, atualmente ela vem demonstrando a criação de novas medidas priorizando facilitar o acesso à informação aos consumidores, favorecendo na tomada de decisão nas suas escolhas alimentares⁵⁹. O conhecimento sobre a composição do alimento, a segurança quanto a ingestão de nutrientes, são questões importantes para auxiliar em escolhas alimentares mais conscientes, auxiliando na manutenção da saúde⁵⁸ e para apoderar o consumidor e fortalecer os conceitos de soberania e SAN, um dos instrumentos utilizados para a garantia do DHAA⁶⁰.

Caminhos, pontes e lacunas para a incorporação do DHAA nas Diretrizes

Diante da discussão realizada a partir da análise documental das diretrizes clínicas destacadas neste trabalho, foi possível elaborar um quadro (quadro 3) que apresenta de forma sistematizada quais diretrizes e seus trechos apresentam alinhamento com os conceitos intrínsecos e princípios do DHAA.

Quadro 3. Conceitos intrínsecos e princípios do DHAA identificados nas diretrizes da SBC.

	Diretrizes
Conceitos intrínsecos	Posicionamento sobre o Consumo de Gorduras e Saúde Cardiovascular
Adequação	A composição nutricional da dieta deve ser ajustada de acordo com os objetivos propostos para cada indivíduo, considerando as necessidades calóricas e preferências individuais e culturais. (p 194) ²⁷
Aceitabilidade	A quantidade de gorduras das carnes varia em função do tipo de corte, sendo assim, cortes magros, como lombo e filé mignon suíno, apresentam teor de gorduras saturadas similar a cortes bovinos comumente recomendados como patinho e alcatra (Figura 3), possibilitando ampliação das opções de consumo de alimentos fonte de proteínas na alimentação com enfoque cardioprotetor. (p 194) ²⁷

Conceitos intrínsecos	Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial
Acessibilidade	Devem ser levados em conta os aspectos socioeconômicos e culturais para que ocorra adesão a determinado tipo de recomendação alimentar.(p 530) ¹⁸
Conceitos intrínsecos	Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST
Adequação	Esse padrão alimentar deve ser ajustado para requisitos calóricos apropriados, padrões culturais, preferências alimentares e terapia nutricional para outras condições, incluindo diabetes. (p 236) ¹⁹
Princípios	Posicionamento sobre o Consumo de Gorduras e Saúde Cardiovascular
Apoderamento	[...]a adequada rotulagem dos alimentos torna-se fundamental para os processos de educação nutricional e liberdade de escolha do consumidor. (p 194) ²⁷
	Dessa forma, é importante que o consumidor seja orientado para identificar a presença de gordura trans na lista de ingredientes, de modo a evitar o consumo dos alimentos nos quais estejam contidos. (p 194) ²⁷
Princípios	Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial
Participação	Uma parte da estratégia para reduzir o sal é ler os rótulos nutricionais de todos os alimentos e escolher aqueles com baixo teor de sal (cloreto de sódio) e outras formas de sódio, destacando-se o consumo de vegetais frescos, congelados ou enlatados “sem adição de sal” e o uso de ervas, especiarias e misturas de temperos sem sal para cozinhar e à mesa. (p 563) ¹⁸
Responsabilização	Mais do que depender de adesão individual à restrição de sódio, que diminui a longo prazo, estão em andamento iniciativas governamentais junto à indústria alimentícia para reduzir o teor de sódio dos alimentos. (p 563) ¹⁸

Fonte: Autora.

É destacado a ausência de trechos que fazem alusão aos princípios e conceitos do DHAA em duas diretrizes^{28,29}, podendo ser justificado através das referências utilizadas sobre alimentação e nutrição para a elaboração destes documentos, prevalecendo pesquisas clínicas e epidemiológicas com ausência de um olhar holístico na elaboração de pesquisas que

envolvem seres humanos. Além disso, estas diretrizes também se configuram como as menos recentes e com menor variação de profissionais em sua elaboração.

Entretanto, é importante questionar a ausência de outras referências já presentes no período da elaboração de todos os documentos, tais como o Guia Alimentar e os relatórios do CONSEA, que elenca a alimentação adequada e saudável como estratégia de prevenção de doenças cardiovasculares e que são pautadas na garantia da alimentação adequada e saudável, à luz do DHAA^{16,34,36,38}.

Desta forma, entendendo o papel das Diretrizes Clínicas no cuidado de pessoas com DCVs, torna-se fundamental a incorporação a ótica do DHAA. Não obstante, é necessário ressaltar a importância do interesse dos setores públicos para que haja governança pautada em sistemas alimentares mais saudáveis e sustentáveis, frente aos desafios encontrados diante da pandemia global vivenciada nos tempos atuais⁴⁴.

Proporcionar maior participação de especialistas em Saúde Pública ou em SAN na elaboração do corpo editorial das diretrizes pode ser uma das alternativas para introduzir conteúdos pertinentes sobre SAN e DHAA nestes documentos, visto que as evidências relacionadas ao assunto estão sendo produzidas e cada vez mais a inSAN e as iniquidades geradas pela não execução do DHAA possuem protagonismo no desenvolvimento de doenças, em especial, as doenças cardiovasculares.

Este estudo apresenta como limitações a falta de análise de todas as partes dos documentos selecionados e a compreensão do contexto do processo de construção de conhecimento em torno dos temas tratados nas diretrizes da SBC, ou seja, não considerar nas análises os eventos científicos e outros debates realizados durante o processo de elaboração.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da análise realizada, os princípios de “apoderamento”, “participação” e “responsabilização” assim como conceitos de “adequação” e “aceitabilidade”, são os aspectos presentes nas diretrizes e seriam as oportunidades relacionadas à implementação do DHAA no cuidado relativo à alimentação e nutrição nestes documentos. Desafios estariam relacionados ao reconhecimento das iniquidades e injustiças alimentares e a inserção, no conteúdo das diretrizes, conceitos e princípios de “disponibilidade”, “acessibilidade”,

“estabilidade”, “dignidade” e “não-discriminação” - sobretudo em contexto de crise como o atual.

Além disso, trazer à tona aspectos relacionados à produção científica atual, a culpabilização do indivíduo diante de seus determinantes sociais em saúde e o reducionismo da nutrição dá oportunidade de problematizar a forma de produção de conhecimento e como são conduzidos os estudos que envolvem seres humanos e todas as dimensões envolvidas na execução do DHAA no contexto das DCVs.

Sendo assim, introduzir os conceitos intrínsecos do DHAA e os seus princípios na elaboração de diretrizes clínicas, que são referências para os profissionais que atuam na área, se torna essencial visto o atual cenário encontrado no Brasil, onde a maioria da população sofre de algum grau de insegurança alimentar e as DCVs compõem o ranking de doenças de maior mortalidade no Brasil e no mundo. Além disso, adicionar conceitos do DHAA nestes documentos reforça que ele é indivisível, interdependente e que todo ser humano deve acessá-lo.

FONTES DE FINANCIAMENTO

As autoras declaram não haver qualquer instituição ou entidade como patrocinadora deste trabalho, possuindo, desta forma, nenhuma fonte de financiamento.

CONFLITOS DE INTERESSE

As autoras deste artigo declaram não possuir quaisquer conflitos de interesse durante a elaboração deste trabalho.

COLABORADORES

A concepção do tema, análise e interpretação de dados foi realizada pelas autoras C.M.S e J. P. C. A redação do artigo foi realizada majoritariamente pela autora C. M. S. com contribuições e correções para a versão final do trabalho realizada pelas autoras J. P. C. e E. C. R. A aprovação final para a versão publicada passou pelo crivo das três autoras do presente artigo. A responsabilidade por todos os aspectos do trabalho, inclusive a garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra foi atendida por todas as autoras.

REFERÊNCIAS

1. INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). **Clinical practice guidelines: directions for a new program**. Washington DC: National Academies Press; 1990.
2. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC). Disponível em <<https://www.portal.cardiol.br/>>. Acesso em 15 de maio de 2022.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
4. ALPINO, T. M. A. et al. COVID-19 e (in)segurança alimentar e nutricional: ações do Governo Federal brasileiro na pandemia frente aos desmontes orçamentários e institucionais. **Cad. Saúde Pública**, 36(8):e00161320, 2020
5. PENSSAN. VIGISAN 2021: Inquérito Nacional de Insegurança Alimentar e COVID-19 2021. Disponível em: <http://olheparaafome.com.br/VIGISAN_Inseguranca_alimentar.pdf>. Acesso em: 25 de março de 2022.
6. PENSSAN. VIGISAN 2020: Inquérito Nacional de Insegurança Alimentar e COVID-19 2020. Disponível em: <http://olheparaafome.com.br/VIGISAN_Inseguranca_alimentar.pdf>. Acesso em: 25 de março de 2022.
7. ACT - Promoção da Saúde. Dinâmica e diferenças dos preços dos alimentos saudáveis e ultraprocessados no Brasil. Disponível em <<https://actbr.org.br/post/relatorio-por-que-a-comida-saudavel-esta-cada-vez-mais-longe-da-mesa-dos-brasileiros/19121/>>. Acesso em: 20 de março de 2023.
8. BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa de orçamentos familiares 2017-2018: análise da segurança alimentar no Brasil**. IBGE, Rio de Janeiro, 2020.
9. SOUZA, L. R. M.; DITTERICH, R. G.; MELGAR-QUINÓNEZ, H. A pandemia de Covid-19 e seus entrelaçamentos com desigualdade de gênero, insegurança alimentar e apoio social na América Latina. **Interface**, 25 (Supl. 1): e200651, 2021.
10. ACT - Promoção da Saúde. Nota Técnica ACT nº3: Por uma reforma tributária a favor da saúde. Disponível em: <<https://actbr.org.br/post/nota-tecnica-03-por-uma-reforma-tributaria-a-favor-da-saude/19469/>>. Acesso em 05 de abril de 2023.
11. MARTINEZ STEELE et al. Potential reductions in ultra-processed food consumption substantially improve population cardiometabolic – related dietary nutrient profiles in eight countries. **Nutr. Met. and Cardiovas. Disease**, 2022.
12. SANTOS, A. L. B.; GUBERT, M. B.; DEUS, A. C. S. A insegurança alimentar grave está associada a fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis e doença cardiovascular no Distrito Federal. **Demetra**; 2016; 11(4); 1017-1029.

13. SUN, Y. et al. Food Insecurity Is Associated With Cardiovascular and All-Cause Mortality Among Adults in the United States. **J Am Heart Assoc.** 2020.
14. CELLARD, A. A análise documental. In: POUPART, J.; et.al. A Pesquisa Qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis, RJ: Vozes. Tradução Ana Cristina Nasser. 2014
15. SOUZA, C. M. **Direito Humano à Alimentação Adequada nas doenças cardiovasculares: construção de um caderno temático.** Dissertação (Mestrado em Segurança Alimentar e Nutricional), Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), Rio de Janeiro, p. 85. 2015.
16. BURITY, V. T. A. et al. **Direito humano à alimentação adequada no contexto da segurança alimentar e nutricional.** Brasília, DF: ABRANDH, 2010.
17. BURITY, V. T. A.; ROCHA, N. C. **Informe Dhana 2021 [livro eletrônico]:** pandemia, desigualdade e fome. Brasília, DF: FIAN Brasil, 2021
18. BARROSO, W. K. S. et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. **Arq Bras Cardiol.** 116(3):516-658, 2021.
19. NICOLAU, J. C. et al. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST – 2021. **Arq Bras Cardiol.** 117(1):181-264, 2021.
20. NASCIMENTO, M. L.; LORENZO, C.; SANCHEZ, M. N. Ensaio clínico em congressos médicos: estudo sobre conflito de interesses. **Rev. Bioét.** 30(2):325-326, 2022.
21. PEREIRA, T. N.; NASCIMENTO, F. A.; BANDONI, D. H. Conflito de interesses na formação e prática do nutricionista: regulamentar é preciso. **Ciência & Saúde Col.** 21(12):3833-3844, 2016.
22. MARIATH, A. B.; MARTINS, A. P. B. Atuação da indústria de produtos ultraprocessados como um grupo de interesse. **Rev Saude Publica.** 54(107):1-10, 2020.
23. PALMA, A. et al. Conflitos de interesse na “guerra” contra a obesidade: é possível servir a dois senhores? **Saúde Soc. São Paulo.** 23(4):1262-1274, 2014.
24. BURLANDY, L. et al. Políticas de promoção da saúde e potenciais conflitos de interesses que envolvem o setor privado comercial. **Ciência & Saúde Col.** 21(6):1809-1818, 2016.
25. ROHDE, L.E.P. et al. Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda. **Arq. Bras. Cardiol.** 111 (3): 436-539, 2018.
26. LISBOA, C. M. P; FONSECA, A. B. Abordagem de segurança alimentar nutricional nos currículos das universidades federais brasileiras: principais enfoques. **Saúde Soc. São Paulo,** 29 (3): 1 - 13, 2020.

27. IZAR, M. C. O. et al. Posicionamento sobre o Consumo de Gorduras e Saúde Cardiovascular – 2021. **Arq Bras Cardiol.** 116(1):160-212, 2020.
28. FALUDI, A. A. et al. Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose – 2017. **Arq Bras Cardiol.** 109(2Supl.1):1-76, 2017.
29. PIEGAS, L. S. et al. V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST. **Arq Bras Cardiol.** 105(2):1-105, 2015
30. SEVALHO, G. Contribuições das críticas pós-colonial e decolonial para a contextualização do conceito de cultura na Epidemiologia. **Cad. Saúde Pública.** 38(6): 1-14, 2022.
31. OLIVEIRA, E. S. O Pensamento de Fronteira de Carolina Maria de Jesus. **Psicologia: Ciência e Profissão.** 40:1-12, 2020.
32. FARDET, A.; ROCK E. Toward a new philosophy of preventive nutrition: from a reductionist to a holistic paradigm to improve nutritional recommendations. **Adv Nutr.** 5(4):430-446, 2014.
33. GONÇALVES, L. A. P. et al. Saúde coletiva, colonialidade e subalternidades – uma (não) agenda? **Saúde Debate.** 43 (8): 160-174, 2019.
34. BRASIL. **Guia alimentar para a população brasileira.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.
35. BRASIL. Ministério da Saúde. **Alimentação Cardioprotetora:** manual de orientações para os profissionais de saúde da Atenção Básica. Hospital do Coração. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018
36. BRASIL. Câmara Interministerial em Segurança Alimentar e Nutricional. **E.M. nº 008-2012/CONSEA: Plano Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade.** Brasília, 2012.
37. BRASIL. Câmara Interministerial em Segurança Alimentar e Nutricional. **Estratégia intersetorial de prevenção e controle da obesidade:** promovendo modos de vida e alimentação adequada e saudável para a população brasileira. Brasília: CAISAN, 2014b.
38. BRASIL. Câmara Interministerial em Segurança Alimentar e Nutricional. **E.M. nº 004-2015/CONSEA: Políticas Públicas para a Garantia da Alimentação Adequada e Saudável.** Brasília, 2015a.
39. NILSON, E. A. F. et al. Estratégias para redução do consumo de nutrientes críticos para a saúde: o caso do sódio. **Cad. Saúde Pública.** 37(1):2-12, 2021.
40. VASCONCELOS, S. M. L. et al. Insegurança Alimentar em Domicílios de Indivíduos Portadores de Hipertensão e/ou Diabetes. **Intern. Journal of Cardiovasc. Sciences.** 28(2):114-121, 2015.

41. LIU, Y. & EICHER-MILLER, H. A. Food Insecurity and Cardiovascular Disease Risk. **Current Atherosclerosis Reports** ,23(24):, 2020.
42. SCRINIS, G. **Nutricionismo: a ciência e a política do aconselhamento nutricional** (tradução: Juliana Leite Arantes). São Paulo: Elefante, 2021.
43. BURLANDY, L. et al. Reflexões sobre ideias e disputas no contexto da promoção da alimentação saudável. **Cad. Saúde Pública**. 37 (suplem.): 1-20, 2021.
44. SWINBURN, B. A. et al. The global Syndemic of obesity, Undernutrition, and climate change: the lancet commission report. **Lancet**, 393(10173): 791-846, 2019.
45. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável**. Brasília : Ministério da Saúde, 2008.
46. MONTEIRO, C. A. et al. A new classification of foods based on the extent and purpose of their processing. **Cad. Saúde Pública**. 26 (11): 2039-2049, 2010.
47. KELLY, B.; JACOBY, E. Public Health Nutrition special issue on ultra-processed foods. **Public Health Nutrition**. 21(1):1-4, 2017.
48. LOUZADA, M. L. C. et al. The share of ultra-processed foods determines the overall nutritional quality of diets in Brazil. **Public Health Nutrition**: 21(1):94-102, 2017.
49. STEELE, E. M. et al. The share of ultra-processed foods and the overall nutritional quality of diets in the US: evidence from a nationally representative cross-sectional study. **Population Health Metrics** 15(6):1-11, 2017.
50. RAUBER, F. et al. Ultra-Processed Food Consumption and Chronic Non-Communicable Diseases-Related Dietary Nutrient Profile in the UK (2008-2014). **Nutrients**. 10(587): 1-13, 2018.
51. OLIVEIRA, M. M. S.; AMPARO-SANTOS, L. S. Guias alimentares para a população brasileira: uma análise a partir das dimensões culturais e sociais da alimentação. **Ciência & Saúde Coletiva**. 25(7): 2519 - 2528, 2020.
52. AGUIAR, O. B.; PADRÃO, S. M. Direito humano à alimentação adequada: fome, desigualdade e pobreza como obstáculos para garantir direitos sociais. **Serv. Soc. Soc.** 143: 121-139, 2022.
53. DIAS, P. C et al. Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, 33(7), 2017.
54. WHARTON, S. et al. Obesity in adults: a clinical practice guideline. **CMAJ**, 192 (31): E875-E891, 2020.
55. PEPE, R. B. et al. **Posicionamento sobre o tratamento nutricional do sobrepeso e da obesidade** : departamento de nutrição da Associação Brasileira para o estudo da obesidade e da síndrome metabólica (ABESO - 2022). São Paulo : Abeso, 2022.

56. OPAS (Organização Pan-americana da Saúde). **Obesidade como fator de risco para morbidade e mortalidade: evidências sobre o manejo com medidas não medicamentosas**. Brasília: OPAS/OMS, 2016.
57. MADEIRA, F. D. et al. Estilos de vida, habitus e promoção da saúde: algumas aproximações. **Saúde Soc.**, 27 (1): 106-115, 2018.
58. FERREIRA, A. B.; LANFER-MARQUEZ, U. M. Legislação brasileira referente à rotulagem nutricional de alimentos. **Rev. Nutr.** 20 (1): 83-93, 2007.
59. ANVISA. Rotulagem nutricional: novas regras entram em vigor em 120 dias. Disponível em <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2022/rotulagem-nutricional-novas-regras-entram-em-vigor-em-120-dias>. Acesso em 25 de outubro de 2022.
60. ALBUQUERQUE, M. F. M. A segurança alimentar e nutricional e o uso da abordagem de direitos humanos no desenho das políticas públicas para combater a fome e a pobreza. **Rev. Nutr.**, 22(6):895-903, 2009.

5.2 Artigo 2: O nutricionista como formador de nutricionistas: uma ótica sobre o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) e o cuidado de pessoas com cardiopatias.

RESUMO:

Este artigo tem como objetivo descrever as práticas relacionadas ao cuidado relativo à alimentação e nutrição, identificando oportunidades para incorporação da ótica do DHAA na formação do nutricionista. Foi realizado um estudo qualitativo a partir da técnica de observação participante. O trabalho de campo foi realizado em um ambulatório especializado de cardiologia que atende usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). O período da observação foi entre os meses de setembro e outubro de 2022 e os sujeitos da observação foram nutricionistas e estagiários estudantes de nutrição. É oportuno destacar estratégias de EAN na perspectiva de abordar dimensões da alimentação referente a aspectos como os sociais, culturais e regionais, no que concerne à promoção da alimentação adequada e saudável. Ademais, destaca-se a atuação dos nutricionistas frente aos conceitos do DHAA, onde a adequação, disponibilidade e aceitabilidade foram elementos encontrados durante os atendimentos. Entretanto, a manutenção da visão biológica e reducionista da nutrição se torna um obstáculo para incorporação do cuidado ampliado em nutrição. Conclui-se que estimular nestes espaços uma visão mais ampliada da saúde e das dimensões da alimentação que se relacionam com o DHAA, pode contribuir para aproximar tais elementos, importantes à formação do nutricionista.

Palavras-chave: Direito à Alimentação, Doenças Cardiovasculares, Integralidade em Saúde.

ABSTRACT

This article aims to describe practices related to care related to food and nutrition, identifying opportunities for incorporating the DHAA perspective in nutritionist training. A qualitative study was carried out using the participant observation technique. Fieldwork was carried out in a specialized cardiology outpatient clinic that serves users of the Unified Health System (SUS). The observation period was between September and October 2022 and the observation subjects were nutritionists and nutrition student interns. It is opportune to highlight EAN strategies from the perspective of addressing dimensions of food related to aspects such as social, cultural and regional, with regard to the promotion of adequate and healthy food. In addition, the performance of nutritionists in relation to the concepts of DHAA is highlighted, where adequacy, availability and acceptability were elements found during the consultations. However, maintaining the biological and reductionist view of nutrition becomes an obstacle to the incorporation of expanded care in nutrition. It is concluded that encouraging a broader view of health and the dimensions of food that are related to DHAA in these spaces can contribute to bringing together such elements, which are important for nutritionist education.

Key-words: Adequate Food, Cardiovascular Diseases, Integrality in Health.

INTRODUÇÃO

A alimentação adequada constitui direitos humanos definidos pelo Comentário Geral nº 12 referente ao Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais - PIDESC (1966) (Comentário Geral nº 12, p. 2) e no Brasil é garantido pela constituição, sendo um direito do cidadão, dever do estado e responsabilidade da sociedade (BRASIL, 2010).

O cuidado relativo à alimentação e nutrição, previsto pela Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) tem como finalidade o diagnóstico, vigilância nutricional, orientações alimentares específicas, além de promoção da alimentação adequada e saudável e educação alimentar e nutricional (BRASIL, 2013). Esta política, que determina o cuidado relacionados à alimentação e nutrição no Brasil, descreve sobre a organização da atenção nutricional nos pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo a atenção básica a porta de entrada (BRASIL, 2013).

Entretanto, a partir das necessidades dos usuários, outros pontos da RAS podem ser utilizados, como o de serviços especializados, contribuindo para o cuidado integral em saúde através da intersetorialidade (BRASIL, 2013).

No que concerne o cuidado respeitando demandas específicas em saúde, é evidente a importância das Doenças Cardiovasculares (DCVs) tendo em vista sua presença elevada na população brasileira, compondo o ranking de doenças de maior prevalência e mortalidade no Brasil e no mundo (BRASIL, 2018). Ademais a estes aspectos, se torna relevante o cuidado de pessoas com DCVs em virtude da relação existente sobre a insegurança alimentar (IA), aumento do consumo de alimentos ultraprocessados, dificuldade de acesso econômico aos alimentos saudáveis e o desenvolvimento de doenças cardiometabólicas como diabetes, dislipidemias e as DCVs propriamente ditas, aspectos dos quais infringem o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) (ACT - promoção da saúde, 2023; PENSSAN, 2022; BRASIL, 2020; MARTINEZ STEELE et al, 2022; SANTOS; GUBERT; DEUS, 2016; SUN, Y. et al., 2020).

Torna-se importante, desta forma, pensar em estratégias que incluam nos ambientes de atendimento especializado a esta população conhecimento pertinente sobre Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) e DHAA. Apesar da Diretriz Nacional Curricular (DCN) incluir na formação do nutricionista seu papel como promotor da alimentação adequada a

partir de estratégias de SAN e como portador de obrigação frente a exigibilidade do DHAA (CFN, 2023), o Projeto Pedagógico (PP) dos cursos de nutrição nem sempre refletem o previsto na DNC, tornando-se um parâmetro difícil de mensurar na prática (LISBOA; FONSECA, 2020).

Neste sentido, este artigo tem como objetivo descrever as práticas relacionadas ao cuidado relativo à alimentação e nutrição, identificando oportunidades para incorporação da ótica do DHAA na formação do nutricionista.

CAMINHO METODOLÓGICO

Foi realizado um estudo qualitativo a partir da técnica de observação participante com registro sistemático em diário de campo (FERNANDES; MOREIRA, 2013). O trabalho de campo foi realizado em um ambulatório especializado em Cardiologia Hipertensiva, Lípides e Biologia Vascular que atende usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) acompanhados a partir de assistência médica especializada e atendimento nutricional. Os pacientes são encaminhados através de especialidades médicas de um hospital escola e também da Central de Regulação de Ofertas e Serviços de Saúde (CROSS) do estado de São Paulo.

Os nutricionistas que atuam neste ambulatório costumam ser alunos de mestrado, doutorado ou ex-residentes, possuindo ou não vínculo com a instituição, totalizando um corpo de 17 profissionais, que atuam voluntariamente. Participam do processo de atendimento, de maneira supervisionada, estagiários estudantes de nutrição.

A observação foi realizada pela pesquisadora entre os meses de setembro e outubro de 2022, durante as atividades curriculares de residência multiprofissional. Além da observação do cotidiano de atendimento, destacam-se como oportunidades de observação os momentos de apresentação do ambulatório e treinamento inicial sobre as rotinas, além das reuniões específicas deste setor.

Acerca do referencial teórico utilizado para guiar a observação frente a ótica do DHAA, foi utilizado quadro proposto por Souza (2023) (quadro 1), onde sintetiza alguns dos conceitos intrínsecos do DHAA, a partir de referências nacionais (BURITY et al., 2010; BURITY; ROCHA et al., 2021).

Quadro 1. Conceitos intrínsecos do DHAA

Conceitos intrínsecos	Definição
Disponibilidade	oferta em quantidade e qualidade suficiente para satisfazer as necessidades dietéticas das pessoas, livre de substâncias adversas e aceitável para uma dada cultura.
Aceitabilidade	cultural ou do consumidor implica, também, a necessidade de tomar-se em consideração, tanto quanto possível, valores que não estão ligados à valorização do conteúdo nutricional do alimento, mas sim estão ligados ao alimento, em si, ou ao seu consumo, e a preocupações do consumidor bem informado sobre a natureza do suprimento de alimentos disponíveis
Adequação	dos alimentos disponíveis, do ponto de vista cultural, nutricional, dentro dos padrões higiênico-sanitários, com ausência de substâncias nocivas, para que seja possível o alcance do bem estar nutricional.
Acessibilidade	Econômica: custos financeiros, pessoais e familiares, associados com a aquisição de alimento para uma determinada dieta, deveriam ser de tal ordem que a satisfação de outras necessidades básicas não fique ameaçada ou comprometida. Física: significa que uma alimentação adequada deve ser acessível a todos, inclusive aos indivíduos fisicamente vulneráveis, tal como crianças até seis meses de idade e crianças mais velhas, pessoas idosas, os deficientes físicos, os doentes terminais e pessoas com problemas médicos persistentes
Estabilidade	a disponibilidade e a acessibilidade devem ter garantia que o seu fornecimento será de maneira estável e permanente

Fonte: SOUZA, 2023

O trabalho foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) sob CAAE nº 61233122.7.3001.5505 e da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) sob CAAE nº 61233122.7.0000.5285. Este artigo integra dissertação de mestrado profissional desenvolvida no Programa de Pós-graduação em Segurança Alimentar e Nutricional da UNIRIO (PPGSAN/UNIRIO).

O papel do nutricionista na formação de nutricionistas

Na perspectiva do ambulatório em questão, que atua como um espaço de formação dos estagiários de nutrição, é importante destacar o papel do nutricionista como agente de transformação e influenciador. O profissional nutricionista, ao final de sua formação, deve ser capaz de ampliar o olhar da nutrição para além do biológico, incorporando a visão social, política e humana (CFN, 2023). Além disso, de acordo com a DNC das Instituições de Ensino Superior (IES), o profissional nutricionista deve ser promotor de ações relacionadas com a

SAN e o DHAA, vislumbrando todas as dimensões da alimentação e os sistemas alimentares, desde a produção de alimentos até seu consumo (BRASIL, 2001).

Ademais a estes aspectos, este ambulatório busca proporcionar a atuação na prática, evitando a superficialidade na relação entre humanos, contribuindo para a visão humanística da atuação deste profissional (CFN, 2023).

Os estagiários costumam recorrer com frequência aos nutricionistas para discutir temas específicos relacionados ao cuidado destinado aos usuários do serviço, como por exemplo, as recomendações nutricionais para uma pessoa com dislipidemias, diabetes mellitus e outras doenças associadas. Há, da mesma forma, a procura por trocas de experiências com relação a questões sociais, psicológicas e culturais que envolvem o atendimento do usuário, por exemplo, sobre como atender uma pessoa que ainda passa pelo luto da perda de um ente querido.

Dessa forma, pode-se supor que para muitos desses estudantes o espaço do atendimento ambulatorial é um importante momento do encontro entre a perspectiva mais biomédica da nutrição com os aspectos mais subjetivos da alimentação e saúde.

Sob este ponto de vista, se questiona a necessidade de reformulações diante da formação do nutricionista na perspectiva de aumentar práticas humanizadas, apresentando como uma das prioridades a reestruturação, pelas instituições de ensino superior (IES), dos currículos dos cursos de nutrição e outras áreas da saúde a fim de desfragmentar o conhecimento, incentivando espaços de aprendizado frente a abordagem do cuidado ampliado em alimentação e nutrição (DEMÉTRIO et al., 2011).

A construção do Projeto Pedagógico (PP) dos cursos de nutrição instrumentaliza e orienta a proposta educacional das IES. Ele contribui para a formação de um perfil profissional que está alinhado com as demandas sociopolíticas e auxilia na construção de uma visão de mundo (LISBOA; FONSECA, 2020; MAINARDES, 2006; MAINARDES; FERREIRA; TELLO, 2011). Entretanto, nem sempre o PP dos cursos está alinhado com a DNC e os próprios PP podem não representar a realidade das práticas curriculares, o que dificulta na avaliação das grades curriculares dos cursos de nutrição e os conteúdos relacionados à alimentação e suas dimensões como a do direito humano (LISBOA; FONSECA, 2020).

Ademais, o ambiente de estágio, regulamentado pela lei nº 11.788, de 25 de setembro de 2008 (BRASIL, 2008), concerne em espaço que “visa ao aprendizado de competências próprias da atividade profissional e à contextualização curricular, objetivando o

desenvolvimento do educando para a vida cidadã e para o trabalho” (BRASIL, 2008). Isso reforça a importância de, em conjunto com a grade curricular dos cursos, proporcionar o entrelaçamento da teoria e a prática com saberes humanizados, que abordem aspectos relacionados à complexidade envolvida na alimentação e saúde das pessoas. É importante esta conexão, visto que todo o nutricionista, independente de sua área de formação, possui como atividade complementar a sua atuação em estágios curriculares (CFN, 2023).

Sendo assim, é pertinente oportunizar nos ambientes de diálogo entre o profissional e o estudante, como nos estágios, caminhos convergentes sobre a ótica do profissional nutricionista como agente promotor da alimentação adequada e saudável, incorporando dimensões da SAN e do DHAA. Sendo que uma vez que são abordados direitos humanos, é necessário distinguir seus titulares e os portadores de obrigações (BURITY; ROCHA, 2021), configurando, assim, o papel do nutricionista como portador de obrigação sobre a exigibilidade deste direito.

Tratar da doença, cuidar de pessoas

Na intenção de elencar elementos e materiais disponíveis aos nutricionistas, utilizados durante o atendimento, foi possível observar, na sala de atendimento da nutrição, um mural com diversos tipos de grãos, farinhas e farelos, a fim de demonstrar aos usuários exemplos de alimentos ricos em fibras alimentares, estratégicos para o tratamento de dislipidemias, como a hipercolesterolemia (FALUDI et al., 2017). Junto a este mural também tinha uma lâmina apresentando elementos que compõem o rótulo dos alimentos. Além disso, na mesa do consultório, que fica entre o nutricionista que irá atender e o usuário do serviço, existe uma foto referente às classificações do índice de massa corporal (IMC) para adultos e idosos.

A incorporação de materiais no espaço físico do consultório vislumbra oportunidades de Educação Alimentar e Nutricional (EAN), estratégia que auxilia na prática autônoma e voluntária de hábitos alimentares saudáveis e devem ser implementadas por aqueles portadores de obrigação como forma de contribuir a garantia do DHAA (BRASIL, 2012). Entretanto, dentre os materiais encontrados na sala de nutrição, é possível identificar uma visão reducionista e prescritiva com o foco no atendimento às necessidades nutricionais do usuário.

As práticas de EAN devem privilegiar um processo ativo, considerando saberes populares, as singularidades de indivíduos e coletividades e integrar a teoria com a prática (BRASIL, 2012). Diante deste aspecto, exemplo de práticas que oportunizam a EAN poderiam estar relacionadas a atividades referentes aos 10 passos para a alimentação saudável do Guia Alimentar para a população Brasileira (BRASIL, 2014).

O olhar sobre o cuidado relativo à alimentação e nutrição explorado no ambulatório é exposto ainda em partes da “ficha de atendimento” utilizada e em como os nutricionistas conduzem seus atendimentos, que por ora são espelhados pelos estagiários, que acompanham as consultas e que também realizam o atendimento supervisionado. Sobre esta ficha, foi possível perceber perguntas referentes ao dados pessoais do usuário, como idade, ocupação\profissão e escolaridade; diagnóstico médico e antecedentes pessoais e familiares; condições de alimentação, a qual coleta informações sobre o comportamento alimentar do indivíduo além de questões sobre alergia/intolerância alimentar, preferências alimentares e problemas de mastigação e deglutição.

Tomando por base os itens que constam na “ficha de atendimento”, pode-se identificar oportunidades para incorporação da ótica do DHAA uma vez que, sendo utilizado de forma cuidadosa e atenta, possibilita o contato com os conceitos intrínsecos relacionados à adequação (envolvendo aspectos nutricionais, culturais e sociais associadas às suas demandas em saúde), disponibilidade (diante de preferências e restrições) e aceitabilidade (o que é preferível consumir, diante da disponibilidade) (BURITY et al., 2010).

De forma geral, percebe-se nos atendimentos respeito aos gostos e horários habituais do usuário, bem como os alimentos que possuem uma relação cultural e afetiva. Nos espaços de reflexão entre nutricionistas e estudantes após as consultas, pode-se perceber em muitos momentos a preocupação em respeitar as demandas e pedidos do usuário, além de tentar realizar as mudanças necessárias respeitando os limites dele.

Entretanto, em outros atendimentos, percebeu-se a necessidade de aprofundamento das perguntas referentes aos hábitos alimentares do indivíduo, mantendo-se o foco na composição da alimentação em si, com questionamentos sobre os alimentos e a quantidade de cada um deles. O contexto da alimentação, a facilidade de acesso aos componentes alimentares e a aceitabilidade destes alimentos pouco foram explorados.

O cuidado centralizado na doença configura uma visão biologicista/medicalizante a qual delimita as necessidades em saúde do usuário ao tratamento da doença, situação que vai de encontro com aspectos relacionados à promoção da saúde e da alimentação adequada e saudável (BURLANDY et al., 2021). A perspectiva biomédica ocidentalizada deprime contextos sociais, históricos e culturais que são inerentes à complexidade humana e que devem ser consideradas para a integralidade do cuidado (FARDET; ROCK, 2014).

Vale destacar ainda que, em certos momentos, esteve presente uma conduta centrada em orientações voltadas para mudanças de estilo de vida, sob uma ótica culpabilizadora, com foco no indivíduo e na parcialidade dos agentes envolvidos na promoção de uma alimentação adequada e saudável (MADEIRA et al., 2018). Falas de usuários como " mandaram eu cortar, me proibiram de comer, então eu não como mais" denotam uma visão reducionista da nutrição, determinada como nutricionismo (SCRINIS, 2021).

O estabelecimento da dicotomia “bom” e “ruim” a partir da composição de nutrientes específicos, restringe a alimentação para aspectos maléficos ou benéficos que alimentos podem causar à saúde. Entretanto, é sabido que um único alimento não tem o poder de interferir na saúde de indivíduos e coletividades. É importante pensar sobre sistemas alimentares que promovam ambientes e padrões alimentares saudáveis, justos e sustentáveis (SWINBURN et al., 2019).

Oportunidades para incorporação da ótica do DHAA na formação do nutricionista

Diante da observação da rotina do ambulatório, foi possível destacar como oportunidades à incorporação da ótica do DHAA na formação do nutricionista a própria proposta do estágio, visto a possibilidade do estudante atuar atendendo pessoas, lidando com as particularidades vivenciadas em cada contexto de vida. Sendo assim, reforça a importância e a responsabilidade do nutricionista frente a atuação humanística (CFN, 2023).

Da mesma forma, demonstrou-se oportuno à incorporação do DHAA, principalmente diante de aspectos que compõem a ficha de atendimento e a postura dos profissionais, a presença de conceitos como adequação, disponibilidade e aceitabilidade a partir dos atendimentos observados.

Em contrapartida, se mostram como desafios para a formação do nutricionista, frente a ótica do DHAA, a falta da abordagem dos conceitos de acessibilidade, que poderia estar presente na ficha de atendimentos e de estabilidade, supondo-se uma falta de articulação entre o ambulatório e outros pontos da RAS, com ausência de comunicação com a Atenção Primária à Saúde (APS), porta de entrada para o SUS e coordenadora do cuidado (BRASIL, 2013).

Por fim, a relação entre aspectos da alimentação, para além do olhar biológico, precisa ganhar espaço nos locais de estudo e construção de conhecimento dos estudantes de nutrição com a intenção de possibilitar a incorporação dos conceitos do DHAA e estratégias de SAN no atendimento de pessoas com DCVs.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As experiências do cotidiano em um ambulatório especializado em cardiopatias acerca dos atendimentos de nutrição, sob a perspectiva da observação participante, revelam aspectos importantes sobre o papel do nutricionista como profissional da saúde, referencial para os estagiários de nutrição e promotor da alimentação adequada, direito humano previsto na constituição brasileira. Neste sentido, é oportuno destacar estratégias de EAN e de incorporação de documentos no ambiente do consultório que abordam dimensões da alimentação referente a diferentes aspectos como os sociais, culturais e regionais, no que concerne à promoção da alimentação adequada e saudável.

Ademais, foi possível destacar sobre a atuação dos nutricionistas frente aos conceitos do DHAA, onde a adequação, disponibilidade e aceitabilidade foram elementos encontrados diante da ficha de atendimento e postura dos profissionais.

Entretanto, ainda se torna um obstáculo à visão biologicista e reducionista da alimentação e nutrição, impedindo a incorporação do cuidado ampliado em nutrição, considerando as demais dimensões da alimentação envolvidas no cuidado relativo à alimentação e nutrição.

Sendo assim, é oportuno a produção de trabalhos a partir da observação participante, no sentido de estimular uma visão ampliada dos determinantes de saúde e das dimensões da

alimentação que se relacionam com os princípios do DHAA, podendo contribuir para aproximar elementos importantes à formação do nutricionista.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACT - Promoção da Saúde. Dinâmica e diferenças dos preços dos alimentos saudáveis e ultraprocessados no Brasil. Disponível em <<https://actbr.org.br/post/relatorio-por-que-a-comida-saudavel-esta-cada-vez-mais-longe-da-mesa-dos-brasileiros/19121/>>. Acesso em: 20 de março de 2023.

BRASIL. **Guia alimentar para a população brasileira**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa de orçamentos familiares 2017-2018**: análise da segurança alimentar no Brasil. IBGE, Rio de Janeiro, 2020.

BRASIL. **Lei nº 11.788 de 25 de setembro de 2008**. Dispõe sobre o estágio de estudantes. Diário Oficial da União: Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Resolução CNE/CES nº 5, de 7 de novembro de 2001**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Nutrição. Brasília, DF: Ministério da Educação, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Alimentação Cardioprotetora**: manual de orientações para os profissionais de saúde da Atenção Básica. Hospital do Coração. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

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

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 7.272, de 25 de agosto de 2010**. Regulamenta a Lei no 11.346, de 15 de setembro de 2006, institui a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - PNSAN, estabelece os parâmetros para a elaboração do Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Brasília, DF: 2010

BURITY, V. T. A.; ROCHA, N. C. **Informe Dhana 2021 [livro eletrônico]**: pandemia, desigualdade e fome. Brasília, DF: FIAN Brasil, 2021.

BURITY, V. T. A. et al. **Direito humano à alimentação adequada no contexto da segurança alimentar e nutricional**. Brasília, DF: ABRANDH, 2010.

BURLANDY, L. et al. Reflexões sobre ideias e disputas no contexto da promoção da alimentação saudável. **Cad. Saúde Pública**. 37 (suplem.): 1-20, 2021.

CFN (Conselho Federal de Nutricionistas): relatório do IV encontro nacional de formação profissional do CFN. Disponível em

<<https://www.cfn.org.br/index.php/biblioteca/relatorio-do-iv-encontro-nacional-de-formacao-profissional-do-cfn/>>. Acesso em 14 de abril de 2023.

Comentário Geral número 12: o direito humano à alimentação (art. 11). Disponível em: <<http://www.abrandh.org.br/downloads/Comentario12.pdf>>. Acesso em 26 de março de 2022.

FALUDI, A. A. et al. Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose – 2017. **Arq Bras Cardiol.** 109(2Supl.1):1-76, 2017.

FARDET, A.; ROCK E. Toward a new philosophy of preventive nutrition: from a reductionist to a holistic paradigm to improve nutritional recommendations. **Adv Nutr.** 5(4):430-446, 2014.

FERNANDES, F. M. B.; MOREIRA, M. R. “Considerações metodológicas sobre as possibilidades de aplicação da técnica de observação participante na Saúde Coletiva”. **Physis Revista de Saúde Coletiva.** 2 (23): 511-529, 2013.

LISBOA, C. M. P; FONSECA, A. B. Abordagem de segurança alimentar nutricional nos currículos das universidades federais brasileiras: principais enfoques. **Saúde Soc. São Paulo,** 29 (3): 1 - 13, 2020.

MADEIRA, F. D. et al. Estilos de vida, habitus e promoção da saúde: algumas aproximações. **Saúde Soc.,** 27 (1): 106-115, 2018.

MAINARDES, J.; FERREIRA, M. S.; TELLO, C. Análise de políticas: fundamentos e principais debates teórico-metodológicos. In: BALL, S. J.; MAINARDES, J. (Org.). **Políticas educacionais: questões e dilemas.** São Paulo: Cortez, 2011. p. 143-172.

MAINARDES, J. Abordagem do ciclo de políticas: uma contribuição para a análise de políticas educacionais. **Educação e Sociedade,** Campinas, v. 27, n. 94, p. 47-69, 2006.

MARTINEZ STEELE et al. Potential reductions in ultra-processed food consumption substantially improve population cardiometabolic – related dietary nutrient profiles in eight countries (pré-approvado). **Nutr. Met. and Cardiovas. Disease,** 2022.

PENSSAN. VIGISAN 2021: Inquérito Nacional de Insegurança Alimentar e COVID-19 2021. Disponível em: < http://olheparaafome.com.br/VIGISAN_Inseguranca_alimentar.pdf >. Acesso em: 25 de março de 2022.

SANTOS, A. L. B.; GUBERT, M. B.; DEUS, A. C. S. A insegurança alimentar grave está associada a fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis e doença cardiovascular no Distrito Federal. **Demetra;** 2016; 11(4); 1017-1029.

SCRINIS, G. **Nutricionismo: a ciência e a política do aconselhamento nutricional** (tradução: Juliana Leite Arantes). São Paulo: Elefante, 2021.

SOUZA, C. M. **Direito Humano à Alimentação Adequada nas doenças cardiovasculares: construção de um caderno temático.** Dissertação (Mestrado em Segurança Alimentar e Nutricional), Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), Rio de Janeiro, 2015.

SUN, Y. et al. Food Insecurity Is Associated With Cardiovascular and All-Cause Mortality Among Adults in the United States. **J Am Heart Assoc.** 2020.

SWINBURN, B. A. et al. The global Syndemic of obesity, Undernutrition, and climate change: the lancet commission report. **Lancet**, 393(10173): 791-846, 2019.

5.3 Produto técnico: Caderno Temático “O Direito Humano à Alimentação Adequada: uma ótica sobre as doenças cardiovasculares”.

Como ponto de partida para o desenvolvimento do caderno temático, foram observados desafios e oportunidades encontrados durante e ao final da elaboração do artigo referente a análise documental e através da observação participante do ambulatório especializado. A partir disso, foram elencados temas pertinentes para serem desenvolvidos os capítulos do caderno temático. Além disso, foram propostos subtemas que se encaixavam e se relacionavam com o tema principal, como forma de guiar a construção do conteúdo escrito do caderno. Os temas e subtemas listados serão descritos no quadro a seguir:

Quadro 1. Temas encontrados que são relacionados com o DHAA sob a perspectiva do cuidado relativo à alimentação e nutrição de pessoas com DCVs.

Temas	Subtemas
Direito Humano à Alimentação Adequada: conceitos e princípios	<ul style="list-style-type: none">- Conceituar o DHAA.- Relacionar o DHAA e a SAN.- Descrever os conceitos intrínsecos e princípios do DHAA.
O cuidado relativo à alimentação e nutrição sob a ótica do direito	<ul style="list-style-type: none">- O que é o cuidado relativo a alimentação e nutrição.- A relação deste cuidado com o DHAA.- A relação deste cuidado com as DCVs.
O alimento é muito mais que nutriente	<ul style="list-style-type: none">- Conceituar o que é nutricionismo.- Relacionar a presença do nutricionismo e a forma de produção científica em maior evidência.- A produção científica para o cuidado das DCVs.- Relacionar a importância das dimensões da alimentação para guiar orientações na prática clínica referentes ao cuidado das DCVs.
Informação também é direito	<ul style="list-style-type: none">- O aumento do consumo de alimentos ultraprocessados e sua relação com o desenvolvimento de DCVs.- A necessidade de apoderar sujeitos para escolhas alimentares mais conscientes.- A EAN como estratégia de práticas alimentares emancipatórias.

Após o levantamento dos temas, foram utilizados alguns materiais de inspiração para a elaboração da estrutura do caderno temático. O Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2014) auxiliou na organização sumário, incluindo a apresentação do caderno, onde é explicitado as motivações para o desenvolvimento do material e a introdução, onde é

realizado um panorama da situação de IA no Brasil e sua relação com o desenvolvimento com as DCVs e a fragilidade no que concerne a execução do DHAA para esta população.

Em virtude do perfil dos profissionais que atuam no ambulatório especializado, parte do cenário utilizado para elaboração deste produto, foram pensadas mensagens mais curtas e diretas bem como ilustrações e elementos gráficos como forma de deixar o material mais fluido e visualmente mais atrativo.

Com relação aos elementos gráficos e sobre a linguagem utilizada, o Guia Alimentar (BRASIL, 2014), o documento do DicaBr (2018) e o curso básico sobre DHAA (BURITY; ROCHA, 2021) serviram como inspiração para a elaboração do produto técnico.

As imagens e elementos gráficos, bem como a elaboração do material em sua íntegra foi realizado a partir do website para criação de conteúdo digital online “Canva”, na sua versão paga. O material apresenta 29 páginas em sua totalidade (inclusive capa inicial e final).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A motivação em realizar a presente dissertação oportunizou um cenário de diálogo entre não garantia de SAN e sua relação com o desenvolvimento de DCVs, além da relação que existe sobre a garantia da alimentação adequada e saudável como estratégia de execução do DHAA, por meio da SAN, para este público.

Durante a execução deste trabalho, foi notório a apropriação dos conceitos e princípios do DHAA pela autora, promovendo integração destes conhecimentos durante a sua atuação profissional, cenário que motivou a realização deste trabalho.

Com um olhar direcionado às condições sociais, culturais, econômicas e às dimensões da alimentação, fatores que interagem com questões relacionadas ao acesso, adequação e disponibilidade de alimentos, bem como a sua estabilidade, a autora pode aprofundar, na perspectiva de um olhar crítico, situações relacionadas ao nutricionismo e a produção e reprodução de evidências científicas respaldadas em uma visão biomédica ocidentalizada, que deprimem contextos socioculturais, econômicos, psicoafetivos, dentre outros, na elaboração de estudos com humanos.

De certa forma, estudos quantitativos e que são desenvolvidos a partir da objetividade, apresentam dificuldade em expressar situações inerentes à complexidade humana. Portanto, a partir deste trabalho, é possível vislumbrar oportunidades de incorporar estudos com uma visão holística sobre a saúde e seus determinantes sociais, a fim de se tornarem elementos que possam auxiliar na prática do cuidado.

A partir da experiência da observação participante de um ambulatório de cardiologia, pode-se inferir sobre a responsabilidade que os profissionais da saúde, em perspectiva o nutricionista, têm na formação de outros profissionais e na atuação como portador de obrigação na execução do direito à alimentação adequada e saudável. Desta forma, é oportuno o desenvolvimento do caderno temático proposto, visto que, diante da experiência tomada neste trabalho, a visão biologicista/medicalizante permanece como predominante em ações referentes ao cuidado relativo à alimentação e nutrição em espaços de assistência. Sendo o caderno temático um material que atua para além da dimensão biológica, considerando outros aspectos intrínsecos à alimentação.

O caderno temático oportunizou que entrasse em debate e reflexão o DHAA e a SAN para a população com DCVs. A cada capítulo, onde são tratados possibilidades de incorporar princípios e conceitos acerca da alimentação adequada sob a ótica do direito, reforça que ele é universal, indivisível e inalienável.

Por fim, é possível concluir que é evidente a relação entre a IA e o desenvolvimento de DCVs, demonstrando uma grande fragilidade no que concerne à execução do DHAA. Desta forma, se mostra relevante a construção de materiais que se adequem às especificidades desta população, a fim de se criar estratégias para a garantia de SAN, como forma de elencar a alimentação adequada sob a ótica dos direitos humanos, que são universais, inalienáveis e indivisíveis.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, M. F. M. A segurança alimentar e nutricional e o uso da abordagem de direitos humanos no desenho das políticas públicas para combater a fome e a pobreza. **Rev. Nutr.**, 22(6):895-903, 2009.
- ANDRADES, T. O.; GANIMI, R. N. Revolução verde e a apropriação capitalista. **CES Revista**, 21: 43–56, 2007.
- BARROSO, W. K. S. et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. **Arq Bras Cardiol**. 116(3):516-658, 2021.
- BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008- 2009**: antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos do Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010.
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa de orçamentos familiares 2017-2018**: análise da segurança alimentar no Brasil. IBGE, Rio de Janeiro, 2020.
- BRASIL. **Lei no 13844 de 18 de junho de 2019**. Estabelece a organização básica dos órgãos da Presidência da República e dos Ministérios. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 18 de junho de 2019.
- BRASIL. Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional - **Lei 11.346 de 15 de setembro de 2006**. Disponível em <<http://www.abrandh.org.br/downloads/losanfinal15092006.pdf>>. Acesso em 25 de julho de 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Alimentação Cardioprotetora**: manual de orientações para os profissionais de saúde da Atenção Básica. Hospital do Coração. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Promoção da Saúde Estratégia de Saúde Cardiovascular na Atenção Primária à Saúde**: instrutivo para profissionais e gestores [recurso eletrônico]. Brasília : Ministério da Saúde, 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília : Ministério da Saúde, 2013d.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica : obesidade**. Brasília : Ministério da Saúde, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira**. Brasília : Ministério da Saúde, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília : Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2021 : 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 doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2021 [recurso eletrônico]**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade Federal de Minas Gerais. **Instrutivo: metodologia de trabalho em grupos para ações de alimentação e nutrição na atenção básica**. Brasília : Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Nota Técnica DA/SAGI/MDS nº 128/2010: Relatório da Oficina Técnica para análise da Escala Brasileira de Medida Domiciliar de Insegurança Alimentar**. Brasília: SAGI/DA, 2010.

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

BURITY, V. T. A.; ROCHA, N. C. **Informe Dhana 2021 [livro eletrônico]: pandemia, desigualdade e fome**. Brasília, DF: FIAN Brasil, 2021.

BURITY, V. T. A. et al. **Direito humano à alimentação adequada no contexto da segurança alimentar e nutricional**. Brasília, DF: ABRANDH, 2010.

CÂMARA, R. H. Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. **Gerais: Rev. Inter. Psicol.** 6(2): 179 – 191, 2013.

Comentário Geral número 12: o direito humano à alimentação (art. 11). Disponível em: <<http://www.abrandh.org.br/downloads/Comentario12.pdf>>. Acesso em 26 de março de 2022.

DIAS, P. C et al. Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, 33(7), 2017.

FALUDI, A. A. et al. Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose – 2017. **Arq Bras Cardiol.** 109(2Supl.1):1-76, 2017.

FERNANDES, F. M. B.; MOREIRA, M. R. “Considerações metodológicas sobre as possibilidades de aplicação da técnica de observação participante na Saúde Coletiva”. **Physis Revista de Saúde Coletiva.** 2 (23): 511-529, 2013.

FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION (FAO). **Versão resumida de Panorama da segurança alimentar e nutricional na América Latina e no Caribe 2020 – Segurança alimentar e nutricional para os territórios mais atrasados**. Santiago, 2020.

GUERRA, E. L. A. **Manual de Pesquisa Qualitativa**. Belo Horizonte: Grupo Anima Educação, 2014.

GUNDERSEN, C.; ZILIAK, J. P. Food insecurity and health outcomes. **Health Aff (Millwood)**. 2015;34(11):1830–9.

HUIZAR, M. I.; ARENA, R.; LADDU, D. R. The global food syndemic: The impact of food insecurity, Malnutrition and obesity on the healthspan amid the COVID-19 pandemic. **Progress in Cardiovascular Disease** 2021; (64):105 - 107.

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). **Clinical practice guidelines: directions for a new program**. Washington DC: National Academies Press; 1990.

IZAR, M. C. O. et al. Posicionamento sobre o Consumo de Gorduras e Saúde Cardiovascular – 2021. **Arq Bras Cardiol**. 116(1):160-212, 2020.

KELSEY, A. V. et al. Food Security and 10-Year Cardiovascular Disease Risk Among U.S. Adults. **Am J Prev Med** 2019;56(5):689–697.

LITTLEJOHN, P.; FINLAY, B. B. When a pandemic and an epidemic collide: COVID-19, gut microbiota, and the double burden of malnutrition. **BMC Medicine** ,19:31, 2019.

LIU, Y.; EICHER-MILLER, H. A. Food Insecurity and Cardiovascular Disease Risk. **Current Atherosclerosis Reports** ,23: 24, 2020.

MALTA, D. C. et al. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. **Epidemiol Serv Saúde**, 23:599-608, 2014.

MARTINEZ STEELE et al. Potential reductions in ultra-processed food consumption substantially improve population cardiometabolic – related dietary nutrient profiles in eight countries (pré-approvado). **Nutr. Met. and Cardiovas. Disease**, 2022.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDY, V. L. et al. Food Insecurity and Cardiovascular Disease Risk Factors among Mississippi Adults. **Int. J. Environ. Res. Public Health** 2018, 15, 2016.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13. ed., São Paulo: Hucitec, 2013.

NICOLAU, J. C. et al. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST – 2021. **Arq Bras Cardiol**.117(1):181-264, 2021.

Objetivos do desenvolvimento Sustentável. Disponível em <<https://brasil.un.org/pt-br/sdgs>>. Acesso em 03 de maio de 2023.

OLIVEIRA, A. U. **Agricultura camponesa no Brasil**. 4. ed. São Paulo: Contexto, 2001.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Declaração Universal dos Direitos Humanos. ONU, Nova York, 1948. Disponível em <<http://www.unhcr.ch/udhr/lang/por.htm>>. Acesso em 25 de julho de 2021.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). FAO. Declaração e Plano de Ação da Cúpula Mundial da Alimentação, em especial inciso 7b. Disponível em <http://www.direitoshumanos.usp.br/counter/FAO/texto/texto_3.html>. Acesso em 25 de julho de 2021.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. ONU, Nova York, 1966. Disponível em <http://www.direitoshumanos.usp.br/counter/Onu/Sist_glob_trat/texto/texto_2.html>. Acesso em 25 de julho de 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Obesity: preventing and managing the global epidemic**. Geneva: World Health Organization; 2000. (WHO Technical Report Series, 894).

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). Doenças cardiovasculares. Disponível em <<https://www.paho.org/pt/topicos/doencas-cardiovasculares>>. Acesso em 27 de julho de 2021.

PENSSAN. VIGISAN 2020: Inquérito Nacional de Insegurança Alimentar e COVID-19 2020. Disponível em: <http://olheparaafome.com.br/VIGISAN_Inseguranca_alimentar.pdf>. Acesso em: 25 de março de 2022.

PIEGAS, L. S. et al. V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST. **Arq Bras Cardiol**. 105(2):1-105, 2015.

REIS, E. C.; PASSOS, S. R. L.; SANTOS, M. A. B. Quality assessment of clinical guidelines for the treatment of obesity in adults: application of the AGREE II instrument. **Cad. Saúde Pública**. 34(6):e00050517, 2018.

ROSS, J. L. S. **Geografia do Brasil**. 4. Ed. São Paulo: Edusp, 2001.

SANTARELLI, M. et al. **Da democratização ao golpe: avanços e retrocessos na garantia do direito humano à alimentação e à nutrição adequadas no Brasil**. Brasília: FIAN Brasil, 2017.

SANTARELLI, M. et al. **Informe Dhana 2019: autoritarismo, negação de direitos e fome**. Brasília: FIAN Brasil, 2019.

SANTOS, A. L. B.; GUBERT, M. B.; DEUS, A. C. S. A insegurança alimentar grave está associada a fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis e doença cardiovascular no Distrito Federal. **Demetra**. 11(4); 1017-1029, 2016.

SILVA, J. G.; STÉDILE, J. P. **A questão agrária na década de 90**. 4. Ed. Porto Alegre: UFRGS, 2004.

SOARES, S. Análise do direito humano à alimentação adequada: um direito social e político. **R. Dir. sanit.**, São Paulo. 19 (2): 36-54, 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Cardiômetro: mortes por doenças cardiovasculares no Brasil. Disponível em <<http://www.cardiometro.com.br/antecedentes.asp>>. Acesso em 27 de julho de 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Disponível em <<https://www.portal.cardiol.br/>>. Acesso em 15 de maio de 2022.

SUN, Y. et al. Food Insecurity Is Associated With Cardiovascular and All-Cause Mortality Among Adults in the United States. **J Am Heart Assoc.** 2020.

SWINBURN, B. A.; EGGER G.; RAZA, F. Dissecting obesogenic environments: the development and application of a framework for identifying and prioritizing environmental interventions for obesity. **Prev Med**, 29:563-70, 1999.

SWINBURN, B. A. et al. The global Syndemic of obesity, Undernutrition, and climate change: the lancet commission report. **Lancet**, 393(10173): 791-846, 2019.

VIRANI, S. S. et al. Heart Disease and Stroke Statistics-2020 update: a report from the American Heart Association. **Circulation**. 141(9):139–596, 2020.

WOOLF S. H. et al. Clinical guidelines: potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. **BMJ**. 318:527-30, 1999.

ZAMBERLAN, J., FRONCHETI, A. **Agricultura ecológica: preservação do pequeno agricultor e o meio ambiente.** Petrópolis: Vozes,2001.

APÊNDICE A

Quadro 2. Conceitos intrínsecos do DHAA

Conceitos intrínsecos do DHAA	
<p>Disponibilidade oferta em quantidade e qualidade suficiente para satisfazer as necessidades dietéticas das pessoas, livre de substâncias adversas e aceitável para uma dada cultura.</p>	<p>Aceitabilidade cultural ou do consumidor implica, também, a necessidade de tomar-se em consideração, tanto quanto possível, valores que não estão ligados à valorização do conteúdo nutricional do alimento, mas sim estão ligados ao alimento, em si, ou ao seu consumo, e a preocupações do consumidor bem informado sobre a natureza do suprimento de alimentos disponíveis</p>
<p>Adequação dos alimentos disponíveis, do ponto de vista cultural, nutricional, dentro dos padrões higiênico-sanitários, com ausência de substâncias nocivas, para que seja possível o alcance do bem estar nutricional.</p>	
<p>Acessibilidade (física e econômica) Econômica: custos financeiros, pessoais e familiares, associados com a aquisição de alimento para uma determinada dieta, deveriam ser de tal ordem que a satisfação de outras necessidades básicas não fique ameaçada ou comprometida. Física: significa que uma alimentação adequada deve ser acessível a todos, inclusive aos indivíduos fisicamente vulneráveis, tal como crianças até seis meses de idade e crianças mais velhas, pessoas idosas, os deficientes físicos, os doentes terminais e pessoas com problemas médicos persistentes</p>	<p>Estabilidade a disponibilidade e a acessibilidade devem ter garantia que o seu fornecimento será de maneira estável e permanente</p>

Fonte: Comentário Geral nº12 (adaptado); Burity et al., 2010 (adaptado)

APÊNDICE B

Quadro 3. Princípios dos Direitos Humanos na perspectiva da alimentação adequada.

Princípios	
<p>Dignidade humana:</p> <p>Esse princípio exige que todas as pessoas sejam tratadas com respeito, dignidade e valorizadas como seres humanos. Políticas públicas baseadas em direitos humanos reconhecem o indivíduo não como mero objeto de uma política, mas sim como titular de direitos humanos que pode reivindicá-los</p>	<p>Apoderamento:</p> <p>Os indivíduos, por sua vez, precisam se apoderar das informações e instrumentos de direitos humanos para que possam reivindicar do Estado ações corretivas e compensações pelas violações de seus direitos</p>
<p>Não discriminação:</p> <p>O Direito Humano à Alimentação Adequada deve ser garantido sem discriminação de origem cultural, econômica ou social, etnia, gênero, idioma, religião, opção política ou de outra natureza. Isso, porém, não afasta a necessidade de que sejam realizadas ações afirmativas e enfoques prioritários em grupos vulneráveis, em particular, em mulheres</p>	<p>Participação:</p> <p>Esse princípio destaca a necessidade de que as pessoas definam as ações necessárias ao seu bem-estar e participem de forma ativa e informada do planejamento, da concepção, do monitoramento e da avaliação de programas para o seu desenvolvimento e a redução da pobreza. Além disso, as pessoas devem estar em condições de participar de questões macropolíticas. A participação plena requer transparência. Ela “apodera” as pessoas e é outra forma de reconhecimento de sua dignidade.</p>

Fonte: Burity et al., 2010 (adaptado)

APÊNDICE C

CARTA DE ANUÊNCIA

A coordenação do ambulatório de Lípidos, Aterosclerose e Biologia Vascular da Universidade Federal de São Paulo (Lípidos - UNIFESP) está de acordo com a execução do projeto “Direito Humano à Alimentação Adequada nas doenças cardiovasculares: construção de um caderno temático”, executado pela mestrandia Carolina Moreira de Souza e orientado pela Prof^a Dra. Juliana Casemiro, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), e assume o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa, no que diz respeito a autorizar entrevista com os nutricionistas que aceitem participar voluntariamente via assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) no ambiente do ambulatório, durante ou após os horários de atendimento.

Esta entrevista consiste no levantamento de informações para explorar o uso de conceitos que envolvam a SAN e o DHAA no cuidado nutricional de indivíduos com doenças cardiovasculares, visto a estreita relação entre a garantia deste direito e o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, incluindo as doenças cardiovasculares. A UNIRIO se compromete a assegurar a segurança e bem estar dos participantes em atendimento a Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

São Paulo, ____ de _____ de _____.

Nome do responsável institucional ou setorial

Cargo do Responsável pelo consentimento

Carimbo com identificação ou CNPJ

APÊNDICE D
CADERNO TEMÁTICO