

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PAMPA
CAMPUS ITAQUI
CURSO DE GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO

Mauriéli Escobar da Silva

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO
**QUALIDADE DA DIETA E CONSUMO DE SÓDIO DE PACIENTES EM
HEMODIÁLISE DE UMA CLÍNICA RENAL DE ITAQUI, RS**

Itaqui, RS

2013.

Mauriéli Escobar da Silva

QUALIDADE DA DIETA E CONSUMO DE SÓDIO DE PACIENTES EM
HEMODIÁLISE DE UMA CLÍNICA RENAL DE ITAQUI, RS

Trabalho de Conclusão de Curso
(TCC) apresentado à disciplina de
Trabalho de Conclusão de Curso
como requisito parcial para obtenção
do grau de **Bacharel em Nutrição**.

Orientadora: Prof.^a Karina S. M. d'Almeida

Itaqui, RS

2013

Ficha catalográfica elaborada automaticamente com os dados fornecidos
pelo(a) autor(a) através do Módulo de Biblioteca do
Sistema GURI (Gestão Unificada de Recursos Institucionais) .

S586q Silva, Maurieli Escobar da
Qualidade da Dieta e Consumo de Sódio de Pacientes em
Hemodiálise em uma Clínica Renal de Itaqui-RS / Maurieli
Escobar da Silva.
37 p.

Trabalho de Conclusão de Curso(Graduação)-- Universidade
Federal do Pampa, CURSO DE NUTRIÇÃO, 2013.
"Orientação: Karina Sanches Machado D'Almeida".

1. Dialise Renal. 2. Sódio na Dieta. 3. Insuficiência Renal
Crônica. 4. Qualidade na Dieta. 5. Comportamento Alimentar. I.
Título.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ter tudo que tenho e por estar sempre ao meu lado me protegendo e me iluminando nas horas mais difíceis.

À minha família, principalmente à minha mãe Ana Escobar pelo apoio emocional e financeiro e ao meu irmão Moraes Neto pelo carinho e apoio.

À colega Milena Simões pelo companheirismo, pelas palavras de motivação, pelas conversas e pelo apoio durante todo o desenvolvimento do trabalho.

Às colegas Laura Virgili, Ivana Aquino e Cintia Moser pelo convívio e pelos momentos de amizade e apoio, tornando os meus dias mais felizes e sempre com uma palavra amiga de incentivo e carinho.

À nutricionista Nathália Dalcin Vomero e toda a equipe da Clínica Renal do Hospital São Patrício pelos momentos de apoio e ajuda na coleta de dados.

À Prof. Karina Sanches Machado d'Almeida pela orientação, pelo apoio e pela competência para que este Trabalho de Conclusão de Curso fosse realizado.

À direção do Hospital São Patrício de Itaqui pelo aceite da realização deste trabalho.

À todas as pessoas que, direta ou indiretamente contribuíram para a realização desta pesquisa

**QUALIDADE DA DIETA E CONSUMO DE SÓDIO DE PACIENTES EM
HEMODIÁLISE DE UMA CLÍNICA RENAL DE ITAQUI, RS¹**

**QUALITY OF DIET AND SODIUM CONSUMPTION OF HEMODIALYSIS PATIENTS
IN A RENAL CLINIC FROM ITAQUI, RS**

Perfil alimentar em hemodiálise

Dietary profile in hemodialysis

Mauriéli Escobar da Silva²

Karina Sanches Machado d'Almeida³

¹ Todos os autores desenharam e conduziram a pesquisa, analisaram os dados e escreveram o artigo e todos os autores aprovaram a versão final. Os mesmos relatam não haver conflito de interesse.

² Acadêmica de curso de Nutrição, Universidade Federal do Pampa, Campus Itaqui.

³ Professora Mestre do curso de Nutrição, Universidade Federal do Pampa, Campus Itaqui.

Autor correspondente: Karina Sanches Machado d'Almeida.

Universidade Federal do Pampa. R. Luiz Joaquim de Sá Britto, s/n, bairro Promorar, CEP: 97650-000, Itaqui, RS, Brasil.

E-mail: karinasmdalmeida@unipampa.edu.br

RESUMO

Objetivo: Avaliar a qualidade da dieta e estado nutricional de pacientes submetidos à hemodiálise na Clínica Renal de Itaqui-RS.

Métodos: Neste estudo descritivo, observacional foram incluídos 15 pacientes. Dados sociodemográficos, clínicos e laboratoriais foram coletados dos prontuários de cada paciente. Para avaliação dos dados antropométricos foram aferidas medidas de peso seco, peso pré e pós-diálise, altura e circunferência da cintura. Dados dietéticos foram coletados por meio de três recordatórios de 24h e avaliados pelo Índice de Qualidade da Dieta Revisado. O consumo de alimentos ricos em sódio foi avaliado por meio de questionário de frequência específico.

Resultados: Na população estudada a média de idade foi de 57,3 anos sendo a maioria dos pacientes do sexo masculino (60%). A classificação do IMC foi de eutrofia para metade dos pacientes (53,3%). A média da circunferência da cintura foi de 89,67 cm, sendo que 73,3% dos pacientes apresentou valores adequados. Conforme avaliação dos dados dietéticos, o consumo de sódio diário foi de 3,98g e a pontuação média do Índice de Qualidade da Dieta foi de 63,33 pontos e 66,7% da população apresentou necessidade de modificação da dieta.

Conclusão: Os pacientes da Clínica Renal de Itaqui – RS apresentaram hábitos alimentares que necessitam de modificações, principalmente no que diz respeito ao consumo de frutas, verduras e cereais integrais. Também se destaca o elevado consumo de sódio, sendo o sódio adicional o mais prevalente entre o consumo total diário. Desta maneira, tornam-se necessárias estratégias de educação nutricional para uma mudança efetiva dos hábitos alimentares destes pacientes.

Termos de indexação: diálise renal, sódio na dieta, insuficiência renal crônica, qualidade na dieta, comportamento alimentar, consumo alimentar.

ABSTRACT

Objective: To evaluate dietary quality and nutritional status of hemodialysis patients in the Renal Clinic of Itaquí-RS.

Methods: We included 15 patients in the study. Sociodemographic, clinical and laboratory data were collected from medical records. To evaluate the anthropometric measurements were measured dry weight, weight pre and post-dialysis, height, and waist circumference. Dietary data were collected using three 24-hour recalls and evaluated by the Diet Quality Index - Revised. The consumption of foods high in sodium was assessed by a food frequency questionnaire.

Results: In this study the mean age was 57.3 years and most patients were male (60%). BMI classification was eutrophic to half of patients (53.3%). The average waist circumference was 89.67 cm, and 73.3% of patients had appropriate values. According to the assessment of dietary data, daily sodium intake was 3.98 g and the mean score of the Diet Quality Index was 63.33 points and 66.7% of the population was classified as “need a diet modification”.

Conclusion: Patients of the Renal Clinic need dietary changes, especially regarding to the consumption of fruits, vegetables and whole grains. Also highlights the high sodium intake, being the added sodium the most prevalent among total daily consumption. Therefore, become necessary nutritional education strategies for effective change in eating habits of these patients.

Indexing terms: Renal dialysis, sodium dietary, renal insufficiency chronic, quality of diet, feeding behavior, food consumption.

INTRODUÇÃO

A Doença Renal Crônica (DRC) é considerada atualmente um problema de saúde pública mundial. Ao final de 2004, aproximadamente 1,8 milhão de pacientes eram submetidos à Terapia Renal Substitutiva (TRS) no mundo¹ e esse número vem aumentando progressivamente durante os anos; principalmente devido ao envelhecimento da população e do aumento da prevalência de hipertensão, diabetes e obesidade^{2, 3}. Sabe-se que a hemodiálise permite prolongar a vida do paciente, porém é caracterizada por um cotidiano monótono e restrito⁴.

Além das alterações na qualidade de vida do paciente, tem sido observado o comprometimento do estado nutricional, desencadeado por deficiência imunológica, anemia, desordens hidroeletrólíticas, ácido-básicas e de lipídeos, carboidratos e proteínas e distúrbios do hábito alimentar⁵.

O estado nutricional de pacientes em hemodiálise vem sendo amplamente estudado devido às fortes associações entre a desnutrição energético-proteica e a elevada prevalência de morbimortalidade. Porém, também se observa que o excesso de peso e a obesidade tem apresentado um maior destaque nesta população⁶. As evidências sugerem que um consumo alimentar e estado nutricional adequados, associados ao acompanhamento multiprofissional, pode retardar a progressão da doença, além de minimizar os efeitos colaterais do tratamento e complicações metabólicas, mesmo em pacientes na fase mais avançada da patologia⁷.

Fatores como a ingestão alimentar insuficiente, o catabolismo aumentado, as alterações hormonais, e doenças associadas, estão ligadas às alterações do estado nutricional e de padrão alimentar. A análise da ingestão alimentar tem papel importante não só para quantificar os nutrientes consumidos, como também avaliar aspectos sociais, culturais, ambientais e cognitivo-emocionais da alimentação do dia-a-dia do paciente com o objetivo de promover estratégias alimentares para melhora dos sintomas da patologia presente⁸.

Um consumo alimentar adequado é importante para maximizar os benefícios da TRS e minimizar as complicações causadas pela doença⁷. Considerando que uma dieta equilibrada, de acordo com as recomendações para pacientes renais crônicos pode promover melhora no quadro clínico e maior bem-estar ao paciente, o presente trabalho teve por objetivo avaliar a qualidade da dieta e estado nutricional de pacientes submetidos à hemodiálise na Clínica Renal de Itaqui-RS.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, observacional com pacientes em tratamento na Clínica Renal do município de Itaqui-RS. Foram incluídos pacientes de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 18 anos, no programa da Clínica Renal há pelo menos 3 meses e que fazem tratamento de hemodiálise e diálise peritoneal, e que concordaram em participar do estudo, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido informado. Foram excluídos pacientes em uso de nutrição enteral, hospitalizados, que fizeram cirurgias nos últimos 30 dias e portadores de doenças consumptivas, tais como câncer e Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS). Nenhum paciente atendido atualmente na clínica enquadrou-se nos critérios de exclusão e apenas 3 pacientes não aceitaram participar deste estudo, totalizando assim, 15 pacientes avaliados.

As informações sociodemográficas como idade, sexo, estado civil, escolaridade, renda, dados clínicos como doença de base, tempo de tratamento, medicações em uso e pressão arterial pré-diálise e pós-diálise e dados laboratoriais como a taxa de creatinina, foram obtidos por meio de levantamento de prontuário clínico.

Como parâmetros antropométricos, foram aferidas as medidas de peso, altura e circunferência da cintura (CC). As medidas de peso (Kg) e altura (m) foram aferidas em balança tipo Filizola médica, sendo o peso aferido antes e após a diálise, obtendo-se assim o peso pré-diálise e o peso pós-diálise, salientando-se que o peso foi aferido com o mínimo de roupa possível, sem adornos ou objetos, posicionando o paciente no centro da base para uma maior precisão da medida. A altura foi aferida com o paciente descalço, com os pés alinhados e postura conforme o Plano de Frankfurt que caracteriza-se por uma linha imaginária que passa pelo ponto mais baixo do bordo inferior da órbita direita e pelo ponto mais alto do bordo superior do meato auditivo externo correspondente. A medida da circunferência da cintura foi aferida com fita métrica inelástica utilizando o ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca.

O consumo alimentar foi verificado por meio de três recordatórios 24h com cada paciente, sendo dois deles de dias úteis e um de final de semana. Este método consiste em questionar o paciente sobre o que ele consumiu no dia anterior, a porção de cada alimento e/ou preparação, o tipo específico de cada alimento e o horário. Trata-se de um método retrospectivo muito utilizado na prática clínica que serve para

estimativa de consumo alimentar tanto qualitativo quanto quantitativo, além de ser um método barato e de fácil aplicação⁹.

Para avaliação da qualidade da dieta foi aplicado o Índice de Qualidade da Dieta Revisado (IQD-R), um indicador validado para a população brasileira a partir do Healthy Eating Index (HEI)¹⁰, que tem como base o Guia Alimentar para a População Brasileira¹¹, avaliando uma combinação de diferentes tipos de alimentos, além de nutrientes e constituintes da dieta¹². O índice possui 12 componentes, dos quais nove são grupos alimentares, dois são nutrientes e o último representa a soma do valor energético da ingestão de gordura sólida, álcool, e açúcar de adição, sendo importante ferramenta para pesquisas epidemiológicas.

Os nove primeiros grupos alimentares são frutas totais; frutas integrais; vegetais totais; vegetais verdes-escuros e alaranjados e leguminosas; cereais totais; cereais integrais; leite e derivados; carnes, ovos e leguminosas e óleos. Estes componentes em sua maioria, possuem pontuação entre 0 e 5 dependendo da porção consumida para 1000 Kcal, exceto os grupos leite e derivados, carnes, ovos e leguminosas e óleos que possuem pontuação de 0 a 10. O item gordura saturada refere-se a quantidade de gordura saturada calculada no recordatório 24h e a porcentagem de consumo em relação ao VET do paciente, e sua pontuação é de 0 a 10. O componente sódio é também quantificado através do cálculo do recordatório 24h, e possui pontuação de 0 a 10 conforme a ingestão de sódio diária. O último componente, Gord_AA é proveniente da gordura sólida saturada e trans, álcool e açúcar de adição e sua pontuação varia de 0 a 20. O escore total dos indivíduos será dividido em três categorias: abaixo ou igual a 40 pontos - dieta "inadequada"; entre 41 e 64 pontos - dieta que "necessita de modificação"; e igual ou superior a 65 pontos - dieta "saudável".

Também foi avaliado o consumo de sódio dos pacientes através de um Questionário de Frequência Alimentar específico para este nutriente (QFA-Só)¹³, sendo que o mesmo foi desenvolvido no Brasil para pacientes hipertensos. É composto de uma lista de 15 itens de alimentos conhecidos por serem fontes de sódio, avaliando a frequência do consumo numa escala de sete pontos, variando de 1 (nunca) a 7 (2 vezes ou mais ao dia). O entrevistado deve ainda identificar a porção consumida (pequena, média ou grande), tendo como referência a quantidade referente à porção média de cada um dos itens.

Os dados foram apresentados como média \pm desvio padrão ou mediana e intervalo interquartil para variáveis quantitativas e frequências e percentuais para variáveis categóricas. Para análise estatística foi utilizado o Programa Statistical Package for Social Sciences, versão 18.0 (SPSS Inc, Chicago, IL).

O presente trabalho foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA).

RESULTADOS

Neste estudo foram avaliados 15 pacientes em tratamento hemodialítico. As características sociodemográficas, clínicas, antropométricas e laboratoriais são apresentadas na tabela 1. A maioria dos pacientes era do sexo masculino (60%), casados e com nível de escolaridade de ensino fundamental incompleto. A média de idade foi de 57 ± 11 anos.

Foi observado que 26,7% dos pacientes apresentavam hepatite C e 40% a hipertensão arterial sistêmica como comorbidades associadas. Quanto ao uso de medicamentos, os mais frequentes foram captopril (26,7%), omeprazol (20%), nifedipino (20%) losartana potássica (13,3%), furosemida (13,3%) e dipirona sódica (13,3%), e destacando-se também o uso de suplementos vitamínicos sendo cálcio (66,7%), vitaminas do complexo B (53,35%) sulfato ferroso (20%) e ácido fólico (40%) os mais prevalentes (dados não apresentados em tabela). A média de pressão arterial sistólica e diastólica antes da sessão de diálise foi de 148 ± 19 e 91 ± 10 mmHg, respectivamente; e após a sessão de diálise foi de 142 ± 20 e 87 ± 13 mmHg, respectivamente.

Em relação às variáveis antropométricas, o peso seco dos pacientes teve média de 66 ± 15 Kg. A mediana de IMC foi de 23,81 (20,52-25,92) Kg/m^2 e a classificação do IMC foi de eutrofia para metade dos pacientes estudados (53,3%). A média da CC foi de 90 ± 14 cm, dessa forma, 11 (73,3%) está adequada, ou seja, sem risco para doenças cardiovasculares, 1 (6,7%) com risco elevado e 3 (20%) está com risco muito elevado¹⁴.

Quanto ao IQD-R, os componentes que apresentaram as maiores pontuações foram o grupo das carnes, ovos e leguminosas, óleos e gordura saturada. Já os componentes que obtiveram as menores pontuações foram o grupo das frutas totais, frutas integrais, vegetais totais, vegetais verdes escuros, alaranjados e cereais

integrais, conforme demonstrado na tabela 2. A pontuação média do IQD-R foi de $63,33 \pm 13,18$ pontos, indicando que 66,7% da população apresenta necessidade de modificação da dieta.

Em relação ao consumo de sódio, a mediana do consumo diário foi de 3,98g (2,32-7,04) conforme demonstra a Tabela 3. O consumo diário total foi fragmentado mostrando quanto foi consumido de sódio adicional, proveniente do sal de cozinha, sódio intrínseco, aquele contido nos alimentos e o sódio dos temperos industrializados, do tipo caldos em tabletes e temperos prontos em pó contidos em sachês. O maior consumo diário foi atribuído ao sódio adicional que foi de 2,22 (1,33-3,33) g/dia.

DISCUSSÃO

A partir dos resultados obtidos foi possível traçar um perfil sociodemográfico, clínico, antropométrico, laboratorial e, principalmente, alimentar através da avaliação da qualidade da dieta e da quantificação da ingestão diária de sódio de pacientes em hemodiálise, da clínica renal da cidade de Itaquí.

Observou-se uma prevalência de pacientes do sexo masculino, com idade maior de 50 anos e casados, e prevalência de grau de escolaridade de ensino fundamental incompleto. Os dados encontrados neste estudo estão de acordo com aqueles descritos no Censo Brasileiro de Nutrição com pacientes em hemodiálise, no qual foi observado 58% de pacientes do sexo masculino, 58,5% casados, com idade > 60 anos e 58,7% com grau de escolaridade de ensino fundamental incompleto¹⁵.

A hipertensão foi a comorbidade mais prevalente na população estudada, sendo frequentemente evidenciada em pacientes hemodialíticos, pelo fato da hipertensão ser fator de risco para a doença renal crônica¹⁶. O tempo de tratamento foi menor do que em outros estudos com pacientes em hemodiálise nos quais a média de tratamento é de 4 anos e 6 meses¹⁷. O consumo elevado de suplementos vitamínicos está de acordo com as recomendações, que orientam a suplementação para aqueles pacientes em maior risco nutricional, em consequência das deficiências nutricionais que decorrem desta patologia¹⁸.

Com relação à avaliação antropométrica, identificou-se que a maioria da população estudada encontrava-se em eutrofia conforme a classificação do IMC. Dados semelhantes foram encontrados em outros estudos com pacientes renais. Cabral et al¹⁹, que avaliaram o IMC em 37 pacientes hemodialíticos, identificaram

62,2% dos pacientes com valores de IMC dentro da faixa de normalidade, mostrando que o quadro de desnutrição em pacientes em hemodiálise vem diminuindo. Além disso, a média da CC encontrada está de acordo com os resultados obtidos pelo Censo Brasileiro de Nutrição com pacientes em hemodiálise que obteve mediana o de 90 (80-99,5)cm¹⁵.

Quanto ao perfil laboratorial, foi avaliado os níveis séricos de creatinina, um importante indicador de massa muscular dos pacientes²⁰. Os valores encontrados neste estudo refletem valores abaixo da normalidade o que pode caracterizar depleção muscular e/ou baixa ingestão de proteínas²⁰. Calado et al.²¹ em seu estudo obteve valores de creatinina média de 10,11±3,35mg/dL, o que não caracteriza risco de desnutrição energético-proteica. Valenzuela et al.⁷ em seu estudo obteve 11,4±3,3mg/dL de creatinina na avaliação da ingestão alimentar de pacientes em hemodiálise e foi observado uma ingestão proteica dentro do recomendado, o que caracteriza a relação entre a ingestão proteica e os níveis de creatinina.

A avaliação da qualidade da dieta pelo IQD-R permite analisar a alimentação de uma determinada população, por meio de características como consumo de determinados grupos alimentares e quantidade de alimentos específicos presentes na dieta²². A população do presente estudo, embora tenha apresentado um perfil nutricional caracterizado pela alta prevalência de eutrofia e baixa prevalência de baixo peso, e CC adequada, ou seja, sem risco para doenças cardiovasculares, demonstrou um IQD-R médio de 63,33±13,18 pontos com 66,7% dos pacientes apresentando uma dieta que necessita de modificações. Dados semelhantes foram encontrados em estudos realizados com a população brasileira, porém com populações específicas distintas. Costa et al.²³ realizou seu estudo com mulheres praticantes de atividade física, e Godoy et al.²⁴ realizou seu estudo com adolescentes, no qual foi observado uma pontuação média de 66,64 e 58,42 pontos, respectivamente.

Apesar das inadequações da dieta encontradas no presente estudo, nenhum dos pacientes teve sua dieta classificada como inadequada, diferente de outros estudos realizados que identificaram a dieta inadequada em 4,7 e 28% da população estudada, respectivamente^{23, 24}. Verificou-se ainda que os grupos frutas totais, frutas integrais, vegetais totais, vegetais verdes escuros, alaranjados e cereais integrais são os grupos com menor consumo ou muitas vezes não consumidos pela população estudada. Uma hipótese para este padrão de consumo seria a renda dos pacientes visto que sua média não chega a dois salários mínimos. Outra possível justificativa para o baixo consumo destes grupos seria a de que a maioria destes são fontes de

potássio, e pacientes em hemodiálise devem ter controle deste micronutriente uma vez que a hipercalemia pode levar à parada cardíaca e paralisia dos músculos que controlam a ventilação²⁵.

Segundo as diretrizes americanas propostas pela American Dietetic Association (ADA), o consumo de sódio preconizado para pacientes com doença renal crônica é de 2,4g/dia¹⁸, e o consumo no presente estudo está acima desta recomendação. Cabe ressaltar que grande parte desta ingestão atribuiu-se ao sódio adicional.

Entre as medidas para controle e redução do consumo de sal adicional, orienta-se o uso de ervas e especiarias frescas, porém, deve-se atentar para a limitação de substitutos de sal, pois podem conter altas doses de potássio²⁰. Nerbass et al.²⁶ em seu estudo transversal com aplicação de questionário de frequência alimentar de sódio (QFASó) observou uma ingestão de 8,6g de sal/dia, aproximadamente 3,4g de sódio diário, um consumo semelhante ao encontrado neste estudo (3,98g). Uma ingestão excessiva de sódio pode ser a possível causa da elevada média de pressão arterial sistólica e diastólica, tanto no início quanto após a sessão de diálise. Molina et al.²⁷ em seu ensaio clínico randomizado com adultos saudáveis, que verificou o consumo de sal, sódio e potássio através da coleta de urina e verificação de pressão arterial, observou que o consumo de sal foi associado a alta prevalência de hipertensão arterial, sendo um importante fator de risco para o aumento da pressão²⁸.

Dados da literatura indicam ainda, que o consumo elevado de sódio seja um fator secundário para o aumento do peso interdialítico¹⁷. Em um estudo transversal com pacientes hemodialíticos que analisou o percentual de ganho de peso obtido entre uma e outra sessão de hemodiálise e a média da pressão arterial obtida nas sessões de hemodiálise no período de 4 semanas, constatou que um elevado peso interdialítico tem relação com a pressão arterial pré-diálise, levantando a hipótese de que esta elevada pressão arterial da população em estudo advém do consumo excessivo de sódio e pode acarretar em um aumento do peso interdialítico devido a retenção de líquidos¹⁷.

Este estudo apresentou algumas limitações. A medida da CC possuiu limitações visto que foi realizada antes da diálise, e pacientes que possuem volume urinário reduzido tendem a estarem edemaciados. O IQD-R utilizado foi uma revisão do IQD, porém com base nas porções e grupos alimentares do Guia Alimentar para a População Brasileira¹¹, salienta-se aqui que não existem estudos avaliando a

qualidade da dieta por meio do IQD-R, apenas por meio do IQD visto que os dois parâmetros diferem nos grupos alimentares, contudo a classificação da qualidade da dieta continua a mesma. A aplicação do Recordatório 24h também apresenta suas limitações, visto que o paciente, ao relatar o seu consumo alimentar diário, pode omitir o consumo de determinados alimentos bem como não saber quantificar com precisão o tamanho da porção consumida. Contudo, sabe-se que o recordatório 24h possui várias vantagens, como sua fácil aplicação e baixo custo. Com relação ao consumo de sódio, a falta de alimentos regionais com alto teor de sódio no questionário pode ter subestimado o consumo deste micronutriente.

CONCLUSÃO

Os resultados obtidos evidenciam que a população apresentou hábitos inadequados, principalmente quanto ao consumo de frutas, vegetais e cereais integrais. Destaca-se também o elevado consumo de sódio, evidenciado pela grande quantidade de sódio adicional. Ressalta-se a importância de mais estudos que avaliem a qualidade da dieta e consumo de nutrientes específicos que devem ser constantemente controlados na doença renal crônica, e a importância de estratégias de educação nutricional voltadas para uma alimentação saudável, dieta equilibrada e de qualidade e das consequências de um elevado consumo de sódio, bem como alternativas para a redução da ingestão deste nutriente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Grassmann A, Gioberge S, Moeller S, Brown G. ESRD patients in 2004: global overview of patient numbers, treatment modalities and associated trends. *Nephrol Dial Transplant* [Internet]. 2005 [acesso 2013 mar 01]; 20(12):2587-93. Disponível em: <<http://ndt.oxfordjournals.org/content/20/12/2587.full.pdf+html>>. doi: 10.1093/ndt/gfi159.
2. Leoncini G, Viazzi F, Rosei EA, Ambrosioni E, Costa FV, Leonetti G *et al.* Chronic kidney disease in hypertension under specialist care: the I-demand study. *J Hypertens*. [Internet]. 2010 [acesso 2013 mar 01]; 28(1):156-62. Disponível em: <<http://journals.lww.com/jhypertension/pages/articleviewer.aspx?year=2010&issue=01000&article=00021&type=abstract>>. doi: 10.1097/HJH.0b013e328332038c.
3. Richards N, Harris K, Whitfield M, O'Donoghue D, Lewis R, Mansell M *et al.* *Nephrol Dial Transplant*. [Internet]. 2008 [acesso 2013 mar 01]; 23(2):556-61. Disponível em: <<http://ndt.oxfordjournals.org/content/23/2/556.full.pdf+html>>. doi: 10.1093/ndt/gfm839.
4. Martins MR, Cesarino CB. Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2005 [acesso 2013 mar 02]; 13(5):670-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000500010&lng=en&nrm=iso&tlng=en>. doi: 10.1590/S0104-11692005000500010.
5. Favalessa E, Neitzke L, Barbosa GC, Molina MCB, Salaroli LB. Avaliação Nutricional e Consumo Alimentar de Pacientes com Insuficiência Renal Crônica. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*. 2009; 11(4):39-48.
6. Kamimura MA, Draibe AS, Sigulem DM, Cuppari L. Métodos de Avaliação da Composição corporal em pacientes submetidos à hemodiálise. *Rev Nutr*. 2004 [acesso 2013 mar 02]; 17(1):97-105. Disponível em: <

- http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141552732004000100011&lang=pt. doi: 10.1590/S1415-52732004000100011.
7. Valenzuela RGV, Giffoni AG, Cuppari L, Canziani MEC. Estado nutricional de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise no Amazonas. Rev Assoc Med Bras. 2003 [acesso 2013 mar 02]; 49(1):72-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010442302003000100037&lang=pt>. doi: 10.1590/S0104-42302003000100037.
 8. Fisberg RM, Marchioni DML, Colucci ACA. Avaliação do consumo alimentar e da ingestão de nutrientes na prática clínica. Arq Bras Endocrinol Metab. 2009 [acesso 2013 mar 02]; 53(5):617-24. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S000427302009000500014&lang=pt. doi: 10.1590/S0004-27302009000500014.
 9. Anjos LA, Souza DR, Rossato SL. Desafios na medição quantitativa da ingestão alimentar em estudos populacionais. Rev Nutr. 2009 [acesso 2013 ago 30]. 22(1):151-161. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732009000100014&lang=pt>. doi: 10.1590/S1415-52732009000100014.
 10. Kennedy ET, Ohls J, Carlson S, Fleming K. The Healthy Eating Index: design and applications. J Am Diet Assoc. 1995 [acesso 2013 mar 03]; 95(10):1103-8. Disponível em: <[http://www.journals.elsevierhealth.com/periodicals/yjada/article/S0002-8223\(95\)00300-2/fulltext](http://www.journals.elsevierhealth.com/periodicals/yjada/article/S0002-8223(95)00300-2/fulltext)> doi: 10.1016/S0002-8223 (95) 00300-2.
 11. Brasil. Ministério da Saúde [Internet]. Guia alimentar: como ter uma alimentação saudável. 2006 [acesso 2013 mar 04]. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_alimentacao_saudavel.pdf>.
 12. Previdelli AG, Andrade SC, Pires MM, Ferreira SRG, Fisberg RM, Marchioni DM. Índice de Qualidade da Dieta Revisado para população brasileira. Rev Saúde Pública. 2011 [acesso 2013 mar 04]; 45(4):794-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00348910201100040021&lang=pt> doi: 10.1590/S0034-89102011005000035.

13. Ferreira-Sae MC, Gallani MC, Nadruz W, Rodrigues RC, Franchini KG, Cabral PC, *et al.* Reliability and validity of a semi-quantitative FFQ for sodium intake in low-income and low-literacy Brazilian hypertensive subjects. *Public Health Nutr.* 2009 [acesso 2013 mar 02]; 12(21):68-73. doi:10.1017/S1368980009005825.
14. World Health Organization [Internet]. Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. 1997 [acesso 2013 set 01]. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_894.pdf>.
15. Biavo BMM, Tzanno-Martins C, Cunha LM, Araujo MI, Ribeiro MMC, Sachs A, *et al.* Aspectos nutricionais e epidemiológicos de pacientes com doença renal crônica submetidos a tratamento hemodialítico no Brasil, 2010. *J Bras Nefrol* [Internet]. 2009 [acesso 2013 ago 30]; 34(3):206-215. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01012800201200030001&lang=pt>. doi: 10.5935/0101-2800.20120001.
16. Morais AAC, Silva MAT, Faintuch J, Vidigal EJ, Costa RA, Lyrio DC, *et al.* Correlation of nutritional status and food intake in hemodialysis patients. *Clinics* [Internet]. 2005 [acesso 2013 ago 02]; 60(3):185-92. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S18075932200500030002&lang=pt>. doi: 10.1590/S1807-59322005000300002.
17. Nerbass FB, Morais JG, Santos RG, Kruger TS, Koene TT, Filho HAL. Fatores relacionados ao ganho de peso interdialítico em pacientes em hemodiálise. *J Bras Nefrol* [Internet]. 2011 [acesso 2013 ago 30]; 33(3):300-305. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01012800201100030005&lang=pt>. doi: 10.1590/S0101-28002011000300005.
18. American Dietetic Association. Chronic kidney disease evidence-based nutrition practice guideline. 2010 [acesso 2013 set 01]. Disponível em: <<http://www.guideline.gov/content.aspx?id=23924>>.
19. Cabral PC, Diniz AS, Arruda IKG. Avaliação nutricional de pacientes em hemodiálise. *Rev Nutr* [Internet]. 2005 [acesso 2013 set 01]; 18(1):29-40. Disponível em:

- <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14155273200500010003&lang=pt>. doi: 10.1590/S1415-52732005000100003.
20. National Kidney Foundation. Clinical practices guidelines for nutrition in chronic renal failure. 2000 [acesso 2013 set 02]. Disponível em: <<http://www.kidney.org/professionals/kdoqi/pdf/KDOQI2000NutritionGL.pdf>>.
21. Calado IL, Silva AAM, França AKTC, Santos AM, Filho NS. Diagnóstico nutricional de pacientes em hemodiálise na cidade de São Luís (MA). Rev Nutr [Internet]. 2009 [acesso 2013 set 03]; 22(5):687-696. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14155273200900050009&lang=pt>. doi: 10.1590/S1415-52732009000500009.
22. Felipe F, Balestrin L, Silva FM, Schneider AP. Qualidade da dieta de indivíduos expostos e não expostos a um programa de reeducação alimentar. Rev Nutr [Internet]. 2011 [acesso 2013 set 02]; 24(6):833-844. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14155273201100060004&lang=pt>. doi: 10.1590/S1415-52732011000600004.
23. Costa D, Reis BZ, Vieira DAS, Costa JO, Teixeira PDS, Raposo OFF, *et al.* Índice e qualidade da dieta de mulheres usuárias de um programa de atividade física regular “Academia da Cidade”, Aracajú, SE. Rev Nutr [Internet]. 2012 [acesso 2013 set 03]; 25(6):731-741. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14155273201200060005&lang=pt>. doi: 10.1590/S1415-52732012000600005.
24. Godoy FC, Andrade SC, Morimoto JM, Carandina L, Goldbaum M, Barros MBA, *et al.* Índice de qualidade da dieta de adolescentes residentes no distrito do Butantã, no município de São Paulo, Brasil. Rev Nutr [Internet]. 2006 [acesso 2013 set 03]; 19(6):663-671. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14155273200600060003&lang=pt>. doi: 10.1590/S1415-52732006000600003.
25. Riella MG. Princípios de Nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos. 5ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.

26. Nerbass FB, Morais JG, Santos RG, Kruger TS, Sczip AC, Filho HAL. Fatores associados à ingestão de sal em pacientes em tratamento crônico de hemodiálise. J Bras Nefrol [Internet]. 2013 [acesso 2013 set 23]. 35(2):87-92. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01012800201300020002&lang=pt>. doi: 10.5935/0101-2800.20130015.
27. Molina MCB, Cunha RS, Herkenhoff LF, Mill JG. Hipertensão arterial e consumo de sal em população urbana. Rev Saúde Pública [Internet]. 2003 [acesso 2013 set 02]; 37(6):743-50. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00348910200300060009&lang=pt>. doi: 10.1590/S0034-89102003000600009.
28. Sociedade Brasileira de Hipertensão. . VI Diretriz Brasileira de Hipertensão. 2010 [acesso 2013 set 03]. Disponível em: <http://www.sbh.org.br/pdf/diretrizes_final.pdf>.

TABELAS

Tabela 1. Características sociodemográficas, clínicas, antropométricas e laboratoriais dos pacientes avaliados na Clínica Renal do Hospital São Patrício de Itaqui - RS, 2013.

Variáveis	n = 15
Sociodemográficas	
Sexo	
Masculino	9 (60%)
Feminino	6 (40%)
Estado civil	
Solteiros	2 (13,3%)
Casados	10 (66,7%)
Viúvos	3 (20%)
Escolaridade	
Analfabetos	1 (6,7%)
Ensino fundamental incompleto	7 (46,7%)
Ensino fundamental completo	2 (13,3%)
Ensino médio incompleto	1 (6,7%)
Ensino médio completo	4 (26,7%)
Idade (anos)	57,33±10,87
Renda (reais)	902,67±587,68
Clínicas	
PAS inicial (mmHg)	148±19,35
PAD inicial (mmHg)	91,33±9,90
PAS final (mmHg)	142±20,42
PAD final (mmHg)	87,33±13,35
Tempo de tratamento (anos)	3 (1,0-3,0)
Antropométricas	
Peso seco (Kg)	65,58±15,40
Estatura (m)	1,64±0,11

IMC (Kg/m ²)	23,81 (20,52-25,92)
CC (cm)	89,67±13,79
Peso pré-diálise (Kg)	66,98±15,67
Peso pós-diálise (Kg)	64,89±15,55
Peso interdialítico (Kg)	2,07±1,10

Laboratoriais

Creatinina (mg/dL)	9,24±2,39
--------------------	-----------

Valores expressos em n (%), Média±DP ou Mediana (p25-p75).

PAS inicial: pressão arterial sistólica antes da sessão de diálise; PAD inicial: pressão arterial diastólica antes da sessão de diálise; PAS final: pressão arterial sistólica após a sessão de diálise; PAS final: pressão arterial sistólica após a sessão de diálise; IMC: Índice de Massa Corporal; CC: circunferência da cintura.

Tabela 2. Componentes do Índice de Qualidade da Dieta Revisado (IQD-R) dos pacientes avaliados da Clínica Renal do Hospital São Patrício de Itaqui - RS, 2013.

Componente	Mediana (p25-p75)
Frutas totais	0 (0-5)
Frutas integrais	0 (0-5)
Vegetais totais	0 (0-5)
Vegetais verdes-escuros e alaranjados e leguminosas	0 (0-5)
Cereais totais	5 (5-10)
Cereais integrais	0 (0-0)
Leites e derivados	5 (0-10)
Carnes, ovos e leguminosas	10 (0-10)
Óleos	10 (10-10)
Gordura saturada	10 (8-10)
Sódio	8 (5-10)
Gord_AA	8 (5-20)

Tabela 3. Sal adicional, temperos prontos, sódio intrínseco de alimentos nos pacientes avaliados da Clínica Renal do Hospital São Patrício de Itaqui - RS, 2013.

	Consumo diário (mg)	Consumo diário (%)
Tempero	0 (0-1843,83)	0 (0-41,72)
Sódio intrínseco	650 (150-1619,96)	16,51±12,81
Sódio adicional	2220 (1330-3330)	67,74±29,05

ANEXOS

ANEXO A

Normas de formatação
REVISTA DE NUTRIÇÃO

Qualis B1
Fator de impacto entre 2,3999 a 1,0

Itaqui
Outubro, 2013

Instruções aos autores – Revista de Nutrição

Escopo e política

A Revista de Nutrição é um periódico especializado que publica artigos que contribuem para o estudo da Nutrição em suas diversas subáreas e interfaces. Com periodicidade bimestral, está aberta a contribuições da comunidade científica nacional e internacional.

Os manuscritos podem ser rejeitados sem comentários detalhados após análise inicial, por pelo menos dois editores da Revista de Nutrição, se os artigos forem considerados inadequados ou de prioridade científica insuficiente para publicação na Revista.

Categoria dos artigos

A Revista aceita artigos inéditos em português, espanhol ou inglês, com título, resumo e termos de indexação no idioma original e em inglês, nas seguintes categorias:

Original: contribuições destinadas à divulgação de resultados de pesquisas inéditas, tendo em vista a relevância do tema, o alcance e o conhecimento gerado para a área da pesquisa (limite máximo de 5 mil palavras).

Especial: artigos a convite sobre temas atuais (limite máximo de 6 mil palavras).

Revisão (a convite): síntese de conhecimentos disponíveis sobre determinado tema, mediante análise e interpretação de bibliografia pertinente, de modo a conter uma análise crítica e comparativa dos trabalhos na área, que discuta os limites e alcances metodológicos, permitindo indicar perspectivas de continuidade de estudos naquela linha de pesquisa (limite máximo de 6 mil palavras). Serão publicados até dois trabalhos por fascículo.

Comunicação: relato de informações sobre temas relevantes, apoiado em pesquisas recentes, cujo mote seja subsidiar o trabalho de profissionais que atuam na área, servindo de apresentação ou atualização sobre o tema (limite máximo de 4 mil palavras).

Nota Científica: dados inéditos parciais de uma pesquisa em andamento (limite máximo de 4 mil palavras).

Ensaio: trabalhos que possam trazer reflexão e discussão de assunto que gere questionamentos e hipóteses para futuras pesquisas (limite máximo de 5 mil palavras).

Seção Temática (a convite): seção destinada à publicação de 2 a 3 artigos coordenados entre si, de diferentes autores, e versando sobre tema de interesse atual (máximo de 10 mil palavras no total).

Categoria e a área temática do artigo: Os autores devem indicar a categoria do artigo e a área temática, a saber: alimentação e ciências sociais, avaliação nutricional, bioquímica nutricional, dietética, educação nutricional, epidemiologia e estatística, micronutrientes, nutrição clínica, nutrição experimental, nutrição e geriatria, nutrição materno-infantil, nutrição em produção de refeições, políticas de alimentação e nutrição e saúde coletiva.

Pesquisas envolvendo seres vivos

Resultados de pesquisas relacionadas a seres humanos e animais devem ser acompanhados de cópia de aprovação do parecer de um Comitê de Ética em pesquisa.

Registros de Ensaio Clínicos

Artigos com resultados de pesquisas clínicas devem apresentar um número de identificação em um dos Registros de Ensaio Clínicos validados pelos critérios da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE. O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

Os autores devem indicar três possíveis revisores para o manuscrito. Opcionalmente, podem indicar três revisores para os quais não gostaria que seu trabalho fosse enviado.

Procedimentos editoriais

Autoria

A indicação dos nomes dos autores logo abaixo do título do artigo é limitada a 6. O crédito de autoria deverá ser baseado em contribuições substanciais, tais como concepção e desenho, ou análise e interpretação dos dados. Não se justifica a inclusão de nomes de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios acima.

Os manuscritos devem conter, na página de identificação, explicitamente, a contribuição de cada um dos autores.

Processo de julgamento dos manuscritos

Todos os outros manuscritos só iniciarão o processo de tramitação se estiverem de acordo com as Instruções aos Autores. Caso contrário, serão devolvidos para adequação às normas, inclusão de carta ou de outros documentos eventualmente necessários.

Recomenda-se fortemente que o(s) autor(es) busque(m) assessoria lingüística profissional (revisores e/ou tradutores certificados em língua portuguesa e inglesa) antes de submeter(em) originais que possam conter incorreções e/ou inadequações morfológicas, sintáticas, idiomáticas ou de estilo. Devem ainda evitar o uso da primeira pessoa "meu estudo...", ou da primeira pessoa do plural "percebemos....", pois em texto científico o discurso deve ser impessoal, sem juízo de valor e na terceira pessoa do singular.

Originais identificados com incorreções e/ou inadequações morfológicas ou sintáticas serão devolvidos antes mesmo de serem submetidos à avaliação quanto ao mérito do trabalho e à conveniência de sua publicação.

Pré-análise: a avaliação é feita pelos Editores Científicos com base na originalidade, pertinência, qualidade acadêmica e relevância do manuscrito para a nutrição.

Aprovados nesta fase, os manuscritos serão encaminhados aos revisores ad hoc selecionados pelos editores. Cada manuscrito será enviado para dois revisores de reconhecida competência na temática abordada, podendo um deles ser escolhido a partir da indicação dos autores. Em caso de desacordo, o original será enviado para uma terceira avaliação.

Todo processo de avaliação dos manuscritos terminará na segunda e última versão.

O processo de avaliação por pares é o sistema de blind review, procedimento sigiloso quanto à identidade tanto dos autores quanto dos revisores. Por isso os autores deverão empregar todos os meios possíveis para evitar a identificação de autoria do manuscrito.

Os pareceres dos revisores comportam três possibilidades: a) aprovação; b) recomendação de nova análise; c) recusa. Em quaisquer desses casos, o autor será comunicado.

Os pareceres são analisados pelos editores associados, que propõem ao Editor Científico a aprovação ou não do manuscrito.

Manuscritos recusados, mas com possibilidade de reformulação, poderão retornar como novo trabalho, iniciando outro processo de julgamento.

Conflito de interesse

No caso da identificação de conflito de interesse da parte dos revisores, o Comitê Editorial encaminhará o manuscrito a outro revisor ad hoc.

Manuscritos aceitos: manuscritos aceitos poderão retornar aos autores para aprovação de eventuais alterações, no processo de editoração e normalização, de acordo com o estilo da Revista.

Provas: serão enviadas provas tipográficas aos autores para a correção de erros de impressão. As provas devem retornar ao Núcleo de Editoração na data estipulada. Outras mudanças no manuscrito original não serão aceitas nesta fase.

Preparo do manuscrito

Submissão de trabalhos

Serão aceitos trabalhos acompanhados de carta assinada por todos os autores, com descrição do tipo de trabalho e da área temática, declaração de que o trabalho está sendo submetido apenas à Revista de Nutrição e de concordância com a cessão de direitos autorais e uma carta sobre a principal contribuição do estudo para a área.

Caso haja utilização de figuras ou tabelas publicadas em outras fontes, deve-se anexar documento que ateste a permissão para seu uso.

Enviar os manuscritos via site <<http://www.scielo.br/rn>>, preparados em espaço entrelinhas 1,5, com fonte Arial 11. O arquivo deverá ser gravado em editor de texto similar ou superior à versão 97-2003 do Word (Windows).

É fundamental que o escopo do artigo não contenha qualquer forma de identificação da autoria, o que inclui referência a trabalhos anteriores do(s) autor(es), da instituição de origem, por exemplo.

O texto deverá contemplar o número de palavras de acordo com a categoria do artigo. As folhas deverão ter numeração personalizada desde a folha de rosto (que deverá apresentar o número 1). O papel deverá ser de tamanho A4, com formatação de margens superior e inferior (no mínimo 2,5cm), esquerda e direita (no mínimo 3cm).

Os artigos devem ter, aproximadamente, 30 referências, exceto no caso de artigos de revisão, que podem apresentar em torno de 50. Sempre que uma referência possuir o número de Digital Object Identifier (DOI), este deve ser informado.

Versão reformulada: a versão reformulada deverá ser encaminhada via <<http://www.scielo.br/rn>>. O(s) autor(es) deverá(ão) enviar apenas a última versão do trabalho.

O texto do artigo deverá empregar fonte colorida (cor azul) ou sublinhar, para todas as alterações, juntamente com uma carta ao editor, reiterando o interesse em publicar nesta Revista e informando quais alterações foram processadas no manuscrito, na versão reformulada. Se houver discordância quanto às recomendações dos revisores, o(s) autor(es) deverão apresentar os argumentos que justificam sua posição. O título e o código do manuscrito deverão ser especificados.

Página de rosto deve conter:

- a) título completo - deve ser conciso, evitando excesso de palavras, como "avaliação do...", "considerações acerca de..." 'estudo exploratório....";
- b) short title com até 40 caracteres (incluindo espaços), em português (ou espanhol) e inglês;
- c) nome de todos os autores por extenso, indicando a filiação institucional de cada um. Será aceita uma única titulação e filiação por autor. O(s) autor(es) deverá(ão),

portanto, escolher, entre suas titulações e filiações institucionais, aquela que julgar(em) a mais importante.

d) Todos os dados da titulação e da filiação deverão ser apresentados por extenso, sem siglas.

e) Indicação dos endereços completos de todas as universidades às quais estão vinculados os autores;

f) Indicação de endereço para correspondência com o autor para a tramitação do original, incluindo fax, telefone e endereço eletrônico;

Observação: esta deverá ser a única parte do texto com a identificação dos autores.

Resumo: todos os artigos submetidos em português ou espanhol deverão ter resumo no idioma original e em inglês, com um mínimo de 150 palavras e máximo de 250 palavras.

Os artigos submetidos em inglês deverão vir acompanhados de resumo em português, além do abstract em inglês.

Para os artigos originais, os resumos devem ser estruturados destacando objetivos, métodos básicos adotados, informação sobre o local, população e amostragem da pesquisa, resultados e conclusões mais relevantes, considerando os objetivos do trabalho, e indicando formas de continuidade do estudo.

Para as demais categorias, o formato dos resumos deve ser o narrativo, mas com as mesmas informações.

O texto não deve conter citações e abreviaturas. Destacar no mínimo três e no máximo seis termos de indexação, utilizando os descritores em Ciência da Saúde - DeCS - da Bireme <<http://decs.bvs.br>>.

Texto: com exceção dos manuscritos apresentados como Revisão, Comunicação, Nota Científica e Ensaio, os trabalhos deverão seguir a estrutura formal para trabalhos científicos:

Introdução: deve conter revisão da literatura atualizada e pertinente ao tema, adequada à apresentação do problema, e que destaque sua relevância. Não deve ser extensa, a não ser em manuscritos submetidos como Artigo de Revisão.

Métodos: deve conter descrição clara e sucinta do método empregado, acompanhada da correspondente citação bibliográfica, incluindo: procedimentos adotados; universo e amostra; instrumentos de medida e, se aplicável, método de validação; tratamento estatístico.

Em relação à análise estatística, os autores devem demonstrar que os procedimentos utilizados foram não somente apropriados para testar as hipóteses do estudo, mas também corretamente interpretados. Os níveis de significância estatística (ex. $p < 0,05$; $p < 0,01$; $p < 0,001$) devem ser mencionados.

Informar que a pesquisa foi aprovada por Comitê de Ética credenciado junto ao Conselho Nacional de Saúde e fornecer o número do processo.

Ao relatar experimentos com animais, indicar se as diretrizes de conselhos de pesquisa institucionais ou nacionais - ou se qualquer lei nacional relativa aos cuidados e ao uso de animais de laboratório - foram seguidas.

Resultados: sempre que possível, os resultados devem ser apresentados em tabelas ou figuras, elaboradas de forma a serem auto-explicativas e com análise estatística. Evitar repetir dados no texto.

Tabelas, quadros e figuras devem ser limitados a cinco no conjunto e numerados consecutiva e independentemente com algarismos arábicos, de acordo com a ordem de menção dos dados, e devem vir em folhas individuais e separadas, com indicação de sua localização no texto. É imprescindível a informação do local e ano do estudo. A cada um se deve atribuir um título breve. Os quadros e tabelas terão as bordas laterais abertas.

O(s) autor(es) se responsabiliza(m) pela qualidade das figuras (desenhos, ilustrações, tabelas, quadros e gráficos), que deverão ser elaboradas em tamanhos de uma ou duas colunas (7 e 15cm, respectivamente); não é permitido o formato paisagem. Figuras digitalizadas deverão ter extensão jpeg e resolução mínima de 400 dpi.

Gráficos e desenhos deverão ser gerados em programas de desenho vetorial (Microsoft Excel, CorelDraw, Adobe Illustrator etc.), acompanhados de seus parâmetros quantitativos, em forma de tabela e com nome de todas as variáveis.

A publicação de imagens coloridas, após avaliação da viabilidade técnica de sua reprodução, será custeada pelo(s) autor(es). Em caso de manifestação de interesse por parte do(s) autor(es), a Revista de Nutrição providenciará um orçamento

dos custos envolvidos, que poderão variar de acordo com o número de imagens, sua distribuição em páginas diferentes e a publicação concomitante de material em cores por parte de outro(s) autor(es).

Uma vez apresentado ao(s) autor(es) o orçamento dos custos correspondentes ao material de seu interesse, este(s) deverá(ão) efetuar depósito bancário. As informações para o depósito serão fornecidas oportunamente.

Discussão: deve explorar, adequada e objetivamente, os resultados, discutidos à luz de outras observações já registradas na literatura.

Conclusão: apresentar as conclusões relevantes, considerando os objetivos do trabalho, e indicar formas de continuidade do estudo. Não serão aceitas citações bibliográficas nesta seção.

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

Anexos: deverão ser incluídos apenas quando imprescindíveis à compreensão do texto. Caberá aos editores julgar a necessidade de sua publicação.

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

Referências de acordo com o estilo Vancouver

Referências: devem ser numeradas consecutivamente, seguindo a ordem em que foram mencionadas pela primeira vez no texto, conforme o estilo Vancouver.

Nas referências com dois até o limite de seis autores, citam-se todos os autores; acima de seis autores, citam-se os seis primeiros autores, seguido de et al.

As abreviaturas dos títulos dos periódicos citados deverão estar de acordo com o Index Medicus.

Não serão aceitas citações/referências de monografias de conclusão de curso de graduação, de trabalhos de Congressos, Simpósios, Workshops, Encontros, entre outros, e de textos não publicados (aulas, entre outros).

Se um trabalho não publicado, de autoria de um dos autores do manuscrito, for citado (ou seja, um artigo in press), será necessário incluir a carta de aceitação da revista que publicará o referido artigo.

Se dados não publicados obtidos por outros pesquisadores forem citados pelo manuscrito, será necessário incluir uma carta de autorização, do uso dos mesmos por seus autores.

Citações bibliográficas no texto: deverão ser expostas em ordem numérica, em algarismos arábicos, meia linha acima e após a citação, e devem constar da lista de referências. Se forem dois autores, citam-se ambos ligados pelo "&"; se forem mais de dois, cita-se o primeiro autor, seguido da expressão et al.

A exatidão e a adequação das referências a trabalhos que tenham sido consultados e mencionados no texto do artigo são de responsabilidade do autor. Todos os autores cujos trabalhos forem citados no texto deverão ser listados na seção de Referências.

Exemplos

Artigo com mais de seis autores

Oliveira JS, Lira PIC, Veras ICL, Maia SR, Lemos MCC, Andrade SLL, et al. Estado nutricional e insegurança alimentar de adolescentes e adultos em duas localidades de baixo índice de desenvolvimento humano. Rev Nutr. 2009; 22(4): 453-66. doi: 10.1590/S1415-52732009000400002.

Artigo com um autor

Burlandy L. A construção da política de segurança alimentar e nutricional no Brasil: estratégias e desafios para a promoção da intersetorialidade no âmbito federal de governo. Ciênc Saúde Coletiva. 2009; 14(3):851-60. doi: 10.1590/S1413-81232009000300020.

Artigo em suporte eletrônico

Sichieri R, Moura EC. Análise multinível das variações no índice de massa corporal entre adultos, Brasil, 2006. Rev Saúde Pública [Internet]. 2009 [acesso 2009 dez 18];

43(Suppl.2):90-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000900012&lng=pt&nrm=iso>. doi: 10.1590/S0034-89102009000900012.

Livro

Alberts B, Lewis J, Raff MC. Biologia molecular da célula. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.

Livro em suporte eletrônico

Brasil. Alimentação saudável para pessoa idosa: um manual para o profissional da saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2009 [acesso 2010 jan 13]. Disponível em: <http://200.18.252.57/services/e-books/alimentacao_saudavel_idosa_profissionais_saude.pdf>.

Capítulos de livros

Aciolly E. Banco de leite. In: Aciolly E. Nutrição em obstetrícia e pediatria. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009. Unidade 4.

Capítulo de livro em suporte eletrônico

Emergency contraceptive pills (ECPs). In: World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use [Internet]. 4th ed. Geneva: WHO; 2009 [cited 2010 Jan 14]. Available from: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563888_eng.pdf>.

Dissertações e teses

Duran ACFL. Qualidade da dieta de adultos vivendo com HIV/AIDS e seus fatores associados [mestrado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2009.

Texto em formato eletrônico

Sociedade Brasileira de Nutrição Parental e Enteral [Internet]. Assuntos de interesse do farmacêutico atuante na terapia nutricional. 2008/2009 [acesso 2010 jan 14]. Disponível em: <<http://www.sbnpe.com.br/ctdpg.php?pg=13&ct=A>>.

Programa de computador

Software de avaliação nutricional. DietWin Professional [programa de computador]. Versão 2008. Porto Alegre: Brubins Comércio de Alimentos e Supergelados; 2008.

Para outros exemplos recomendamos consultar as normas do Committee of Medical Journals Editors (Grupo Vancouver) <<http://www.icmje.org>>.

Para outros exemplos recomendamos consultar as normas do Committee of Medical Journals Editors (Grupo Vancouver) <<http://www.icmje.org>>.

Lista de checagem

- Declaração de responsabilidade e transferência de direitos autorais assinada por cada autor.

- Verificar se o texto, incluindo resumos, tabelas e referências, está reproduzido com letras fonte Arial, corpo 11 e entrelinhas 1,5 e com formatação de margens superior e inferior (no mínimo 2,5cm), esquerda e direita (no mínimo 3cm).

- Indicação da categoria e área temática do artigo.

- Verificar se estão completas as informações de legendas das figuras e tabelas.

- Preparar página de rosto com as informações solicitadas.

- Incluir o nome de agências financiadoras e o número do processo.

- Indicar se o artigo é baseado em tese/dissertação, colocando o título, o nome da instituição, o ano de defesa.

- Incluir título do manuscrito, em português e em inglês.

- Incluir título abreviado (short title), com 40 caracteres, para fins de legenda em todas as páginas.

- Incluir resumos estruturados para trabalhos submetidos na categoria de originais e narrativos para manuscritos submetidos nas demais categorias, com um mínimo de 150 palavras e máximo de 250 palavras nos dois idiomas, português e inglês, ou em espanhol, nos casos em que se aplique, com termos de indexação

- Verificar se as referências estão normalizadas segundo estilo Vancouver, ordenadas na ordem em que foram mencionadas pela primeira vez no texto, e se todas estão citadas no texto.

- Incluir permissão de editores para reprodução de figuras ou tabelas publicadas.
- Cópia do parecer do Comitê de Ética em pesquisa.

Documentos

Declaração de responsabilidade e transferência de direitos autorais

Cada autor deve ler e assinar os documentos (1) Declaração de Responsabilidade e (2) Transferência de Direitos Autorais, nos quais constarão:

- Título do manuscrito:
- Nome por extenso dos autores (na mesma ordem em que aparecem no manuscrito).
- Autor responsável pelas negociações:

1. Declaração de responsabilidade: todas as pessoas relacionadas como autoras devem assinar declarações de responsabilidade nos termos abaixo:

"Certifico que participei da concepção do trabalho para tornar pública minha responsabilidade pelo seu conteúdo, que não omiti quaisquer ligações ou acordos de financiamento entre os autores e companhias que possam ter interesse na publicação deste artigo";

- "Certifico que o manuscrito é original e que o trabalho, em parte ou na íntegra, ou qualquer outro trabalho com conteúdo substancialmente similar, de minha autoria, não foi enviado a outra Revista e não o será, enquanto sua publicação estiver sendo considerada pela Revista de Nutrição, quer seja no formato impresso ou no eletrônico".

2. Transferência de Direitos Autorais: "Declaro que, em caso de aceitação do artigo, a Revista de Nutrição passa a ter os direitos autorais a ele referentes, que se tornarão propriedade exclusiva da Revista, vedado a qualquer reprodução, total ou parcial, em qualquer outra parte ou meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem que a prévia e necessária autorização seja solicitada e, se obtida, farei constar o competente agradecimento à Revista".

Assinatura do(s) autores(s) Data __ / __ / __

Justificativa do artigo

Destaco que a principal contribuição do estudo para a área em que se insere é a seguinte: _____

(Escreva um parágrafo justificando porque a revista deve publicar o seu artigo, destacando a sua relevância científica, a sua contribuição para as discussões na área em que se insere, o(s) ponto(s) que caracteriza(m) a sua originalidade e o conseqüente potencial de ser citado)

Dada a competência na área do estudo, indico o nome dos seguintes pesquisadores (três) que podem atuar como revisores do manuscrito. Declaro igualmente não haver qualquer conflito de interesses para esta indicação.