



 Carolina Moreira de Souza¹

 Erika Cardoso dos Reis²

 Juliana Pereira Casemiro³

¹ Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro^{ROR}, Curso de Nutrição. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

² Universidade Federal de Ouro Preto^{ROR}, Curso de Nutrição. Ouro Preto, MG, Brasil.

³ Universidade do Estado do Rio de Janeiro^{ROR}, Curso de Nutrição. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Este trabalho foi originado da dissertação de mestrado intitulada "O Direito Humano à Alimentação Adequada nas Doenças Cardiovasculares: Construção de um Caderno Temático", autoria de Carolina Moreira de Souza e orientação de Juliana Pereira Casemiro, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Segurança Alimentar e Nutricional (PPGSAN) da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), publicada em 2023.

Correspondência

Carolina Moreira de Souza
nutricionistacarolinasouza@gmail.com

Editor Associado

 Fabiana Bom Kraemer

O Direito Humano à Alimentação Adequada para indivíduos com doenças cardiovasculares: um olhar sobre as diretrizes clínicas

The Human Right to Adequate Food for individuals with cardiovascular diseases: a look at clinical guidelines

Resumo

Introdução: A violação do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) é recorrente, impedindo que parte da população tenha acesso a uma vida digna. A falta de acesso a este direito se relaciona com a Insegurança Alimentar, cenário que contribui para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares (DCVs). Apesar de impactar a prática clínica do cuidado, o DHAA nem sempre é abordado em documentos da área. **Objetivo:** Analisar as oportunidades de inclusão da ótica do DHAA na abordagem do Cuidado em Alimentação e Nutrição (CRAN) nos documentos destinados ao cuidado às pessoas com DCVs. **Métodos:** Realizou-se análise documental de publicações da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) no período de 2015 a 2021, utilizando versões mais recentes que apresentassem, na composição do documento, parte relacionada ao CRAN, tendo como critérios de exclusão aqueles que fossem relacionados a gestantes, crianças e adolescentes. Foi apresentada como questão orientadora: "quais as oportunidades para inclusão da ótica do DHAA no CRAN destinado às pessoas com DCVs em documentos da SBC?" **Resultados:** Seleccionaram-se 13 documentos, dos quais 5 foram elegíveis. Identificou-se uma abordagem biologicista e reducionista ao elaborar ações do CRAN em DCVs, configurando lacunas para ampliação do olhar frente às diferentes dimensões da alimentação, na elaboração destes documentos. O *Guia Alimentar para a População Brasileira* foi citado pela diretriz de consumo de gorduras da SBC, oportunizando diálogos com o DHAA. As Diretrizes sobre consumo de gorduras e de hipertensão arterial apresentaram trechos que se relacionaram aos conceitos de Adequação e Aceitabilidade do DHAA. Estes enfatizaram a regionalidade e cultura alimentar, bem como princípios relacionados ao Apoderamento e Participação, visto que fomentaram escolhas alimentares mais conscientes e a responsabilidade governamental sobre o acesso à informação. **Conclusão:** A presença do DHAA em Diretrizes Clínicas é possível e necessária para a ampliação do cuidado em alimentação e nutrição, principalmente na conjuntura atual brasileira.

Palavras-chave: Doenças Cardiovasculares. Direito à Alimentação. Diretrizes.

Abstract

Introduction: Violations of the Human Right to Adequate Food (HRAF) are recurrent, preventing part of the population from having access to a dignified life. Lack of access to this right is linked to food insecurity, a scenario that contributes to the development of cardiovascular diseases (CVDs). Although it impacts clinical care practice, the HRAF is not always addressed in documents in this field. **Objective:** To analyze opportunities for incorporating the HRAF perspective into the Food and Nutrition Care (FNC) approach in documents intended for the care of people with CVDs. **Methods:** A literature review of publications by the Brazilian Society of Cardiology (SBC) from 2015 to 2021 was conducted, using the most recent versions that included a section related to FNC in the document's content, with exclusion criteria being those related to pregnant women, children, and adolescents. The guiding question was: "What opportunities exist for incorporating the HRAF perspective into FNC guidelines for people with CVD in SBC documents?" **Results:** Thirteen documents were selected, of which five were eligible. A biologicistic and reductionist approach was identified in the development of FNC actions regarding CVDs, revealing gaps in broadening the perspective regarding the different dimensions of nutrition in the drafting of these documents. The *Dietary Guidelines for the Brazilian Population* was cited by the SBC's fat consumption guideline, facilitating dialogue with the HRAF. The Guidelines on fat consumption and hypertension contained passages related to the HRAF concepts of Adequacy and Acceptability. These emphasized regionality and food culture, as well as principles related to Empowerment and Participation, as they promoted more conscious food choices and government accountability regarding access to information. **Conclusion:** The inclusion of HRAF in Clinical Guidelines is both possible and necessary for expanding food and nutrition care, particularly in the current Brazilian context.

Keywords: Cardiovascular Diseases. Right to Food. Guidelines.

INTRODUÇÃO

Considerando as contradições e injustiças de um cenário de avanço do neoliberalismo, a reafirmação do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) de forma sistemática e enfática tem sido exigência. Diante de um sistema global hegemônico que oferta alimentos em quantidades nunca antes observados na história, constata-se que “quase um bilhão de pessoas sem saber se naquele dia conseguirá alimentar a si mesma e aos filhos” e outros dois bilhões que se arriscam consumindo alimentos e bebidas associados a mortes prematuras e doenças evitáveis.¹

Ainda que a alimentação seja reconhecida como direito desde o século passado,²⁻⁴ o aumento da Insegurança Alimentar (IA) no Brasil⁵ e em diversas partes do mundo⁶ sinaliza que ainda há relevância na proposição de estratégias assertivas e na inclusão desse debate nas diferentes esferas da vida, perpassando o cotidiano das políticas públicas,⁷ espaços acadêmicos de formação e pesquisa⁷ e oferta de cuidados.

O acesso a alimentos de qualidade para o atendimento das necessidades dos indivíduos se faz necessário, sobretudo na presença de condições clínicas que demandam terapia nutricional específica. Esse aspecto deve ser considerado quando se propõem estratégias de cuidado, sobretudo no cenário atual em que têm sido reconhecidos os impactos da crise sanitária, política e econômica vivenciada na alimentação da população brasileira.⁸

O aumento do custo da alimentação, sobretudo da alimentação considerada mais saudável,⁹ e a permanência na desigualdade de renda e acesso aos alimentos^{10,11} repercutiram na redução do consumo de alimentos *in natura* e minimamente processados e aumento de alimentos ultraprocessados, principalmente entre a população em maior grau de IA.⁷ É importante ressaltar que, quanto maior o consumo de produtos ultraprocessados, maior o risco de desenvolvimento de doenças cardiometabólicas, que inclui obesidade, diabetes, hiperlipidemia, doença coronariana, acidente vascular cerebral e outras doenças cardiovasculares.¹² Da mesma forma, cabe destaque para a relação entre a IA e aumento da prevalência de doenças cardiovasculares (DCVs) e doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs),¹² além de maior risco de morte por essas doenças.^{13,14}

Assim, é relevante o incentivo às ações de cuidado relativo à alimentação e nutrição (CRAN) que, de acordo com o apresentado pela Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), incluem diagnóstico, vigilância nutricional, orientações alimentares específicas, além de promoção da alimentação adequada e saudável e educação alimentar e nutricional.¹⁵ Ademais, há grande relevância ao estabelecer protocolos e diretrizes terapêuticas relacionados a este cuidado, pois esses documentos são construídos a partir de “declarações desenvolvidas sistematicamente para auxiliar as decisões do profissional sobre cuidados de saúde apropriados [...]”,¹⁶ tornando-os, desta forma, ferramentas envolvidas nos avanços e organização das ofertas de ações voltadas para alimentação e nutrição.¹⁵

Diante do exposto, verifica-se a pertinência da identificação de estratégias que façam convergir reflexões acerca do DHAA com o cuidado às pessoas com doenças cardiovasculares. Sendo assim, identificou-se o acervo da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC)¹⁷ como material relevante uma vez que aborda o cuidado nutricional e sua relação com o desenvolvimento, prevenção e atenção à saúde dessas pessoas.

Diante das diversas formas que o DHAA, contemplado na constituição brasileira, é negado à população mais vulnerável, sua contribuição para o desenvolvimento de DCVs, em termos de saúde pública, se torna preocupante.

Além disso, entende-se que o papel das Diretrizes Clínicas no cuidado de pessoas com DCVs se torna fundamental na incorporação de estratégias para o fomento 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 atuais.⁶

Neste sentido, este artigo objetiva analisar as oportunidades de inclusão da ótica do DHAA na abordagem do CRAN nos documentos destinados ao cuidado das pessoas com DCVs.

MÉTODO

Foi realizada análise documental¹⁸ das “Diretrizes, Posicionamentos e Normatizações” da SBC que estabelecem e disponibilizam recomendações produzidas por especialistas. O enfoque nesses documentos entende que, ainda que sejam produzidos por uma sociedade de uma especialidade médica, eles são escritos e utilizados por profissionais de diversas categorias. Além disso, compreende-se que o DHAA deve ser abordado de forma interdisciplinar, extrapolando o campo científico da Alimentação e Nutrição.

Foram pesquisados documentos publicados entre 2015 e 2021 no *site* da SBC,¹⁷ tendo como critérios de inclusão: diretrizes ou posicionamentos publicados dentro do período temporal mencionado; que tivessem, em seus documentos, parte relacionada ao CRAN; e que abordassem como tema principal o cuidado das doenças como hipertensão arterial, dislipidemias e aterosclerose e infarto agudo do miocárdio (com ou sem supra desnivelamento do segmento ST) em adultos e idosos. Quando foi identificada mais de uma versão de um mesmo documento selecionado, optou-se por escolher a mais recente. A busca foi realizada entre os meses de abril e dezembro de 2022. Como critério de exclusão, não foram consideradas diretrizes clínicas que abordassem temas relacionados exclusivamente ao cuidado de doenças cardiovasculares em gestantes, crianças e adolescentes, e que não tivessem nenhuma abordagem do CRAN.

A estruturação da avaliação crítica desses documentos, a partir de uma análise temático-categorial, se embasou em duas etapas fundamentais: a análise preliminar e a análise *per se*, que se relaciona diretamente ao objeto do estudo, destacado pela questão norteadora. A análise preliminar consiste na examinação de cinco dimensões do texto, sendo estas o contexto, o autor ou autores, a autenticidade e confiabilidade do texto, a natureza do texto, os conceitos-chave e a lógica interna do texto.¹⁸

A questão orientadora deste estudo foi: quais as oportunidades para inclusão da ótica do Direito Humano à Alimentação Adequada expressas na abordagem do CRAN destinada 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, elaborado a partir de documentos nacionais,^{7,19} os quais utilizaram como base a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) e o Comentário Geral nº 12, responsáveis por trazerem a essência e definição dos princípios e conceitos intrínsecos do DHAA.^{2,4}

Como estratégia analítica, foram realizadas duas etapas. A primeira foi a leitura dos documentos em sua íntegra por um autor; e a segunda, destacando seções específicas de interesse: (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 contexto,¹⁸ foi realizada a leitura de seções conflitos de interesse e sobre os autores; para a examinação das dimensões de confiabilidade e autenticidade do texto, incluiu-se na leitura a seção de referências bibliográficas. Caso houvesse dúvida

sobre a seleção de seções nos documentos, esta era avaliada por um segundo autor e era considerada para análise a partir do consenso entre os dois autores envolvidos na seleção.

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

Conceitos intrínsecos	Descrição
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	Descrição
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.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Filtros, protagonistas e cenários: um retrato das diretrizes

Os documentos selecionados abordam orientações e recomendações baseadas em evidências referentes ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso destinado a indivíduos com infarto agudo do miocárdio; dislipidemias e consumo de gorduras e sua influência no desenvolvimento de doenças cardiovasculares e hipertensão arterial. Entre os anos de 2015 e 2021, foram identificados 13 documentos no *site* da SBC, dos quais foram selecionados 5 (cinco), a partir dos critérios de exclusão e conforme descrito no Quadro 2.

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	Sociedade Brasileira de Cardiologia	Médicos (todos os autores)
Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose	2017	Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD); Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabolismo.	Médicos (44) Nutricionistas (4) Educador físico (1) Farmacêutico (1) Químico (1) Não encontrado (7)
Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial	2020	• 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	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	Departamento de Cardiologia Clínica da Sociedade Brasileira de Cardiologia	Médicos (64) Não encontrado (5)

A publicação de diretrizes médicas tem como critério a consulta a especialistas em determinado tema, a fim de sistematizar evidências científicas atualizadas acerca de diagnósticos e tratamentos. A redação dos documentos analisados teve autoria coletiva, sendo realizada por profissionais que pesquisam e/ou têm experiência clínica no tema e que são vinculados 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. Destaca-se a concentração das instituições mencionadas no eixo sul-sudeste, revelando a concentração regional na produção desse tipo de conhecimento.

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.

Deve-se ressaltar que apesar de não haver consenso com relação à definição de conflitos de interesses, sabe-se que toda relação entre pesquisadores e indústrias que tenham um objetivo secundário, com possibilidades de influenciar o objetivo primário, considera-se como a existência de conflitos de interesses.²⁰

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, essa interação pode fortalecer relações conflituosas e antagônicas entre o objetivo da empresa e o das instituições médico-científicas, que expõem riscos à saúde humana.²³ 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 pública.²⁴ Uma vez que todos os documentos apresentam seção destinada aos conflitos de interesse, reforçam a importância da transparência das relações entre os setores público e privado, evitando tomada de ações que não sejam interessantes e pertinentes à saúde pública. Sendo assim, como forma de Apoderamento e Participação, princípios do DHAA, torna-se fundamental a presença da sociedade civil em espaços de tomada de decisão.

Ao observar a formação dos profissionais que participaram da redação das diretrizes, é possível perceber que os especialistas são, em sua maioria, médicos, agregando poucos profissionais de outras áreas no corpo de autores.²⁵ Desta forma, temas que são mais discutidos entre profissionais de outras áreas, como o DHAA, podem ser menos mencionados ou mesmo desconsiderados na seleção dos conteúdos da diretriz.

Relevante ressaltar que apenas três publicações têm ao menos um nutricionista entre seus autores. É possível destacar “Posicionamento sobre o Consumo de Gorduras e Saúde Cardiovascular”²⁶ como o que apresenta o maior quantitativo de nutricionistas, enquanto a “Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial”²⁷ é a que apresenta maior variedade de profissionais da área da saúde.

O realce dado à presença de nutricionistas dentre os autores se deve ao fato de comumente serem atribuídas a esse profissional as atividades mais vinculadas ao CRAN. Em consequência, possivelmente ele é o profissional que tem mais acesso aos conteúdos de DHAA durante a graduação e sua *formação*.²⁸

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. Os documentos que iniciam pelo item “Apresentação”, 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”²⁷ (p.168) 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”²⁹(n.p).

Analisando-se as referências bibliográficas utilizadas, percebe-se a grande influência de estudos internacionais na elaboração de conteúdos referentes a alimentação e nutrição. Além disso, é possível destacar que algumas diretrizes²⁷⁻³¹ utilizam como base acervos de órgãos e sociedades médicas internacionais, incluindo artigos de estudos epidemiológicos e ensaios clínicos.

Cabe refletir que esses estudos científicos costumam ser considerados importantes devido ao peso de evidência científica e grau de recomendação que comportam, sendo historicamente considerados 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^{32,33} 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 específico.³⁴ Neste sentido, merece destaque o debate sobre iniciativas em curso que vêm 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”.³⁵ A produção de conhecimento, baseada em formas conservadoras e eurocêntricas de produção científicas, mascara o 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.^{32,34} Diante disso, é evidente a existência de desafios frente à forma de produção das evidências científicas utilizadas pelas diretrizes clínicas, tornando-se foco para reconsiderações e ressignificados.³³

Apenas um documento²⁷ traz como referência o *Guia Alimentar para a População Brasileira* (GAPB).³⁶ Contudo, 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 DicaBr,³⁷ que enfatiza orientações para manter um padrão alimentar cardioprotetor, a partir de alimentos regionais brasileiros; além de outros os relatórios do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA): “Prevenção e Controle da Obesidade”,³⁸ que deu origem a “Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade”³⁹ e “Políticas Públicas para Garantia da Alimentação Adequada e Saudável”.⁴⁰

Além disso, foram encontrados alguns artigos publicados na mesma época das diretrizes que se relacionam a IA e, indiretamente, o não cumprimento do DHAA como fatores de risco para DCVs, uma vez que a dificuldade de acesso a alimentos saudáveis assim como a maior oferta e consumo de alimentos ultraprocessados podem contribuir para o desenvolvimento de doenças cardiometabólicas.^{13,41-43}

Observa-se, portanto, que o protagonismo é exercido pelo saber biomédico e literatura internacional, ainda que, no cenário nacional, tenham sido disponibilizadas referências do Ministério da Saúde e outros órgãos de Estado que, produzidas no contexto da defesa do DHAA, incorporam desafios e possibilidades. Considerando este retrato das publicações, percebe-se que alguns filtros utilizados podem retirar do cenário brasileiro - marcado por diversidade e iniquidades - muitas de suas cores e matizes, o que pode dificultar a percepção da necessidade de incorporação da ótica do DHAA.

O “nutricionismo” nosso de cada dia

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:

[...] 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 [...].²⁷ (p. 170)

[...] restrição do consumo de carboidratos, da sacarose e de ácidos graxos saturados ou trans [...].³⁰ (p. 67)

A interpretação do papel dos nutrientes fora do contexto dos alimentos configura uma visão reducionista da nutrição, uma vez que é sabido que o 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 distintos.^{36,44} Cabe destacar, contudo, a relação entre padrões alimentares não saudáveis, baseados em alimentos ultraprocessados, e o desenvolvimento de DCNTs, associação amplamente investigada ao longo dos últimos anos e considerada, inclusive, na elaboração do novo *Guia Alimentar para a População Brasileira*.⁴⁵

Em evidência na atual conjuntura, o conceito de nutricionismo - ou o reducionismo nutricional -, apresentado por Gyorgy Scrinis,⁴⁴ é uma chave de análise relevante para refletir de forma crítica sobre os desafios e oportunidades para o diálogo entre o CRAN 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”⁴⁴ (p.25).

A visão do alimento de forma rasa, exclusivamente a partir de aspectos nutricionais, estimula a dimensão biologicista/medicalizante da alimentação, que tem como costume reforçar apenas propriedades nutricionais ou, como diz Scrinis,⁴⁴ a 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, independentemente de seu contexto alimentar, são chamados de “alimentos não saudáveis”.⁴⁶

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, pode contribuir com desinformação para a população e profissionais da área.⁴⁴ Em contraponto, conhecimento que leva em consideração sistemas e padrões alimentares integram dimensões que podem contribuir com o risco de DCNTs e DCVs.^{36,47}

Vale discutir que parte dos documentos analisados utilizam nas recomendações a classificação 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.³¹ (p. 236).

O uso desta classificação é coerente com a primeira edição do *Guia Alimentar para a População Brasileira*,⁴⁸ na qual a pirâmide alimentar é o centro da orientação nutricional. Nesse instrumento, a

separação em grupos alimentares tem como critério a composição de nutrientes a partir de suas funções nutricionais (carboidratos complexos e simples, proteína e gorduras) para categorização.⁴⁸

Entretanto, com o advento da classificação NOVA,⁴⁵ na segunda edição do GAPB e demais estudos que reforçam sua relevância,^{45,49,50} observou-se que em um mesmo grupo de alimentos que aparentemente possuem mesma função nutricional ou biológica, há formulações alimentícias com combinação de ingredientes relacionados com o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), inclusive DCVs.^{51,52} Assim, não é interessante estimular o consumo dessas formulações alimentícias.

Além disso, as orientações na segunda edição do GAPB exploram mais as outras dimensões da alimentação, quando comparado com o *Guia* anterior, uma vez que estimulam o ato de cozinhar, de consumir alimentos regionais e de produtores locais, além da comensalidade, e o ato de cozinhar como ancestralidade.⁵³ 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 ligadas à complexidade humana.⁵⁴

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 DCVs.⁵⁵

“A dieta recomendada para a prevenção pós-IAM é a da AHA com restrição calórica variável, de acordo com o IMC” [...] ³⁰ (p. 70).

Apesar de seu papel determinante no risco cardiovascular, essas condições são multifatoriais, possuindo diversas formas de manejo, além da restrição calórica.^{56,57} Diversos documentos evidenciam que a obesidade é uma condição complexa, que está relacionada à implementação de políticas públicas sociais e de saúde efetivas.^{6,37,47,58}

Observa-se que o trecho destacado abaixo trata da mudança do estilo de vida e o incentivo à alimentação saudável na perspectiva individual, com responsabilização das pessoas sobre os hábitos alimentares e prática de atividade física.

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.²⁹ (p. 18)

Percebe-se que não há menção aos 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. Isso reforça a culpabilização daqueles que assumem esses modos, ignorando os determinantes sociais em saúde que contribuem para a construção desses comportamentos.⁵⁹

Referências nacionais, como o GAPB e a DicaBr, ressaltam a importância de respeitar os hábitos culturais e o contexto social dos indivíduos para a promoção de uma alimentação adequada e saudável e cardioprotetora, além de citar a necessidade de responsabilização do poder público na implementação de políticas públicas, vislumbrando sistemas alimentares saudáveis.^{36,37}

Identifica-se, dessa maneira, o Nutricionismo como obstáculo relevante à incorporação da ótica do DHAA nas diretrizes, uma vez que estas se concentram em abordagens centradas no nutriente e na doença, tornando mais difícil atentar para aspectos como disponibilidade, adequação, acessibilidade e aceitabilidade.

Estes estão, em grande medida, relacionados aos diferentes contextos alimentares, portanto considerando aspectos sociais, culturais, econômicos e ambientais relacionados aos indivíduos e suas condições de vida.

Oportunidades para a abordagem do DHAA nas Diretrizes

Partindo da análise das Diretrizes, foi possível identificar trechos que apresentam alinhamento com os conceitos e princípios do DHAA. Tendo em vista que a realização do direito à alimentação deve ser realizada de forma progressiva mediante iniciativas da Sociedade Civil e ações do Estado,⁴ cabe ressaltar que em grande medida as publicações oficiais brasileiras - sobretudo aquelas elaboradas nos períodos de vigência do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - incorporam distintas dimensões do DHAA.

As duas edições do GAPB reconhecem que a alimentação deriva de práticas alimentares associadas a significados sociais e culturais.^{36,48} A edição mais recente adotou a classificação de alimentos NOVA⁴⁵ e deu centralidade às "refeições tradicionais e preparações culinárias brasileiras".⁵³ Ela apresenta como regra de ouro: "Prefira sempre alimentos *in natura* ou minimamente processados e preparações culinárias a alimentos ultraprocessados".³⁶

Tomando a análise das Diretrizes observa-se que, ainda que mantenham orientações fortemente vinculadas à redução calórica, passaram a incluir termos como "preferências individuais e culturais"²⁷(p. 194), "padrões culturais"³¹(p. 236) e "aspectos socioeconômicos e culturais"²⁸(p. 530). Compreendem-se, nesse sentido, oportunidades de inserção dos debates acerca da adequação que considerem a diversidade das práticas alimentares da população brasileira.

A incorporação da individualização do CRAN é expressa em ao menos duas diretrizes. Tal aspecto pode representar oportunidade para a incorporação das diversidades culturais, regionais, geracionais e outras que permitam abordagens mais atentas à adequação e à aceitabilidade.

Destaca-se, na redação das diretrizes sobre hipertensão arterial e consumo de gorduras,^{28,27} a importância da leitura dos rótulos para conhecer e reconhecer os ingredientes de determinado alimento. Eles também reforçam a necessidade de 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 da 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 processados²⁸(p. 531)

Assim, abre-se a discussão sobre a valorização do acesso à informação referente aos alimentos consumidos e de responsabilização de governos sobre acesso e disponibilidade de informações sobre os alimentos disponíveis para aquisição e consumo. Tais estratégias estão relacionadas com os princípios de apoderamento e responsabilização.^{7,19}

Em consonância com o que foi mencionado, reflexões sobre a corresponsabilização do cuidado, caracterizando o consumidor como agente ativo na determinação de suas escolhas, a partir do acesso à informação, torna-se oportuno relacionar, mais uma vez, com os princípios de participação e apoderamento, observado a partir deste trecho:

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 mesa²⁸ (p. 563)

Apesar de a legislação brasileira referente à rotulagem de alimentos ainda precisar de revisões,⁶⁰ ela vem criando novas medidas, priorizando facilitar o acesso à informação aos consumidores, favorecendo a tomada de decisão nas escolhas alimentares.⁶¹ O conhecimento sobre a composição do alimento e a segurança quanto à ingestão de nutrientes são questões importantes para auxiliar em escolhas alimentares mais conscientes, auxiliando na manutenção da saúde⁶⁰ e para apoderar o consumidor e fortalecer os conceitos de soberania e SAN, um dos instrumentos utilizados para a garantia do DHAA.⁶²

A leitura crítica das Diretrizes, à luz de conceitos e princípios relacionados ao DHAA, permite identificar lacunas e oportunidades de incorporar ou aproximar-se da ótica dos direitos humanos. No Quadro 3, apresenta-se uma representação de presenças, ausências e exemplos de oportunidade de inclusão do DHAA em tais documentos

Quadro 3. Oportunidades de abordagem a partir dos conceitos intrínsecos e princípios para abordagem do Direito Humano à Alimentação Adequada.

Conceitos e Princípios	Abordagem realizada/Diretrizes que abordaram	Exemplos de oportunidade para incluir e/ou ampliar abordagem
Disponibilidade	Não abordado	Propor reflexão e apontar literatura que apoie a análise sobre custo de alimentação adequada e saudável.
Adequação	Aborda a necessidade de incluir aspectos culturais da alimentação e individualização das orientações nutricionais. Diretrizes: “Posicionamento sobre o Consumo de Gorduras e Saúde Cardiovascular” “Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST”	Ampliar a abordagem da cultura alimentar tendo como referência a alimentação culturalmente referenciada à luz do GAPB e outras publicações nacionais
Acessibilidade	Não abordado	Propor reflexão e apontar literatura que apoie a análise sobre custo de alimentação adequada e saudável e disponibilidade de alimentos nas diferentes regiões do país.
Estabilidade	Não abordado	Propor reflexão e apontar literatura que apoie a análise sobre custo de alimentação adequada e saudável e disponibilidade de alimentos nas diferentes regiões do país.
Aceitabilidade	Aborda a necessidade de incluir aspectos culturais da alimentação e individualização das orientações nutricionais. Diretrizes: “Posicionamento sobre o Consumo de Gorduras e Saúde Cardiovascular”	Ampliar abordagem crítica incluindo reflexões acerca do conceito de Nutricionismo, da NOVA Classificação de Alimentos e de Conflitos de Interesse.

Quadro 3. Oportunidades de abordagem a partir dos conceitos intrínsecos e princípios para abordagem do Direito Humano à Alimentação Adequada. (Cont.)

Conceitos e Princípios	Abordagem realizada/Diretrizes que abordaram	Exemplos de oportunidade para incluir e/ou ampliar abordagem
Dignidade humana	Não abordado	Propor reflexão a partir de dados epidemiológicos acerca das iniquidades e determinantes sociais das doenças que impactam a ocorrência de doenças cardiovasculares.
Não discriminação	Não abordado	Propor reflexão a partir de dados epidemiológicos acerca das iniquidades e determinantes sociais das doenças que impactam a ocorrência de doenças cardiovasculares.
Apoderamento	Aborda a importância da rotulagem nutricional para o direito de escolha. Diretrizes: "Posicionamento sobre o Consumo de Gorduras e Saúde Cardiovascular"	Propor reflexão e apontar literatura relacionada à Educação Alimentar e Nutricional comprometida com a realização do Direito Humano à Alimentação.
Participação	Não abordado	Propor reflexões acerca da importância de acompanhamento e participação de profissionais de saúde em consultas públicas relacionadas (a exemplo daquelas realizadas no âmbito da ANVISA).
Prestação de contas (responsabilização)	Aborda a relevância de ações governamentais, em especial as que tratam de rotulagem nutricional e regulação (a exemplo da quantidade de sódio em alimentos processados). Diretrizes: "Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial"	Apontar legislação nacional pertinente à realização do direito à saúde e direito humano à alimentação adequada.

A incorporação de perspectivas que valorizam aspectos culturais e a individualização do cuidado oportunizam abordagens que atendam aos princípios de adequação e aceitabilidade, essenciais ao tratamento do DHAA. A valorização do acesso à informação sobre alimentos e rotulagem inclui a oportunidade de incorporar a abordagem de Apoderamento e Participação apontando para a responsabilização do Estado.

Percebe-se que, ao incluir a dimensão cultural nos textos das diretrizes e reconhecer o direito à informação a partir da rotulagem nutricional, são apresentadas oportunidades. Além disso, a abordagem a partir dos direitos humanos reconhece que existe um compartilhamento de responsabilidades entre toda a sociedade, mas reforça a importância do reconhecimento e da cobrança das obrigações do Estado relacionados a mecanismos de promoção, proteção e provimento.

Diante do atual contexto de injustiças e iniquidades, políticas públicas de garantia do DHAA se tornam essenciais. Neste sentido, deve-se reconhecer a importância de que o Estado se posicione diante da necessidade de cumprimento de medidas que possuem grande interesse na área de saúde pública no que concerne à garantia de uma alimentação adequada, sob a ótica dos direitos humanos, como regras de

rotulagem, tributação onerosa de produtos ultraprocessados, proibição da venda de produtos ultraprocessados em escolas, entre outras medidas.¹¹ Não obstante, deve-se refletir que o reconhecimento da alimentação enquanto um direito e a efetivação de políticas públicas é constrangida e contraída pela ordem capitalista vigente.⁶³ Neste sentido, o posicionamento da academia e organizações de cunho científico pelo comprometimento do Estado frente a sua obrigação de garantia do DHAA é relevante.

Da mesma forma, cabe ressaltar que as políticas públicas brasileiras partem do conceito de alimentação adequada e saudável⁶⁴ e que, num contexto de sindemia global,^{47,65} cabe levar em consideração a necessidade de interconexão entre o conceito de dietas saudáveis e dietas sustentáveis, levando em conta as mudanças climáticas, oferta de alimentos e o sistema alimentar global.^{47,65}

Este estudo apresenta como limitações a falta de análise de todas as partes dos documentos selecionados e a pouca compreensão do contexto do processo de construção de conhecimento da SBC (eventos científicos e outros debates realizados durante o processo de elaboração).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As diretrizes sobre angina, infarto agudo do miocárdio e ainda sobre tratamento de dislipidemias e aterosclerose acabam por exercer o nutricionismo, enfatizando apenas o nutriente, e não os alimentos ou o padrão alimentar. Parte disso pode ser justificado devido à utilização de referências que realizaram estudos de intervenção, utilizando determinado nutriente como fator protetor ou de risco.

As diretrizes sobre consumo de gorduras e hipertensão arterial, em contrapartida, trazem referências nacionais sobre SAN e o DHAA, como o próprio *Guia Alimentar* e a DicaBr, alimentação voltada para prevenção de DCVs.

Os princípios de Apoderamento e Participação são os aspectos observados, e seriam as oportunidades relacionadas à implementação do DHAA no cuidado nutricional nas DCVs. Desafios estariam relacionados à necessidade de reconhecimento das iniquidades e injustiças alimentares que podem impactar Disponibilidade, Acessibilidade, Estabilidade, Dignidade e Não Discriminação.

Introduzir o conceito de DHAA e os seus princípios na elaboração de diretrizes clínicas é relevante, visto o atual cenário brasileiro. A incorporação de conceitos, assim como o posicionamento público de especialistas e sociedades médicas, pode contribuir para a orientação das responsabilidades de profissionais de saúde e obrigações do Estado relacionadas ao DHAA.

Ampliar a diversidade de saberes, atores e referências utilizados nos debates e confecções de diretrizes clínicas representa desafio e potencial relevante para a incorporação das diferentes dimensões, com aquelas relacionadas à promoção da integralidade do cuidado em alimentação adequada e nutrição. Tal aspecto se torna essencial para a incorporação do DHAA nos diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde.

REFERÊNCIAS

1. Freudenberg, N. Alimentos: a prevalência dos ultraprocessados na dieta global. In: FREUDENBERG, N. A que custo? O capitalismo (moderno) e o futuro da saúde. São Paulo: Elefante; 2022. p. 89.

2. Organização das Nações Unidas (ONU). Declaração Universal dos Direitos Humanos [internet]. Paris, 1948 [acesso em 12 de setembro de 2023]. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/91601-declara%C3%A7%C3%A3o-universal-dos-direitos-humanos>.
3. Organização das Nações Unidas (ONU). Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais [internet]. Nova Iorque, 1966 [acesso em 12 de setembro de 2023]. Disponível em: <https://www.oas.org/dil/port/1966%20Pacto%20Internacional%20sobre%20os%20Direitos%20Econ%C3%B3micos,%20Sociais%20e%20Culturais.pdf>.
4. Organização das Nações Unidas (ONU). Comentário Geral número 12: O direito Humano à Alimentação. Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais do Alto Comissariado de Direitos Humanos da ONU [internet]. 1999 [acesso em 12 de setembro de 2023]. Disponível em: <https://fianbrasil.org.br/wp-content/uploads/2016/12/Comentario-Geral-No-12.pdf>
5. Rede Brasileira de Pesquisa em Segurança Alimentar e Nutricional. VIGISAN 2021: Inquérito Nacional de Insegurança Alimentar e COVID-19 2021. Brasília: A rede; 2022
6. Food and Agriculture Organization (FAO). Versão resumida do panorama de Segurança Alimentar e Nutricional na América Latina e Caribe 2022 - para melhorar a acessibilidade a dietas saudáveis. Santiago: PAHO, 2023.
7. Burity VTA, Rocha NC. Informe Dhana 2021: pandemia, desigualdade e fome. Brasília: FIAN Brasil; 2021
8. Alpino T de MA, Santos CRB, Barros DC de, Freitas CM de. COVID-19 e (in)segurança alimentar e nutricional: ações do Governo Federal brasileiro na pandemia frente aos desmontes orçamentários e institucionais. Cad Saúde Pública [Internet]. 2020;36(8):e00161320. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00161320>.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de orçamentos familiares 2017-2018: análise da segurança alimentar no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.
10. Souza LRM., Ditterich RG, Melgar-Quinónez H. A pandemia de Covid-19 e seus entrelaçamentos com desigualdade de gênero, insegurança alimentar e apoio social na América Latina. Interface, 2021, 25 (Supl. 1): e200651. <https://doi.org/10.1590/interface.200651>
11. ACT - Promoção da Saúde. Rio de Janeiro: A associação; c2023 [citado em 05 de abril de 2023]. Nota Técnica ACT nº3: Por uma reforma tributária a favor da saúde; [1 tela]. [acesso em 12 de setembro de 2023]. Disponível em: <https://actbr.org.br/post/nota-tecnica-03-por-uma-reforma-tributaria-a-favor-da-saude/19469/>.
12. Martinez Steele E, Marrón Ponce JA, Cediel G, Louzada MLC, Khandpur N, Machado P 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;32(12):2739-2750. <https://doi.org/10.1016/j.numecd.2022.08.018>.
13. Santos ALB, Gubert MB, Deus ACS. 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. <https://doi.org/10.12957/demetra.2016.19730>

14. Sun Y, Liu B, Rong S, Du Y, Xu G, Snetselaar LG et al. Food Insecurity Is Associated with Cardiovascular and All-Cause Mortality Among Adults in the United States. *J Am Heart Assoc.* 2020;9(19):e014629. <https://doi.org/10.1161/JAHA.119.014629>
15. Ministério da Saúde. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
16. Institute of Medicine (IOM). Clinical practice guidelines: directions for a new program. Washington DC: National Academies Press; 1990. <https://doi.org/10.17226/1626>
17. portal.cardiol.br [internet]. São Paulo: Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC); c2023 [acesso em 15 de maio de 2022]. Disponível em: <https://www.portal.cardiol.br/>.
18. Cellard A. A análise documental. In: POUPART, J.; et.al. A Pesquisa Qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014
19. Burity VTA, Franceschini T, Valente F, Recine E, Leão M, Carvalho MF. Direito humano à alimentação adequada no contexto da segurança alimentar e nutricional. Brasília: ABRANDH; 2010.
20. Nascimento ML, Lorenzo C, Sanchez MN. Ensaios clínicos em congressos médicos: estudo sobre conflito de interesses. *Rev. Bioét.* 2022;30(2):325-326. <https://doi.org/10.1590/1983-80422022302528PT>
21. Pereira TN, Nascimento FA, Bandoni DH. Conflito de interesses na formação e prática do nutricionista: regulamentar é preciso. *Cien Saude Colet.* 2016;21(12):3833-3844. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152112.13012015>
22. Mariath AB, Martins APB. Atuação da indústria de produtos ultraprocessados como um grupo de interesse. *RevSaude Publica.* 2020;54(107):1-10. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002127>
23. Palma A, Ferreira NT, Vilaça MM, Assis M. Conflitos de interesse na “guerra” contra a obesidade: é possível servir a dois senhores? *Saúde Soc.* 2014;23(4):1262-1274. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000400012>
24. Burlandy L, Alexandre VP, Gomes FS, Castro IRR, Dias PC, Henriques P. et al. Políticas de promoção da saúde e potenciais conflitos de interesses que envolvem o setor privado comercial. *Cien Saude Colet.* 2016;21(6):1809-1818. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015216.06772016>
25. Rohde LEP, Montera MW, Bocchi EA, Clausell NO, Albuquerque DC, Rassi S. et al. Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda. *Arq. Bras. Cardiol.* 2018;111(3):436-539. <https://doi.org/10.5935/abc.20180190>
26. Izar MCO, Lottenberg AM, Giraldez VZR, Filho RDS, Machado RM, Bertolami A et al. Posicionamento sobre o Consumo de Gorduras e Saúde Cardiovascular – 2021. *Arq Bras Cardiol.* 2020;116(1):160-212. <https://doi.org/10.36660/abc.20201340>
27. Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Mota-gomes MA, Brandão AA, Feitosa ADM et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. *Arq Bras Cardiol.* 2021;16(3):516-658. <https://doi.org/10.36660/abc.20201238>
28. Lisboa CMP, Fonseca AB. Abordagem de segurança alimentar nutricional nos currículos das universidades federais brasileiras: principais enfoques. *Saúde Soc.* 2020;29(3):1-13. 10.1 <https://doi.org/590/S0104-12902020190570>

29. Faludi AA, Izar MCO, Saraiva JFK, Chacra APM, Bianco HT, Afiune Neto A et al. Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose – 2017. *ArqBrasCardiol.* 2017;109(2Supl.1):1-76.
<https://doi.org/10.5935/abc.20170121>
30. Piegas LS, Timerman A, Feitosa GS, Nicolau JC, Mattos LAP, Andrade MD et al. V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST. *ArqBrasCardiol.* 2015;105(2):1-105. <https://doi.org/10.5935/abc.20150107>
31. Nicolau JC, Filho GSF, Petriz JL, Furtado RHM, Précoma DB, Lemke W et al. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST – 2021. *ArqBrasCardiol.* 2021;117(1):181-264. <https://doi.org/10.36660/abc.20210180>
32. Sevalho G. Contribuições das críticas pós-colonial e decolonial para a contextualização do conceito de cultura na Epidemiologia. *CadSaude Publica.* 2022;38(6):1-14. <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT243421>
33. Oliveira ES. O Pensamento de Fronteira de Carolina Maria de Jesus. *Psicologia - Ciencia e Profissao.* 2020;40:1-12. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003212106>
34. Fardet A, Rock E. Toward a new philosophy of preventive nutrition: from a reductionist to a holistic paradigm to improve nutritional recommendations. *Adv Nutr.* 2014;5(4):430-446. <https://doi.org/10.3945/an.114.006122>
35. Gonçalves LAP, Oliveira RG, Gadelha AGS, Medeiros TM. Saúde coletiva, colonialidade e subalternidades – uma (não) agenda? *Saude Debate.* 2019;43 (8):160-174. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S812>
36. Ministério da Saúde. Guia alimentar para a população brasileira. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
37. Ministério da Saúde. Alimentação Cardioprotetora: manual de orientações para os profissionais de saúde da Atenção Básica. Hospital do Coração. Brasília: Ministério da Saúde, 2018
38. Câmara Interministerial em Segurança Alimentar e Nutricional. E.M. nº 008-2012/CONSEA: Plano Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade. Brasília, 2012.
39. 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.
40. 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.
41. Nilson EAF, Spaniol AM, Santin RC, Silva SA. Estratégias para redução do consumo de nutrientes críticos para a saúde: o caso do sódio. *Cad. Saude Publica.* 2021;37(1):2-12. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00145520>
42. Vasconcelos SML, Torres NCP, Silva PMC, Santos TMP, Silva JVL, Omena CMB et al. Insegurança Alimentar em Domicílios de Indivíduos Portadores de Hipertensão e/ou Diabetes. *IJCS.* 2015;28(2):114-121.
<https://doi.org/10.1590/0102-311X00072713>

43. Liu Y, Eicher-Miller HA. Food Insecurity and Cardiovascular Disease Risk. *Curr Atheroscler Rep*. 2020;23(24):1-12. <https://doi.org/10.1007/s11883-021-00923-6>
44. Scrinis G. *Nutricionismo: a ciência e a política do aconselhamento nutricional* (tradução: Juliana Leite Arantes). São Paulo: Elefante, 2021.
45. Monteiro CA, Levy RB, Claro RM, Castro IRR, Cannon G. A new classification of foods based on the extent and purpose of their processing. *Cad. Saúde Pública*. 2010;26 (11):2039-2049. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010001100005>
46. Burlandy L, Castro IRR, Recine E, Carvalho CMP, Peres J. Reflexões sobre ideias e disputas no contexto da promoção da alimentação saudável. *Cad. Saúde Pública*. 2021;37 (Supl.1):e00195520. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00195520>
47. Swinburn BA, Kraak VI, Allender S, Atkins VJ, Baker PI, Bogard JR et al. The global Syndemic of obesity, Undernutrition, and climate change: the lancet commission report. *Lancet*. 2019;393(10173):791-846. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32822-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32822-8).
48. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
49. Kelly B, Jacoby E. Public Health Nutrition special issue on ultra-processed foods. *Public Health Nutr*. 2017;21(1):1-4. <https://doi.org/10.1017/S1368980017002853>
50. Louzada MLC, Ricardo CZ, Martinez Steele E, Levy RB, Cannon G, Monteiro CA. The share of ultra-processed foods determines the overall nutritional quality of diets in Brazil. *Public Health Nutr*. 2017;21(1):94-102. <https://doi.org/10.1017/S1368980017001434>
51. Martinez Steele E, Popkin BM, Swinburn B, Monteiro CA. The share of ultra-processed foods and the overall nutritional quality of diets in the US: evidence from a nationally representative cross-sectional study. *Popul Health Metr*. 2017;15(6):1-11. <https://doi.org/10.1186/s12963-017-0119-3>.
52. Rauber F, Louzada MLC, Martinez Steele E, Millet C, Monteiro CA, Levy RB. Ultra-Processed Food Consumption and Chronic Non-Communicable Diseases-Related Dietary Nutrient Profile in the UK (2008-2014). *Nutrients*. 2018;10(587):1-13. <https://doi.org/10.3390/nu10050587>
53. Oliveira MMS, Amparo-Santos LS. Guias alimentares para a população brasileira: uma análise a partir das dimensões culturais e sociais da alimentação. *Cien Saude Colet*. 2020;25(7):2519-2528. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020257.22322018>
54. Aguiar OB, Padrão SM. Direito humano à alimentação adequada: fome, desigualdade e pobreza como obstáculos para garantir direitos sociais. *Serv. Soc. Soc.* 2022;143:121-139. <https://doi.org/10.1590/0101-6628.274>
55. Dias PC, Henriques P, Anjos LA, Burlandy L. Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro. *Cad. Saúde Pública*. 2017;33(7). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00006016>

56. Wharton S, Lau DCW, Vallis M, Sharma AM, Biertho L, Campbell-Scherer D. et al. Obesity in adults: a clinical practice guideline. *CMAJ*. 2020;192(31):E875-E891. <https://doi.org/10.1503/cmaj.191707>
57. Pepe RB, Lottenberg AMP, Fujiwara CTH, Beyruti M, Cintra DEC, Machado RM 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. <https://doi.org/10.1186/s13098-023-01037-6>
58. Organização Pan-americana da Saúde (OPAS). Obesidade como fator de risco para morbidade e mortalidade: evidências sobre o manejo com medidas não medicamentosas. Brasília: OPAS/OMS, 2016.
59. Madeira FD, Filgueira DA, Bosi MLM, Nogueira JAD. Estilos de vida, habitus e promoção da saúde: algumas aproximações. *Saúde e Sociedade*. 2018;27 (1):106-115. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018170520>
60. Ferreira AB, Lanfer-Marquez UM. Legislação brasileira referente à rotulagem nutricional de alimentos. *Revista de Nutrição*. 2007;20(1):83-93. <https://doi.org/10.1590/S1415-52732007000100009>
61. Anvisa [internet]. Brasília: A agência; c2023 Rotulagem nutricional: novas regras entram em vigor em 120 dias; [cerca de 2 telas]. [acesso em 25 de outubro de 2022]. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2022/rotulagem-nutricional-novas-regras-entram-em-vigor-em-120-dias>.
62. Albuquerque MFM. 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. *Revista de Nutrição*. 2009;22(6):895-903. <https://doi.org/10.1590/S1415-52732009000600011>
63. Guerra LDS, Bezerra ACD, Carnut L. Da fome à palatabilidade estéril: ‘espessando’ ou ‘diluindo’ o Direito Humano à Alimentação Adequada no Brasil? *Saúde Debate*. 2020;44(127):1231-1245. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012721>
64. Triches RM. Dietas saudáveis e sustentáveis no âmbito do sistema alimentar no século XXI. *Saúde Debate*. 2020;44(126):881-894. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012622>
65. Machado AD, Bertolini AN, Brito LS, Amorim MS, Gonçalves MR et al. O papel do Sistema Único de Saúde no combate à sindemia global e no desenvolvimento de sistemas alimentares sustentáveis. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2021;26(10):4511-4518. <https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.11702021>

Colaboradoras

Souza CM participou da concepção do trabalho, análise e interpretação de dados e redação do artigo; Reis EC participou da análise e interpretação dos dados, revisão crítica e aprovação final; Casemiro JP participou da concepção, elaboração e revisão final.

Conflito de Interesses: As autoras declaram não haver conflito de interesses.

Recebido: 16 de setembro de 2024

Aceito: 24 de fevereiro de 2026