



Texto para o Instituto Nacional de Jovens
e propõe de situações alimentares e situações nutricionais
1981 (ver conteúdo do Instituto)

1. O impacto da alimentação na saúde pública das nações e no bem-estar individual dos cidadãos merece, de ano para ano, maior interesse.

Organismos internacionais, como a O.M.S. e a F.A.O. multiplicam informações e estudam empenhadamente recomendações relacionadas com níveis alimentares para melhoria da saúde.

Aumenta o número de países que já definiram a sua política alimentar, conjugando o grande objectivo de promover saúde com a economia do ~~estado~~ país e das famílias.

A nível mundial, nos últimos anos, a investigação nutricional e alimentar cresce em relevância e em volume dos meios empenhados; a formação de nutricionistas e de dietistas aumenta a ritmo acelerado, ao mesmo tempo que a formação académica de médicos e de outros profissionais da saúde se enriquece com o ensino da nutrição e de como ela se relaciona com a saúde pública; a legislação sobre alimentos apura-se e os métodos e mecanismos de verificação de qualidade afinam-se; a educação alimentar das populações generaliza-se de forma estruturada e institucionalizada.

De facto, nos últimos anos, nutrição e suas relações com saúde atraem cada vez mais atenções num número crescente de países. É hoje, é senso adquirido que a alimentação é o factor ambiente mais determinante da qualidade e duração da vida.

Nas suas várias modalidades, a subnutrição é ainda hoje um dos maiores problemas mundiais; a mortalidade in utero e até aos 5 anos de idade consubstancia quase metade de todas as mortes de países pobres. No entanto, as variadas formas de sobrenutrição revelam-se preocupantemente deletérias para o adulto das sociedades afluentes com



O seu resumo de doenças degenerativas e metabólicas. Tenhamos em conta que a O.M.S. acaba de caracterizar a hecatombe por doenças cardiovasculares, típica dos países com padrões alimentares ocidentais, como a maior epidemia que a humanidade sofreu em todos os tempos, mais devastadora do que os grandes surtos epidémicos medievais por doenças infecciosas propagáveis.

2. É altura de reflectirmos sobre a situação alimentar em Portugal, de meditarmos acerca de como ela se repercute na nossa saúde individual e colectiva, e de definirmos estratégias de intervenção. De facto, temos que ser capazes de fugir ao ferrete histórico da fome que ainda nos marca, antes de nos revelarmos mais profundamente para padrões alimentares, novos igualmente, embora com consequências diferentes, caracterizados pela abundância desequilibrada, pelo supérfluo esbanjador e pela manipulação inadequada de produtos de base. Com efeito, o nosso cidadão não educado, ou subtilmente deseducado, está a ser empurrado para modelos consumistas alimentares que lhe são apresentados como atitudes próprias de comportamento moderno ou como estilos de definição social.

É, portanto, ocasião azada para meditarmos sobre a nossa situação sanitária, no que ela reflecte o modo como nos alimentamos e para cuidadosamente definirmos a nossa política alimentar. Política esta que se integre numa política global de saúde, tendo em conta que se trata de uma empresa a realizar por fases sucessivamente mais aperfeiçoadas, e, em cada momento, adaptadas à realidade económica e social correspondente.

No entanto, certos instrumentos são indispensáveis para esse trabalho: estatísticas demográficas, alimentares, económicas e sanitárias actuais, normalizadas e rigorosas; resultados



Política alimentar. Uma proposta global

Agropecuária e pescas

Estender e rentabilizar áreas cultivadas no sentido do auto-suficiência alimentar a custos baixos e com bom rendimento para agricultores.

Incrementar as pescas no mar e nas águas interiores nos mesmos sentidos.

Desenvolver a pecuária tendo em atenção os meios próprios meios para produzir a fôrça e a carne para desenvolver a pastagem.

Meio ambiente

A produção agrícola, pecuária e as indústrias alimentares directas de transformação de produtos de base, bem como a pesca, não devem ser consideradas em termos de manutenção do equilíbrio ecológico, de não serem poluentes e de não recorrerem à adulteração química dos solos.

Proteção da paisagem.

População

Regularidade de abastecimento de produtos alimentares a preços que viabilizem os consumos necessários para uma nutrição saudável.

Preços constantes durante tempo dilatado.

Informação objectiva sobre qualidade, características e preços.

Alimentos saudáveis, atraentes e agradáveis.

Educação

Educação alimentar em todos os graus de ensino, em cooperação e associações, através dos meios de comunicação.

Proibição de toda a publicidade de produtos alimentares.

Ensino de culinária saudável e de economia doméstica.

Nutrição

Conhecimento exacto das necessidades nutricionais e, portanto, alimentares, adaptadas ao real da população portuguesa.

Definição de grupos em risco.

Revisão periódica dos conhecimentos.

Pesquisa científica

Investigação pura e aplicada de questões nutricionais e alimentares.

Avaliação permanente e melhoria dos meios tecnológicos, económicos, nutricionais e sanitários, tendo em vista alimentos melhores, mais saudáveis e mais baratos e promoção da saúde de forma contínua.

Economia e finanças

Política de preços de acordo com a política geral de desenvolvimento e bem-estar.

Ampliação das diferenças económicas e sociais entre cidade e campo.

Consideração de grupos populacionais em risco e de grupos populacionais caçados como objectos de medidas sociais.

Comércio e indústria

Melhorar a eficiência e qualidade da indústria alimentar e baixar os custos.

Melhorar condições de armazenagem, conservação, distribuição e venda de produtos alimentares ou de refeições prontas.

Atentar na formação de comerciantes e vendedores, na apresentação e informação sobre produtos alimentares. Incrementar a venda directa ao consumidor de produtos de base.

Incrementar lutas com outros países, em especial de países da CEE, que competam a nível de preços.

de inquéritos alimentares e sanitários a realizar regularmente em amostras significativas de estratos sociais e de grupos em risco, etc..

[suadu]

3. O conhecimento imperfeito e atrasado dos índices sanitários disponíveis e de consumos alimentares impede a análise rigorosa das relações entre alimentação e saúde em Portugal, mas não impede uma apreciação dessas relações.

Essa apreciação ganha maior exactidão se nos ocorrermos dos resultados de alguns inquéritos e estudos bem concebidos de amostras populacionais adequadamente caracterizadas e dimensionadas; enriquece-se com algumas informações de foro clínico. Mesmo assim, essa apreciação não passa de uma análise ~~aleatória~~ ^{ainda} pouco precisa.

Uma primeira apreciação genérica caracteriza Portugal como um país de variados padrões alimentares com consequentes repercussões complexas no estado sanitário e na mortalidade da sua população.

De facto, coexistem padrões de subnutrição proteino-calórica crónica com padrões de sobrealimentação desequilibrada, os quais afectam, logicamente, estratos sociais bem diferenciados. Mas entre estes dois padrões extremos e opostos de má-nutrição existe uma gama vasta de situações intermédias; e a todas elas correspondem perfis sanitários próprios, embora, neste momento, ainda mal conhecidos.

4. A subnutrição proteino-calórica crónica existe entre nós.

Nos últimos 3 anos voltaram a ser diagnosticados casos infantis de kwashiorkor e alguns de atrepsia. Com frequência crescente estão a ser diagnosticados casos de marasmo, sobretudo entre idosos e idosos que vivem sozinhos e que



não frequentam centros de dia de solidariedade social. Acorrem a centros de saúde mercê de doenças intercorrentes ou são descobertos em casa por assistentes sociais ou por enfermeiras visitadoras; quando morrem, o preenchimento da respectiva certidão de óbito constitui verdadeira quebra-cabeça, para o médico e a causa de morte acaba por ser rotulada com variados diagnósticos, designadamente, o de semelhança.

Estas situações muito graves acabadas de descrever, idênticas às manifestações de fome endémica características dos países pobres, são regularmente muito menos frequentes do que as formas frustes de subnutrição proteíno-calórica.

Estas situações mais frustes afectam largas faixas populacionais de fracos recursos mas atingem particularmente crianças e adolescentes. Têm tradução relevante em alguns indicadores sanitários para os quais também contribui outro tipo de má-nutrição, a subnutrição por carências específicas de nutrientes. Como a incidência nesses índices destes dois tipos de subnutrição não é ponderável, tratamentos deles em conjunto no ponto 5.

5. As repercussões sobre a saúde das formas mitigadas de subnutrição proteíno-calórica e de subnutrição por carência específica de nutrientes são, em certa medida, semelhantes, embora repousem em padrões alimentares diferentes.

No primeiro caso, a ração alimentar global não basta para satisfazer as necessidades tanto de nutrientes energéticos como de nutrientes plásticos e reguladores, indispensáveis quer para o desenvolvimento pleno e harmonioso dos indivíduos durante a maturação, quer para a manutenção da actividade biológica dos adultos. E não basta, em todas as idades, para criar resistências às agressões externas, pelo que estes indivíduos se mostram



particularmente vulneráveis a doenças infecciosas. Em animais, igualmente, para desenvolver as actividades próprias da vida de relação, pelo que estes indivíduos ^{também} mostram-se pouco aptos para a vida social, nomeadamente para aprendizagem e para produção rendosa de trabalho.

No segundo caso, de subnutrição por carências específicas de nutrientes, a reacção energética é mais ou menos suficiente — pode até apresentar-se excessiva — mas faltam completamente ou escasseiam de forma crónica, alguns nutrientes.

Como uma alimentação que proporciona saúde é só aquela que no dia a dia fornece em quantidades suficientes e equilibradas todos os nutrientes, de modo a que a totalidade das reacções biológicas se processe harmoniosamente, estes indivíduos sofrem as consequências, por vezes mortais, do bloqueio ou da lentidão de algumas dessas reacções vitais. O resultado final é, portanto, idêntico ao da subnutrição proteíno-calórica global, embora possam estar presentes também, e quase sempre estão, certos sintomas característicos de uma ou mais carências.

A subnutrição, seja global (proteíno-calórica), seja parcelar (de um ou mais nutrientes) incide particularmente no grupo social de mais fracos recursos, sobretudo famílias numerosas de subproletariado e proletariado urbano e suburbano; abunda também nas zonas rurais mais pobres, mormente entre o proletariado das regiões de monocultura e nas famílias que não dispõem de horta ou terreno.

Outros grupos sociais não são imunes à subnutrição; ela atinge idosos e reformados isolados ou que habitam em ambientes familiares hostis, e até asilados que hostilizam a comida e não são devidamente acompanhados pelo pessoal das instituições.

Gravosas, adolescentes, grávidas e idosos identifi-



cam-se como os grupos de maior risco das duas categorias de subnutrição.

A questão alimentar, para o caso da subnutrição proteíno-calórica, reside na falta de comida bastante. Para o caso da subnutrição por carências específicas de nutrientes, reside na monotomia de consumos alimentares e na falta persistente de alguns alimentos fornecedores privilegiados dos nutrientes de que mais é carecida parte significativa da população portuguesa.

São esses alimentos: leite e seus derivados ricos de proteínas e cálcio, hortaliças e legumes frescos, frutas, leguminosas secas, carnes, peixes e ovos. Insuficientemente consumidos, ou nunca consumidos, por diferentes grupos populacionais, contribuem para a subnutrição de uma parte importante da população subnutrida, a qual deve rondar dois milhões e meio de indivíduos, número com tendência para aumentar.

A subnutrição por carências específicas poderia ser parcialmente mitigada se os alimentos de maior consumo pelo indivíduo que a sofrem - pão e outros produtos cerealíferos - fossem de boa qualidade nutricional; mas a verdade é que são produtos empobrecidos no decurso das manipulações sucessivas que sofrem desde o estágio de produtos de base até à de produtos alimentares.

A subnutrição, nas suas duas formas, traduz-se sanitariamente através de vários índices que se referem sobretudo aos grupos etários mais jovens. Traduz-se igualmente através de informações de cunho nutricional. A saber:

A. Além de uma mortalidade geral, que se mantém acima da que é própria de países melhor alimentados, subsistem em Portugal taxas preocupantemente elevadas de: a) mortalidade entre 1 e 4 anos; b) mortalidade infanto-juvenil; c) mortalidade infantil; d) mortalidade perinatal.

a) A mortalidade entre 1 e 4 anos é um dos indica-

dores indirectos mais seguros de subnutrição numa sociedade, com efeito, nos países onde a alimentação das mães durante a gravidez e o aleitamento é particularmente cuidada, onde a alimentação das crianças ao peito ou com leite humano de dadoras é a regra, e onde a nutrição infantil depois do desmame é criteriosa, a mortalidade entre 1 e 4 anos resulta praticamente apenas de acidentes e de consequências tardias de malformações cardiovasculares congénitas.

Entre nós continua a ser impressionante a mortalidade e a morbidade em consequência da vulnerabilidade dessas crianças às agências infecciosas: otites, amigdalites, gastroenterites e infecções broncopulmonares, para não referir as mais comuns, continuam a ser causa de doença e morte em Portugal e, de acordo com as estatísticas disponíveis, não mostram, no seu conjunto, tendência para diminuir.

b) A mortalidade infanto-juvenil também constitui indicador razoavelmente fiel de subnutrição. Crianças maiores e adolescentes, com pouco desenvolvimento prévio, não aguentam as exigências reclamadas pelas rápidas e activas transformações puberais. Em consequência, a mortalidade tuberculosa recrudescer actualmente, o desenvolvimento ataraxa-se, e a mortalidade por doenças infecciosas não mostra tendência para regredir.

c) A mortalidade infantil pós-neonatal resulta de um conjunto complexo de causas entre as quais as nutricionais também são importantes. Seguramente que nos países de fome endémica, onde 100 e mais óbitos por cada mil nado-vivos são taxas comuns, a subnutrição deve caber parte de leão. Alguns estudos referem que em taxas de mortalidade superiores a 21‰, a componente alimentar está em ordem impiedada. Com a menor mortalidade infantil, a diminuir significativamente.



entre 1970 e 1979, deve situar-se actualmente num valor entre 26 e 30%, bem diferente dos 8 a 12% dos países onde a alimentação da grávida e da criança têm sido objecto de cuidados particulares.

Atentemos que a taxa de mortalidade infantil se mantém acima de 30% exactamente nos distritos onde as careências alimentares são mais manifestas.

d) É habitual relacionar a mortalidade perinatal à acção de causas endógenas e a traumatismos de parto. Alguns estudos, meantime, encarecem a importância da subnutrição como factor de prematuridade, debilidade do recém-nascido e de certas malformações congénitas, situações consideradas, todas elas, "endógenas", ao relacioná-las com careências específicas de certos ácido-amina-dos e de certos minerais e vitaminas na alimentação da mãe (e também com a ingestão de tóxicos alimentares, o que não cabe agora comentar). Também na rubrica "traumatismos de parto" inscrevem-se dificuldades de expulsão que podem relacionar-se com defeitos de contractilidade muscular de causa nutricional, nomeadamente por careência cálcica.

B. Baixo desenvolvimento estatural durante a infância e a adolescência. Terminado o crescimento, a estatura final de adulto é inferior às médias alcançadas pelos indivíduos dos grupos sociais melhor alimentados. No decorrer das várias fases de desenvolvimento, estatura e peso, quando avaliados na população escolar dividida por distritos, guardam relação significativa com as respectivas disponibilidades médias para consumo por distrito.

C. Aparecimento do impulso pubertário em idades muito diferentes e grande dispersão etária das sucessivas fases de desenvolvimento de adolescentes. Tal realidade traduz-se significativamente na maturidade psico-afectiva

das diferentes idades cronológicas, o que torna desigual o comportamento dos alunos da mesma classe escolar e diferente a adesão às solicitações dos respectivos programas lectivos, sobretudo entre 10 e 16 anos. Esta situação constitui uma das causas concorrentes para os elevados índices de falta de êxito escolar entre nós.

D. Tudo somado, a subnutrição proteínico-calórica e a subnutrição por carência específica de micronutrientes continuam a pesar nas nossas taxas de mortalidade e na morbidade dos indivíduos mais novos e a afectar outros parâmetros de avaliação do estado nutricional, nomeadamente o desenvolvimento pondo-estatural e as aptidões escolares.

Falta estudar, o que já se fez noutros países, o peso da subnutrição no que respeita a capacidades e aptidões para diferenciação profissional, a rendimento de trabalho e a taxas de absentismo.

No entanto, possuímos boas indicações, em resultado de inquéritos sobre estado nutricional e de estudos clínicos, de que variadas manifestações de subnutrição são mais ou menos frequentes em todos os grupos etários da população com mais baixos consumos alimentares, e não apenas em crianças e jovens. Com efeito:

a) As anemias ferriprivas revelam-se na totalidade dos indivíduos idosos com alimentação monotona e carecida de produtos cárneos e de hortaliças de folha; são igualmente comuns entre mulheres multiparas e entre crianças com as mesmas carências alimentares. Vários estudos revelam que taxas baixas de ferro sérico são registadas em grupos populacionais onde faltam hortaliças verdes e carne.

b) Raquitismo em crianças e osteoporose, osteomalacia e tetania calcipriva são patologias muito generali-

zados em grupos populacionais que não consomem produtos lácteos (ou que não os consomem em quantidade suficiente durante as fases de maturação orgânica) e que também não se alimentam com hortaliças verdes.

c) Bocio endêmico iodopéxico é comum nas populações dos distritos interiores.

d) Xerose e outras manifestações de carência de vitamina A são frequentes entre grupos populacionais com níveis baixos de produtos lácteos e de vegetais corados e com preferência por margarinas em detrimento de manteiga.

e) Cárie dentária, embora ligada também a outros factores alimentares e de higiene oral, tem sido detectada com maior frequência em regiões com águas pobres de flúor.

f) Anemias, em tempos tão frequente entre crianças, tem diminuído francamente desde que se iniciou a distribuição de leite escolar.

g) Pelagra confina-se hoje a grupos humanos limitados mas muito carecidos de alguns conceitos de Entree-Douro - e - Pinho para os quais o pão de milho ainda constitui o alimento mais comum, a ponto de fornecer mais de 50% do total da energia ingerida.

De tudo o que expusemos nos pontos 4 e 5 podemos concluir que a subnutrição, seja global ou confinada a certos nutrientes, afecta ainda profundamente a saúde da população portuguesa ao atingir directamente 1/4 dos portugueses, aqueles que são mais afectados por dificuldades de natureza social, nomeadamente financeira.

Os custos sociais das consequências parecem-nos superiores aos das medidas de âmbito social e educativo capazes de remediar tal situação a médio prazo.



6. O conteúdo de subnutrição, desde fome histórica que os homens quiseram afastar da sua memória colectiva (e que urge varrer da face da Terra) não é comer à falta e de qualquer maneira, não é dar primazia a alimentos e formas de cozinhar que simbolizam, desde tempos antigos, riqueza e "bom nível" social, não é também, de maneira nenhuma, consumi-los indiscriminadamente e com abundância. São produtos alimentares industrializados, os quais resultam de profundas transformações de produtos de base ou que não passam de puras simulações.

Estudos epidemiológicos muito precisos correlacionam modificações bem identificadas de hábitos e preferências alimentares recentes com o frequência cada vez maior de doenças degenerativas - referidas frequentemente como "doenças da civilização" - as quais concorrem para o encurtamento da duração da vida que nas duas últimas décadas aflige os países com o mais elevado consumo de produtos alimentares.

Este padrão alimentar afecta predominantemente os adultos das sociedades afluentes. Caracteristicamente, crianças e adolescentes são poupados às causas de morte e às doenças próprias da subnutrição, e os níveis de desenvolvimento pondo-estatural e psico-afectivo durante as fases de maturação são muito bons. Mas depois, em plena idade adulta, pessoas aptas, activas e aparentemente saudáveis tornam-se vítimas de doenças metabólicas e degenerativas, que os debilitam ou matam. Doenças de curso mais ou menos lento e silencioso até ao momento das suas primeiras manifestações clínicas.

Este padrão alimentar, denominado "occidental", caracteriza-se do ponto de vista alimentar por:

a) Seu excesso: de energia; da raça gorda total; da preferência por gorduras sólidas, hidrogenadas e digeridas pelo calor; de açúcares; de bebidas alcoólicas; de carne, peixe, ovos e derivados lácteos.



b) Três défices: de amido; de leguminosas secas e de produtos cerealíferos completos; de produtos lácteos e frutos em maturação.

c) Dois factores concomitantes: excesso de sal; ingestão abundante de corantes artificiais e de outros aditivos de produtos alimentares e de resíduos químicos de produtos de base.

Em Portugal, parte importante da população com baixos recursos, e aqueles que têm acesso a refeições pagas ou subsidiadas em locais de alimentação colectiva, têm tendência para adoptar este padrão alimentar nefasto, embora com certas variantes.

Esta forma excessiva, desequilibrada e tóxica de nos alimentarmos começa na década de 40 entre as novas classes de altos rendimentos mas generaliza-se às classes de rendimentos médios, e vulgariza-se entre todas elas, sobretudo a partir do início dos anos 70; traduz-se significativamente nos indicadores sanitários portugueses. Calculamos em cerca de 3 milhões o número daqueles que adopta este padrão alimentar.

O nosso padrão alimentar de abundância possui características próprias, razoavelmente identificadas e ponderadas quanto às suas consequências; passamos a descrevê-lo e comentá-lo, embora de forma sucinta. Assim, o mais caracterizante é:

a) Abuso de sal na cozinha e no processamento industrial de produtos alimentares, designadamente no pão. Implica a elevadíssima frequência de hipertensão arterial com as suas consequências patológicas bem conhecidas; contribui para a alta incidência de carcinoma de estômago, de enxaqueca, de perturbações venosas dos membros inferiores e do quadro de tensão pré-menstrual. Determina a mesma causa mais comum de morte a partir dos 50 anos: as doenças cerebro-vasculares.

b) Utilização massiva de todos o tipos de gorduras



ras com preferência pelas sólidas, pelas provenientes de carnes de mamíferos e pelas que sofrem sobreaquecimento em frutos, estufados ou assados.

As gorduras, no meio urbano, concorrem com mais de 40% do total energético da raça, quando não deveriam contribuir com mais de 25%. Neste consumo elevadíssimo, aliado à falta de actividade física regular típica dos trabalhadores de serviços e das mulheres domésticas, assenta a frequência crescente de obesidade com todo o seu cortejo de consequências. Assenta também a frequência igualmente aumentada de alterações lipídicas do sangue e de doenças trombo-embólicas de entre as quais a doença isquémica do coração constitui a segunda causa de morte bem identificada a partir dos 50 anos e a quarta entre 15 e 49 anos. Para tal concorrem também a própria natureza das gorduras preferidas, que são as saturadas.

O sobreaquecimento de óleos e margarinas, com as degradações químicas que origina, contribui para numerosas doenças digestivas, nomeadamente gastrites, duodenites, alterações da diátese biliar e carcinomas digestivos, que no seu conjunto pesam muito na morbidade da população portuguesa.

c) Uso exagerado e a toda a hora de bebidas alcoólicas, com tendência crescente para as destiladas. O abuso de bebidas alcoólicas, em qualquer quantidade e em qualquer padrão alimentar, com o associado bem conhecido do seu efeito sobre a saúde individual e coletiva em todos os escalões etários, incluído em crianças. Importa aqui referir, para não sermos ambíguos, que este tipo de alcoolismo é insucesso escolar, piroclividade no trabalho e carcinoma de estômago.

A ingestão alcoólica excessiva no português que adota a padronização alimentar ocidental importa sobretudo pelo que ela implica para a taxa calórica elevada da raça e pela sua associação com a obesidade.

mente para uma péssima ingestão insuficiente de *complantix*.

A falta de *complantix*, nomeadamente de lenhina e celulose dura, de que cereais completos e leguminosas são fornecedores privilegiados, e de celulose branda, hemiceluloses, pectinas e géis, abundantes em produtos hortícolas, leguminosas, tubérculos e frutos inteiros (não em sumos e, muito menos em refrigerantes), é responsável pela má drenagem da vesícula biliar e pela obstipação, situações evidentes tão comuns entre nós, que se correlacionam epidemiologicamente com várias doenças digestivas — diverticulose cística, apendicite, hemorroidas, carcinomas digestivos, etc. — e com o aumento das taxas de colesterol e de lipídios circulantes, estas com implicação directa na génese e agravamento da doença tromboembólica.

c) Escassez de hortícolas, outros produtos hortícolas e frutos em maturação, cujas consequências se entroncam com o que antes referimos.

d) Consumo elevado de açúcar em maturação e de produtos açucarados, nomeadamente refrigerantes e produtos de confeitaria e pastelaria.

O gasto de açúcar guarda, em cada distrito, relação directa com o respectivo rendimento per capita, excepto naquelas em que a fabricação de vinho e azeite é relevante. Contra um consumo máximo anual recomendado pela O.M.S. de 6 kg por pessoa, nas cidades de Lisboa e Porto ultrapassamos 60 kg! Nos distritos de Vila Real, Guarda e Castelo Branco queda-se por 13 a 15 quilos.

O açúcar contribui para a energia elevada da dieta elementar, ao lado do álcool e do excesso de gorduras. É directamente responsável pela frequência galopante de diabetes não insulino-dependente, da obesidade e da doença tromboembólica. A sua utilização ao fornecer energia adequada de energia glicídica: cereais, tubérculos, leguminosas, hortícolas.

g) Horário inadequado de refeições com longos intervalos entre elas, primeiro-almoço inexistente, escasso ou incompleto, e almoços e jantares copiosos, relacionam-se com vários factores de ordem familiar e social nomeadamente com horários de trabalho e modos de vida das populações urbanas.

A este conjunto de atitudes erradas cabe a responsabilidade de, ao longo do dia, se sucederem no organismo níveis nutricionais contraditórios: na realidade, nos momentos que imediatamente se seguem à ingestão maciça de alimentos, o excesso calórico que não vai ou gasta nos mesmos momentos contribui para a elevação dos níveis de colesterol e gorduras no sangue e para a armazenagem de gorduras de reserva no tecido adiposo; contemporaneamente, parte das vitaminas e minerais ingeridos vão ou eliminados pela urina. Nos intervalos longos entre refeições e durante o jejum matinal o organismo sofre efeitos equivalentes ao da subnutrição, com autofagia proteica e hipoglicemia.

Esta maneira de distribuir as refeições pelo dia contribui para a génese e agravamento da obesidade, da aterosclerose, da diabetes não insulino-dependente e para a exaustão pancreática; afecta igualmente os órgãos digestivos. Repercute-se nas taxas elevadas de semi-rotatividade do trabalho e da entrada e no baixo rendimento escolar, sobretudo notáveis entre as 11 horas e a hora de almoço, e na sonolência e desatenção após refeições copiosas.

h) Começamos ser importantes as consequências sobre o organismo nutridas por aditivos alimentares e por resíduos químicos resultantes da produção intensiva agrícola e pecuária de produtos de base. Manifestam-se a vários níveis, de forma ainda incompletamente esclarecida; invocam-se como responsáveis por alergias, doenças hepáticas, renais e do tubo digestivo, por malformações congénitas e pela eclosão de certos carcinomas, nomeadamente do seio.

i.) Falta de leite e de produtos lácteos fornecedores de cálcio, proteínas e riboflavina afecta uma franja razoavelmente importante dos grupos sociais que entre nós adoptam o padrão alimentar ocidental, embora não seja dele característica, o que faz com que também nesses grupos sociais se repercutam os resultados de tal falta, maiormente no que respeita à carência cálcica. Como o excesso de peso atinge quase metade dos grandes comedores, as repercussões da hipocalcemia não particularmente evidentes a nível das articulações, que sofrem os efeitos acumulados de carência cálcica, sobrecarga ponderal e sedentarismo, sob forma de artroses.

j.) Escassez de ingestão hídrica, sob forma de água em natureza, infusões, sopa, leite e cozinhado húmidos, conforme neste padrão alimentar para a frequência elevada de calcúlos do aparelho urinário. Contribuiu igualmente para a incidência elevada de infecções urinárias (as mais comuns, por colibacilo) primeiramente dependentes da rotura do equilíbrio da flora intestinal mercê dos desequilíbrios alimentares característicos do padrão.

l.) Finalmente, o estrato social que adoptam este modo desequilibrado e excessivo de se alimentarem consomem, *per se*, pouca notavelmente avultada de todos os fornecedores de proteínas animais disponíveis para o total da população portuguesa. A preferência por carnes e processados cárneos contribuiu para o forte êxodo de gordura e colesterol da raça alimentar quotidiana; o fêcho especial para com a carne de bovino, para os fetos elevados de gorduras saturadas. As consequências já as apontámos. Porém, o uso excedentário de proteínas de proveniência animal, mercê da sua composição particular em aminoácidos, é responsável pelo aumento de frequência de carcinomas, causas de incapacidade e de mortalidade em recente aumento nos grupos etários acima de 45 anos, de 1970.

7. Para concluir, podemos afirmar que parte substancial da população portuguesa come mal e, em consequência, sofre e morre das patologias decorrentes do tipo de erros alimentares que comete.

Não ficamos satisfeitos pelo facto de não podermos incluir cerca de 4 milhões de novos cidadãos em nenhum dos padrões alimentares descritos nos pontos 4, 5 e 6. Essas descrições não esgotam todos os tipos de comportamento alimentar existentes entre nós; contemplam os mais típicos e que melhor se traduzem nas nossas estatísticas. Talvez alguns milhões se alimentem com razoável correção. No entanto, sem desferir aprofundar muito mais, quantas são as crianças alimentadas a biberão e não com leite materno?

A nossa ideia é que estigmas de subnutrição atingem largos estratos sociais, inclusive aqueles que se alimentam excessivamente; é também que os erros do padrão alimentar ocidental tendem a generalizar-se; de momento, o único óbice serão as dificuldades financeiras de numerosas famílias das camadas pobres e médias da sociedade portuguesa. Ouvimos a uma pobre mãe de aldeia, que dava a fruta do seu quintal aos porcos e não ao filho, que só tarde se tinha apercebido de que talvez a fruta fosse bom alimento, porque ouvira na televisão o anúncio de um refrigerante que se afirma "melhor do que fruta". Mas o resultado final frustrante: continuou a dar a fruta aos porcos e passou, sempre que podia e com sacrifício de outros gastos, a comprar uma garafinha do tal refrigerante para o filho. Por onde pára a educação alimentar?

Impõe-se a adopção de uma política alimentar realista para Portugal a bem da nossa saúde. Experiências de outros países ajudam-nos a não percorrer caminhos errados, a escolher métodos rápidos e baratos, ensinam-nos também a encarar os problemas económicos e organizativos que se colocam em cada instante.



As questões alimentares são eminentemente específicas: regionais, locais, características de indivíduos humanos restritos, próprias de cada perfil de trabalho, individualizáveis por cada estrato de rendimento, atentas às exigências dos grupos de maior risco. Há que as conhecer a todas.

Isso não inviabiliza nem dificulta a definição de uma política alimentar nacional; obriga e a construí-la da periferia para o Terreiro do Paço, do particular para o geral e não, ao contrário, através de "normas", "regras" e "esquemas" generalizados, uniformes e taxativos saídos de gabinetes ignorantes das realidades.

Tal como uma política de saúde deve assentar na experiência acumulada com o desenvolvimento dos cuidados primários de saúde, uma política alimentar tem que assentar no conhecimento de todas as realidades parcelares e na experiência de resolução local de muitos dos problemas que se depararão. As cidades colocam outro nível de questões de abastecimento e educação alimentar; mas não faltam exemplos felizes de como as resolver. Para que servem os nutricionistas?

Possuem profissionais aptos para desenvolver esta frente de trabalho em prol da saúde. Possuem estruturas estatais vocacionadas para receber dados, estudá-los, enquadrá-los e fornecer soluções. Porque não se aproveitam os primeiros e os segundos não se articulam e legislam?

Alimentação e saúde são indissociáveis. Haverá quem nos dê saúde para Portugal?

Emílio Peres

Encarregado da agência da cadeia de "Alimentação Racional" do Curso Superior de Nutricionismo da Universidade do Porto.

Chefe de Serviço de Endocrinologia do Hospital de S. João.

Gestor do Curso de Dietética da Escola Técnica dos Serviços de Saúde do Porto.



origina. A frequência de doenças hepáticas está a diminuir, embora constitua ainda a terceira causa de morte nos grupos etários de 15 a 64 anos; mas os portugueses com alimentação insuficiente são percentualmente as suas vítimas preferidas.

Cabe chamar a atenção para o facto de muitos dos nossos bebedores entrar na categoria de "bebedores sociais", o que significa que com educação alimentar e com disponibilidade de bebidas alternativas, nomeadamente água de boa qualidade, em todos os locais de alimentação colectiva e em todos os locais de trabalho, o alcoolismo crónico poderia diminuir francamente.

d) Preferências por pão branco e outros produtos refinados com farinha excessivamente refinada e por outros produtos cerealíferos refinados em detrimento de produtos mais integrais, mais completos, e de leguminosas.

Uma nova política para o pão, com o sentido de beneficiar as suas características nutritivas, o alargamento do seu consumo, a par da introdução de outros produtos cerealíferos mais completos e do alargamento do uso de leguminosas (em detrimento da procura de produtos refinados, pastelaria e alimentos e bebidas com açúcar) contribuiria não só para o aumento de ingestão de amido, a fonte energética mais saudável, como para o enriquecimento da raça quanto a minerais, vitaminas e complexos. E todo este conjunto de medidas contribuiria para diminuir a incidência de obesidade, diabetes não insulino-dependente e doenças ateroscleróticas.

O tipo de consumo glúcido característico deste padrão alimentar, juntamente com a escassez de uso de produtos hortícolas e frutos em maturação concorre decididamente para o empobrecimento da dieta mineral e vitamínica - fontes de subnutrição específica - neste grupo humano de hiperalimentação - e hanc-