



* Ricos e pobres

* Grandes períodos históricos da economia alimentar

1. Pré-agrícola, até ao neolítico: recolha, pesca e caça.
2. Agrícola e doméstica: o grosso da cadeia alimentar desenvolve-se no seio de pequenas unidades de produção e consumo.
3. Comercializada e diversificada: a economia de mercado reduz auto consumo e relações de troca e comércio entre produtor e consumidor.
4. Industrializada transnacional.

Contextos especiais e situação sócio-económica e cultural tornaram e tornam variados os tempos históricos e as suas repercussões.

Ainda hoje, a economia transnacional só atinge, e desigualmente, as sociedades de consumo.

A revolução industrial cria uma nova geografia humana com situações alimentares e sanitárias características: a dos países "subdesenvolvidos", "em vias de desenvolvimento" e "desenvolvidos".

* Doenças carenciais

Relacionadas com pobreza; aos efeitos de escassez e monotonia alimentar junta-se o impacto de doenças parasitárias e infecciosas.

Prevalencem em países subdesenvolvidos, atingem os grupos sem recursos de países em desenvolvimento, e os excluídos das sociedades afluentes.

* Doenças da afluência

Espalham-se pelo geral da população dos países mais ricos, inclusive, atingem os pobres desses países merçê da dispersão de erros alimentares característicos. Atingem vastos grupos de países em desenvolvimento.

...

1997

24

Universidade Popular do Porto

II Curso Avançado de Alimentação e Nutrição Humana
2ª edição. 2001. 1º módulo. Emílio Peres



...
Resultam de: desorganização do dia alimentar; consumos esbanjadores de certos alimentos de que advém, no fundamental, abuso reiterado de gorduras, açúcares e proteínas; deficiência continuada de reguladores e activadores; desequilíbrio entre nutrientes; e toxicidade por xenobióticos.

A deficiência oculta prolongada de micronutrientes joga papel muito importante: as quantidades providas não bastam para proteger o organismo de agressões alimentares e de outras relacionadas com o estilo de vida nocivo dessas sociedades ricas: sedentarismo, stress, medicamentos e drogas, tabaco, álcool. Daí que se denominem hoje os nutrientes reguladores de [nutrientes protectores].

Continua a ser enfocado o desajustamento da energia provida por macronutrientes como causa maior das doenças da afluência. Mas o papel dos micronutrientes e do sedentarismo é de relevar.

As doenças da afluência têm expressões clínicas próprias; mas a origem é a mesma. Formam um conjunto aparentado de patologias que se evidenciam mais ou menos a par da mais evidente. Daí, v.g. que um diabético também seja hipertenso e dislipidémico. Esse conjunto é denominado por

conglomerado de doenças metabólicas e degenerativas crónicas. Quais?

- Obesidade, diabetes da maturidade, dislipidemias, hipertensão arterial e hiperuricemia;
- Doenças ateroscleróticas e trombo-embólicas: DCI, AVC, etc.;
- Cancros;
- Senescência, doença ósteo-articular degenerativa, calculoses biliares e renaes.

portugueses
nos 50 anos

de 6 milhões mudam de região
acção campesina decresce muito
ciliação em meio rural é escassa
ciclo dos actuais rurais foge do
procura aglomerados

veiam oportunidades para tratar
O campo industrializa-se
cção hortofrutícola decresce e
niza-se

quece a relação entre emigrados
de origem

de compra aumenta muito após
ução de 25 de Abril
rados repudiam a origem. Seus
ais ainda: escondem-se no novo
tilo consumista

utores transnacionais e cadeias de
pelam ao consumo. Consumo é
idade e "marcas" distinguem

★ Século XX - evolução da economia alimentar

→ Agrícola e doméstica

A cadeia alimentar processa-se dentro de pequenas comunidades de produção e consumo.

→ Comercial diversificada

Auto-consumo marginal.

Intermediação comercial activa entre produtores conhecidos distantes e consumidores
Equilíbrio entre tradição e novidade.

→ Industrializada transnacional

Produtores cada vez em menor número mais distantes e mais incógnitos.

Leque restrito de produtos processados estereotipados substitui progressivamente a oferta diversificada de alimentos naturais
Variedade de marcas esconde monotonia alimentar pseudo-diversificada.

Apelo à compra de "marcas" enfraquece intermediação comercial.

○ Consumidor solitário e transgressor.



Doenças do comportamento alimentar

■ Anorexia nervosa

- ▶ Desejo persistente de conter o peso abaixo do mínimo desejável.
Pavor de que o peso suba.
Apreço por uma imagem corporal famélica.
Amenorreia (falta menstrual de 3 meses; depois, ocorrência só com medicação).
- ▶ Tipo restritivo puro: restrição alimentar persistente sem episódios bulímicos.
Tipo misto: restrição interrompida por crises bulímicas e ou comportamentos compensadores.

■ Bulimia nervosa

- ▶ Episódios recorrentes de engorritação voraz caracterizados por deglutição em menos de 2 h de enormes quantidades de comida; perda de noção de quanto se come e de capacidade para parar.
Comportamentos compensadores para impedir ganho de peso - 2 tipos:
 1. vômito, uso de diuréticos, laxantes, outras medicações e dietas;
 2. jejum completo, ou exercício físico violento.
 Episódios de engorritação e compensadores repetem-se 2 ou mais vezes por semana e perduram por 3 ou mais meses.
Desgosto com imagem corporal e pavor de engordar determinam as crises bulímicas.
As perturbações não podem manifestar-se durante ciclos de anorexia n.
- ▶ Tipo purgativo: as compensações ocorrem exclusivamente a vomitar ou tomar laxantes e outras drogas.
Tipo não purgativo: as compensações ocorrem exclusivamente a jejum e exercícios violentos.

...



...

■ Engorçatão compulsiva

Semelha à bulimia nervosa quanto à impulsão para comer e à incapacidade para parar mas faltam os comportamentos compensadores.

Os episódios repetem-se 2 ou mais vezes por semana e persistem 6 meses ou mais;

acompanham-se, pelo menos, de 3 das seguintes condições:

- comer muito depressa;
- comer até se sentir empanturrado;
- comer independentemente de sentir fome;
- comer sozinho para que ninguém reparasse;
- sentir-se deprimido, desgostoso ou culpado após comer;
- grande angústia por ceder à crise de engorçatão.

■ Doenças do comportamento alimentar não especificadas

Formas truncadas de anorexia e bulimia nervosas.

Provocação frequente do vômito sem ter comido muito.

Mastigar e deitar fora, sem engolir.

□ Outros comportamentos anómalos que não constituem doença

Voracidade resperal.

Apetites selectivos apaziguadores; etc.

Nota: Anorexia e bulimia nervosas estão incluídas na "classificação geral de doenças" e também as doenças do comportamento alimentar não especificadas. Estas incluem-se as doenças acima referidas e a engorçatão compulsiva, esta ainda não completamente caracterizada e sem denominação essente.

* Modelos de má-nutrição

- Reconhecimento do estado nutricional
 - De uma população: indirectamente (a) através de indicadores sanitários - taxas de mortalidade e morbilidade, etc. - e (b) através da distribuição Gaussiana de valores antropométricos
 - De uma pessoa: directamente (a) por avaliação antropométrica, (b) por um padrão de sintomas e sinais fiáveis e de reconhecimento fácil, e (c) por avaliação clínica e subsidiária.
- Sobrenutrição muito desequilibrada
 - Por alimentação super-calórica, muito deficiente quanto a alimentos protectores, e francamente tóxica pela abundância de lixo alimentar.
 - O valor calórico das gorduras fornecidas supera o de glúcidos e, nestes, o contributo do açúcar supera o do amido.
 - Refeições e colações estruturadas são substituídas pelo come e bebe ambulante, a todas as horas e fora de horas, de comida de cafetaria.
 - Nas sociedades mais ricas, prevalece nas classes de rendimentos médios-baixos. Em países em desenvolvimento, nos adolescentes e jovens "modernos" das classes média ou média-alta.
 - Obesidade infantil e obesidade disforme em crianças, jovens e adultos manifestam-se em número preocupante.
 - Entre os obesos disformes desde a infância, a morte sobrevém antes dos 45 anos. As doenças do conglomerado são evidentes já na 4.ª década de vida.



● Sobrenutrição

→ Por alimentação excessiva concentrada em grandes refeições abundadas de gorduras, carne, bebidas alcoólicas e docaria, e escassez de alimentos protectores.

Prevalece nas classes de rendimentos médios-altos em meio urbano.

→ Crianças e jovens evidenciam bons níveis de desenvolvimento; por excepção, alguns gordos e alguns desnutridos.

A saúde mantém-se bem até à 4^a ou 5^a década de vida. Desde então, o conglomerado de doenças metabólicas e degenerativas ganha evidência endémica.

→ Os índices de mortalidade geral são beneficiados pelos reduzidos índices de mortalidade infantil e infantojuvenil e pela eficácia do tratamento das doenças do conglomerado.

Os grandes gastos com doença e a mortalidade entre adultos são enormes.

● Má-nutrição de tipo suburbano

→ Por alimentação caloricamente ajustada, ou algo excedentária, com falha continuada de alimentos protectores e abuso de lixo alimentar. Ou seja, por alimentação esbanjadora, mal combinada, nutricionalmente deficiente e agremiada, onde avultam produtos de cafetaria, à mesa e fora dela.

→ Prevalece entre populações modestas, desculturadas e pouco instruídas, que habitam aglomerados periféricos e bairros deprimidos. No geral, rurais desenraizados e seus filhos e netos pequenos.

→ Entrecruzam-se manifestações de desnutrição e sobrenutrição tóxica. A duração média de vida depende da relação entre o peso da mortalidade infantil e infantojuvenil, e o peso da mortalidade de adultos por doenças da afluência. Varia entre 50 e 65 anos.



● Desnutrição prolongada

→ Por alimentação monótona e escassa, falta de alimentos protectores. Comum em países subdesenvolvidos e, em países de fome endémica, durante períodos de mais comida.

Em países em desenvolvimento e desenvolvidos, atinge marginalizados e pobres, idosos isolados, e maníacos de regime.

→ Emaciação menos evidente do que na fome; no entanto, casos isolados de marasmo e kwashiorkor, e evidência de carências específicas. Duração média de vida limitada: entre 35 e 50 anos (em países pobres). Crianças, adolescentes e grávidas são particularmente afectadas (idosos).

● Desnutrição proteíno-calórica ~ fome

→ Por longa e acentuada carência de alimentos.

Em países muito pobres - fome endémica.

Durante guerras, após calamidades ou pela sucessão de maus anos agrícolas - fome epidémica.

Por doenças consumptivas ou que dificultam comer; por hospitalização prolongada - desnutrição secundária.

→ Nos indivíduos: marasmo, kwashiorkor e outros quadros de fome; carências específicas graves - xerose, anemias, pelagra, etc. -; magreza e outras manifestações de desnutrição; imunodeficiência.

Nas populações: índices muito elevados de todas as mortalidades, de prematuridade, de baixo peso ao nascer, de deficientes rendimentos laboral e escolar.

Duração média de vida inferior a 35 anos.

Crianças constituem o grupo mais afectado.



☆ Conglomerado de doenças metabólicas e degenerativas crónicas

- ▷ Conjunto de patologias correlacionado com o estilo de vida desfavorável prevalente nas modernas sociedades urbanas, no fundamental, sedentarismo + alimentação tóxica e desequilibrada, que se manifesta ao fim de 30 ou mais anos de erros acumulados. Pode coexistir com carências nutricionais específicas. Actualmente, é o motor causal mais importante de envelhecimento secundário
 - e reúne as doenças de maior prevalência entre idosos
- ▷ As doenças do conglomerado, excepto obesidade que é mais precoce, tornam-se manifestas desde a 5^a (e 4^a!) década de vida:
 - obesidade, diabetes da maturidade, dislipidemias, hiperuricemia, hipertensão arterial;
 - doenças ateroscleróticas e trombo-embólicas;
 - carcinomas nutrio-dependentes;
 - insuficiência digestiva, calculose biliar, obstipação, diverticulose adquirida do cólon;
 - calculose renal; desmineralização óssea; doença articular degenerativa.
- ▷ Relação positiva com sedentarismo e alimentação desajustada:
 - ■ excesso de calorias, gorduras, álcool, açúcares, sal, proteínas;
 - défice de amido, complexos B, nutrientes reguladores, anti-oxidantes, anticarcinogénios;
 - abuso de lixo alimentar - pró-oxidantes, carcinogénios, tóxicos -;
 - refeições desestruturadas; dia alimentar desorganizado.



* Tipificação de procedimentos alimentares em Portugal (em 1992-93)

1. Alimentação suburbana pobre

- * Monotonia alimentar; escassez de alimentos protectores e activadores
lixo-alimentar; abuso de frutos, refrigerantes e bebidas alcoólicas
destruturação refeitoral e desorganização do dia alimentar
- * Calorias ajustadas ou não: em mulheres prevalece o excesso
privação oculta de antioxidantes e nutrientes protectores
excesso de lípidos, ác. gordos trans e cis-anormais, sacarose, e álcool
abundância de compostos N-heterocíclicos e N-nitrosos e de oxidantes exógenos

2. Alimentação tradicional pouco desviada

- * Diversidade alimentar; culinária saudável
alguma tendência para abuso de sal, bebidas alcoólicas e frutos
comensalidade convivencial; distinção entre comum e festivo
refeições bem estruturadas; dia alimentar organizado
- * Situação nutricional satisfatória ou boa

3. Alimentação urbana rica (de tipo ocidental)

- * Refeições copiosas de tipo festivo
primitivo - almoço pequeno e merendas insignificantes
escassez de amiláceos e de hortofrutícolas em maturação
abuso de carnes, gorduras, bebidas alcoólicas, doces e café
Culinária muito engordurada e, eventualmente, salgada
- * Excesso calórico, proeminente mente de gorduras, álcool, açúcares e proteínas
abundância de compostos N-heterocíclicos, de ác. gordos trans e de oxidantes
privação oculta de nutrientes protectores e de antioxidantes

...



...

4. Subalimentação

- não desejada _ orremeda a desnutrição prolongada
- * Alimentação escassa e monótona ou de composição aleatória
- * Subnutrição permanente ou por longos períodos

- desejada _ maníacos de regimes restritivos
- * Insuficiência reiterada de amiláceos e, eventual, de hortofrutícolas
- * Deficiência de amido, antioxidantes, nutrientes protectores e estruturantes

- induzida _ doentes sujeitos a nutrição parenteral, alimentação enteral, dietas selectivas; alcoólicos crónicos; doentes com patologias impeditivas de comer ou consumptivas
- * Desnutrição grave progressiva

5. Sobrealimentação razoavelmente equilibrada

- * Exageração quantitativa do modelo alimentar tradicional refeições copiosas; tentação pela comida ocidental (carne, doces) abuso de sal, bebidas alcoólicas e comida engordurada
- * Excesso calórico

6. Alimentação "racional"

- * Alimentação aproximada da do "padrão alimentar saudável" tendências nutritivas novos mitos emergentes
- * Equilíbrio calórico e nutricional

7. Comida de cafetaria

- * (Ainda) marginal o comer e beber ambulante característico Produtos de cafetaria subvertem merendas e jantares familiares





* Portugal - erros alimentares mais generalizados que atravessam todos os tipos de procedimento alimentar

- 1 Abuso de bebidas alcoólicas. Uso imoderado de sal.
- 2 Consumo exagerado de gorduras e óleos, em geral, e de gorduras hidrogenadas, degradadas, e saturadas aterogénicas.
- 3 Saltar refeições. Primeiro-almoço deficiente e jantar desestruturado.
- 4 Aproporcionamento calórico elevado. Pouca actividade física.
- 5 Consumo insuficiente de leite e derivados substitutos.
- 6 Utilização deficiente de alimentos hortofrutícolas e leguminosas.
- 7 Abuso de docerias e bebidas açucaradas. Apetência por lixo-alimentar.
- 8 Utilização desajustada de alimentos amiláceos.

* Portugal - capitacões edíveis médias (em gramas diários) (1)

	1970	1980	1990	
Cereais	329,3	300,5	298,5	em alimentos de base
Tubérculos	303,8	368,1	376,7	
Açúcares	64,1	86,9	78,1	inclui mel
Leguminosas secas	19,7	11,5	18,1	
Alimentos hortícolas	388,8	171,2	210,6	
Frutos frescos	280,6	122,9	203,3	
Carne e vísceras	83,8	106,5	149,7	
Lactíceos	237,1	283,2	371,8	em leite bruto
Pescado	104,4	53,9	73,8	inclui seco e conservado
Gorduras sólidas	22,2	37,8	48,5	
Gorduras líquidas	32,1	41,1	55,3	
Cacau e chocolate	-	1,6	4,4	
Bebidas alcoólicas	283,3	309,1	257,5	em g álcool: 8,6/9,2/9,9

(1) disponíveis per capita; não são consumidos.



● Alimentação saudável, uma exigência

- ★ O estado nutricional resultante da alimentação é responsável por
 - ☆ desenvolvimento intra-uterino e suas consequências
 - ☆ crescimento e desenvolvimento de crianças e adolescentes
 - ☆ maturação de adultos jovens e ritmos de envelhecimento
 - ☆ desenvolvimento psico-afectivo e comportamental
 - ☆ capacidade de aprendizagem e aptidões
 - ☆ capacidade física para atividades laborais, lúdicas e desportivas
 - ☆ imunocompetência e capacidade de resistência a agressões e doenças
 - ☆ vulnerabilização para doenças metabólicas e degenerativas crónicas, sua provocação e amplificação
- ★ Alimentação saudável é o factor ambiente mais importante para promoção da saúde e para prevenção primária e secundária de doença. Merece (exige) uma política alimentar voltada para a saúde
- ☆ a educação alimentar deve ser implementada e desenvolvida integrando todos os intervenientes
- ☆ objectivos e directivos nutrio-alimentares devem ater-se a promover saúde e constituir referência para a política alimentar
- ☆ a intervenção alimentar é indispensável quando surgem ou subsistem erros alimentares e onde actuam desvios alimentares e grupos de risco
- ☆ a alimentação sadia deve interpenetrar-se com execução regular e com actividade desportiva de lazer

Padrão alimentar de fome endémica

Características

- * Ingestão calórica muito escassa
leque estreito de alimentos disponíveis
- * Escassez absoluta de proteínas, gorduras e nutrientes reguladores
escassez relativa de amido, abundância relativa de complexos

Repercussões

- * Peso baixo de recém-nascidos, prematuridade
maus índices de saúde infantil e infante juvenil
elevada mortalidade perinatal, infantil, de 1 a 4 anos
- * Susceptibilidade elevada a doenças infecciosas e parasitárias
- * Inagreza, hipodesenvolvimento muscular, atrofia de pele e
fanéras, edema da fome; eventualmente, marasmo,
kwashiorkor e nanismo
Múltiplas doenças carenciais: xerose, ceratomalacia, anemias,
beriberi, pelagra, escorbuto, raquitismo
- * Escassa aptidão para aprendizagem e trabalho
Vida social limitada com paroxismos festivos; limitação
psico-afectiva; eventualmente canibalismo e toxicod dependência
- * Envelhecimento precoce
duração média de vida entre 30 e 50 anos.

Padrão de alimentação escassa equilibrada

Características

- * Escassez calórica em relação aos padrões normais, mas suficiente para a baixa estatura da população e estilo de vida leque alimentar diversificado
- * Comum em populações asiáticas
situação paradigmática, a dos bosquímanes

Repercussões

- * Peso baixo e estatura reduzida de recém-nascidos sem manifestações de prematuridade
mortalidades perinatal, infantil e de 1 a 4 anos médias ou moderadamente elevadas
taxas médias de mortalidades infanto-juvenil e geral
- * Magreza sem sinais de desnutrição ou emaciação
estatura pequena
- * Boa aptidão para trabalho muscular ligeiro ou moderado
bom desenvolvimento psico-afectivo; capacidade intelectual e criatividade normais ou elevadas; vida social rica
- * Prevalência insignificante de doenças metabólicas e degenerativas
- * Duração média de vida superior a 65 anos
idosos saudáveis

Caracterização sumária da "Alimentação ocidental"

- * Energia excedentária para as necessidades
→ obesidade e patologias associadas
- * Uso escasso ou muito escasso de
 - hortaliças, "legumes" e frutos em maturação
 - alimentos cereíferos (espoados!), leguminosas secas e tubérculos
→ défices de amido, com plantix, flavonoides e nut. reguladores
- * Utilização excessiva ou muito excessiva de
 - gorduras, nomeadamente hidrogenadas e degradadas
 - açúcares e produtos açucarados
 - bebidas alcoólicas nomeadamente destiladas e cerveja
 - carne, em especial de mamíferos
→ abundância de calorias, sobretudo de lípidos, dissacáridos, álcool e proteínas
→ sobreabundância de ac. gordos isomerizados e rançados, e de carcinogénios, mutagénios e pró-oxidantes
- * Outras características relevantes
 - 2 ou 3 grandes refeições; pequenas merendas eventuais ("pauzinhos para café")
 - semelhança do comum com o festivo; sem alternâncias sazonais
 - culinária engordurada, salgada, destruída e tóxica
 - Comidas múltiplas de bebidas alcoólicas e café com estômago vazio
 - esbanjamento; ecologicamente agressiva
→ conglomerado de doenças metabólicas e degenerativas crónicas (por excessos, défices e alterações físico-químicas dos alimentos)

Caracterização da comida de cafetaria

- * Comida sempre à mão e por toda a parte
Mais de 12 contactos diários com comida e bebida (M=16)
A maior parte do que se come e bebe é processado
 - * Gorduras fornecem 34% a 46% do total calórico (M=42%)
Sobreabundam gorduras vegetais hidrogenadas e g. saturadas
Fritos e gnelhados em gordura dominam a culinária
Ac. gordos trans e cis anómalos atingem até $\frac{1}{3}$ dos lípidos
 - * Hidratos de carbono fornecem 36% a 42% das calorias (M=38%)
Mais calorias de açúcares e semelhantes (M=19,5%) que de amido (M=18,5%)
 - * Proteínas, na maioria, de carnes, fornecem 11% a 16% (M=13%)
 - * Manifesta escassez de alimentos vegetais, em particular, de hortofrutícolas em maturação
Profundo défice de flavonóides, minerais, vitaminas e complexos
 - * Preferência por bebidas açucaradas e ou com cafeína, e por cereja
 - * Grande prevenção da saciedade (sempre a comer e beber),
máxima quando a contribuição dos lípidos para o total calórico
ultrapassa a dos glícidos e
quando, dentro destes, açúcares e semelhantes ultrapassam a
contribuição calórica do amido
 - * Correlação epidemiológica entre prevalência de "obesidade disforme"
e prevalência da prática alimentar de cafetaria
- ➔ Enquanto o padrão alimentar ocidental é prática de ricos
nas sociedades de consumo, a comida de cafetaria é prática
de intermediários e pobres, diversificadamente monotona

* Comida de cafetaria

★ Comparticipação ponderal de fornecedores de energia

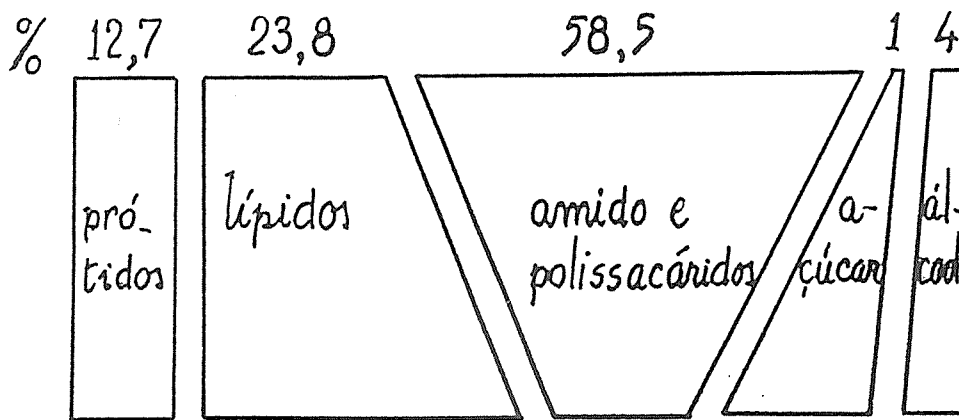


alimentação saudável



comida de cafetaria

★ Comparticipação percentual de nutrientes e álcool para o valor calórico da alimentação



← alim. saudável

← c. de cafetaria

Padrão de "Alimentação pobre suburbana" ⁽¹⁾

* Prevalece entre grupos sociais com fracos recursos e pouca cultura, que habitam bairros modestos e dormitórios das áreas urbanas das sociedades de consumo.

Subentende desculturação com perda da tradição alimentar, desorganização refeitoral e atracção por lixo alimentar

* 1 ou 2 grandes refeições por dia; primeiro-almoço falhado ou insuficiente; frequentemente uma refeição de comida de piquenique; de penicar fora de horas, mais por mulheres e crianças.

* Uso muito escasso ou escasso de hortaliças, 'legumes' e frutas em maturação

* Preferência por gorduras hidrogenadas, margarinas sólidas animais ou mistas, e óleos de sementes.

Abuso de fritos (de compra ou cozinhados em casa) e de manufacturados gordurosos.

Gorduras de adição e constituição tendem a aumentar à medida que sobem os gastos com alimentação; concorrem com 27% a 42% do total calórico.

* Consumo relativamente abundante de amiláceos, em relação aos mais baixos dos padrões alimentares ocidental e de cafetaria.

Excesso de açúcares em maturação, refrigerantes e docaria.

* Bebidas alcoólicas com tendência para abuso, sobretudo cerveja; ausentes ou menos frequentes em crianças e idosos

(1) equivalente a "alimentação urbana pobre"

Alimentação pobre suburbana

* Uso entre escasso e desejável de fornecedores de proteínas, com preferência por produtos cárneos processados; escassez de laticíneos. As proteínas concorrem com 7% a 12% do total calórico.

* Refeições e dia alimentar nutricionalmente desajustados. Culinária e produtos comprados gordurosos, salgados, tóxicos, estruturalmente modificados; monotonia alimentar.

Crianças, desde pequenas, comem inadequadamente e tendem para o lixo alimentar.

→ Características nutricionais mais relevantes

Calorias deficitárias, ajustadas ou, sobretudo em mulheres, excessivas. Sobreabundância de ácidos gordos isomerizados e rançados, de carcinogénios, mutagénios e pro-oxidantes, e de dissacáridos.

Deficiência de complexos B, minerais, vitaminas e flavonóides.

→ Consequências sanitárias mais importantes

Obesidade frequente entre adultos, sobretudo mulheres.

Desenvolvimento deficiente de crianças e adolescentes

Doença ósteo-articular degenerativa e peri-odontite entre adultos; cárie dentária entre crianças e jovens.

Cirrose hepática; alcoolismo.

Conglomerado de doenças metabólicas e degenerativas crónicas.

➡ Nas sociedades de consumo, o padrão alimentar ocidental prevalece nos grupos sociais de nível médio-alto e alto (tipicamente, quadros de empresas), o suburbano pobre, nos de nível médio-baixo e baixo (tipicamente, modestos trabalhadores de serviços e operários, e o de cafetaria entre jovens "modernos" pouco endinheirados). A má alimentação atinge marginalizados, idosos, desempregados.

Quilocalorias por prato ou porção

105 sopa de hortaliça com feijão

140 sopa de grão com massa

145 salada mista temperada com azeite

195 melão com presunto

460 bacalhau com grão temperado com azeite

365 pescada cozida com todos

395 polvo anado na brasa com batata e vinagreta

460 fêveras grilladas, arroz e salada

680 rijões, receita tradicional

225 aletria

175 creme queimado

165 pão de ló

90 maçã assada

195 sanduiche de queijo

280 tosta mista

210 sanduiche de polvo

165 duas bolas de gelado

125 duas medidas de tremoços e azeitonas

410 foie gras guarnecido

540 salada russa com azeitonas

520 cocktail de camarão

1120 bacalhau com matas

660 bacalhau à Brás

520 marmotas fritas com salada russa

760 lombo assado com batatas coradas e arroz

1150 rijões de snack bar

720 meio frango anado com batata frita

490 tarte de amêndoa

420 tarte de maçã

320 bolo de moç

570 hamburguer com ketchup

460 croassã folhado com salcicha

400 pastel de carne folhado

440 barra gelada "Mars"

269 50 g de batata-frita ruffle





☆ Pão de trigo

farinha de trigo + água + fermento + sal
cozedura a 180°-230°em %: p 7,2 10,4⁽¹⁾ gl 51⁽²⁾ Kcal 235(1) dos quais, saturados e isoméricos: vestígios
(2) dos quais, mono e dissacáridos: 1,8%

☆ Pão de forma de longa duração

farinha de trigo + água + fermento +
farinha de malte + farinha de soja + sal +
sólidos lácteos + amidos modificados +
gordura vegetal hidrogenada + amilase + ácido ascórbicoem %: p 8,3 13,8⁽¹⁾ gl 50⁽²⁾ Kcal 265

(1) dos quais, saturados 1,9 e trans 1,6

(2) dos quais, dextrinas de peso mol. baixo 16,9 e
mono e dissacáridos 18,4

☆ Bolachas integrais

idem + sabores + farelo de trigo

em %: p 9,5 16,8⁽¹⁾ gl 68,3⁽²⁾ Kcal 460

(1) dos quais, saturados 9,5 e trans 5,4

(2) dos quais, dextrinas de peso molecular baixo 24,8 e
mono e dissacáridos 4,2

☆ Croassã folhado

idem + corantes (+ eventualmente, gordura animal)

em %: p 9,2 21,4%⁽¹⁾ gl 68⁽²⁾ Kcal 495

(1) dos quais, saturados 8,5 e trans 3,8

(2) dos quais, dextrinas de peso molecular baixo 18,2 e
mono e dissacáridos 16,4

Processamento em forno industrial de alta temperatura

% de peso

* Características mais nefastas
da alimentação moderna de tipo urbano (^)

1

→ Défices

- de hortaliça, "legumes" e fruta
 - (1) privação de nutrientes reguladores e protectores
 - (2) privação de antimutagénicos, anticarcinogénicos e agentes redox
 - (3) carência de balastos e sequestradores de colesterol e sais biliares
 - (4) associação desajustada
- de alimentos amiláceos completos
 - (5) carências de amido e malto-dextrinas
 - (1), (2) e (3)
- de peixe
 - (6) falta de ácidos gordos polinsaturados $\Omega 3$
- de alimentos em maturação cozinhados por métodos tradicionais
 - (7) biodisponibilidade reduzida de nutrientes e fitoquímicos
 - (8) funções colerética e colagoga e motilidade intestinal perturbadas
 - (9) sinalização neuro-hormonal alterada

(^) a prevalência dos erros varia conforme o padrão alimentar:
urbano pobre, ocidental, de cafetaria



→ Excessos

- de folhados, fritos, assados em gordura e refogados de pastelaria industrial
de lixo alimentar e processados industriais
 - (1) abuso de gorduras
 - (2) exagero de gorduras insaturadas e saturadas
 - (3) sobreabundância de moléculas heterólogas agressivas
 - (4) redução da biodisponibilidade nutricional
 - (5) exagero calórico
 - (6) desregulação do apetite e da saciação
- de docerias, refrigerantes, açúcar e adoçantes energéticos
 - (7) redução da densidade nutricional
 - (3), (5) e (6)
- de carne e processados cárneos
 - (8) sobreabundância de lisina e proteínas
 - (9) excesso de colesterol e gorduras
- de bebidas alcoólicas
 - (10) alcoolismo, hipertigliceridemia, alterações orgânicas específicas
 - (5) e (7)
- de produtos "dietéticos ricos de fibra"
 - (11) exagero de lignina e redução da biodisponibilidade de minerais eventualmente (2)

→ Atitudes, práticas e comportamentos

- escolha alimentar desculturada e sem critérios alternativos
 - comer solitário e transgressor
 - comer fora do domicílio
 - refeições desestruturadas e dia alimentar desorganizado
 - (1) pobreza nutricional e excesso calórico
 - (2) desregulação do apetite e da saciedade
 - (3) desajuste de mensagens hormonais e neuronais
 - (4) sempre a comer e beber
 - (5) voracidade vesperal e doenças do comportamento alimentar
 - (6) "sempre em dieta"
- esbanjamento anti ecológico

→ Consequência sanitária correlacionada mais grave:
"conglomerado de doenças metabólicas e degenerativas crónicas"

- * obesidade, diabetes da maturidade, dislipidemias, hipertensão, hiperuricemia;
 - * aterosclerose e suas manifestações
 - * cancro
 - * envelhecimento antecipado e senilidade
 - * calculose biliar
-

Sabemos o que se come?

- * Preocupações e exigências antigas
 - qualidade gastronómica
 - preço e acessibilidade
 - qualidade higio-sanitária
- * A batalha do rótulo
 - enumeração de componentes
 - validade, data de fabrico
 - denominação, origem, distribuidor
- * Compreender melhor o que se come
 - rótulo nutricional
 - o aproveitamento promocional do rótulo
- * Mas... a qualidade nutricional, ou seja, o balanço adequado de componentes para o bem-estar e a sua biodisponibilidade continuam sem interessar consumidores e legisladores
- ◆ Situação paradoxal.
Lixo alimentar e comida, que não respeitam as exigências da saúde e que, inclusivamente, a prejudicam, são vendidos com a chancela de higio-sanitariamente limpos e de adequadamente rotulados!

★ O imperativo exigido pela saúde individual e colectiva

→ obriga a que

constituição em macio e micronutrientes,
arquitetura químico-física,

e pureza quanto a aditivos, "melhorantes" e inquinantes

façam semelhar tanto quanto possível

alimentos processados e comida moderna

aos arquétipos cujo lugar alimentar se propõem ocupar

★ Características que conferem adequação nutricional
a produtos processados, refeições e dia alimentar

→ Proporção balanceada de macronutrientes

→ Quantidade generosa e balanceada, tal como em ocorrência
natural, de todas as substâncias reguladoras e protectoras
metabólicas: minerais, coenzimas, vitaminas, fitoesteróis, etc.

→ Elevada densidade nutricional

→ Biodisponibilidade nutricional elevada mercê da
manutenção de uma estrutura químico-física compatível

→ Limpeza quanto a moléculas heterólogas e anómalas
resultantes do processamento e quanto a moléculas acrescentadas

★ A prática alimentar nutricionalmente não adequada é sobretudo quitante nos seguintes casos.

Comer em pastelarias

Comer em manjedouras de pronto-a-comer

Produtos processados: com base em cereais e salchicharia

Comida de cafetaria:

no local

a toda a hora e fora de horas

Comida pronta para levar

Refeições domésticas aleatoriamente estruturadas

de piquenique

quando incorporam produtos processados

quando incorporam comida pronta

Refeições prontas para levar

Refeições extradomiciliárias

do restaurante de luxo ao mais modesto

★ É necessário estabelecer

Normas para composição nutricional

Normas para métodos de processamento

Normas melhoradas para uso de aditivos

Directivas para reconversão e adaptação da indústria

Recomendações quanto à conformação refeitoral

Locais de referência para alimentações extradomiciliária

Locais de referência para comida para levar

Sociedades urbanas modernas — para que se come?

- ☆ Nutrir o corpo. Responder ao apetite
- ☆ Encetar e desenvolver relações pessoais ou de negócios
Reunir pessoas com um fim. Pagar ou solicitar favores
Expressar interesse, amor, carinho. Confraternizar e comemorar
- ☆ Exibir natureza e importância de relações sociais
Evidenciar um sócio-estilo. Exercer ou exibir poder ou riqueza
Representar segurança
Expressar sentimentos morais
- ☆ Demonstrar individualidade e independência
Demonstrar integração num grupo
Proclamar natureza e poder do grupo
- ☆ Combater ou compensar conflitos emocionais
Ganhar segurança e auto-estima. Angariar auto e heterocompreensão
- ☆ Punir e recompensar
Reviver e criar experiências emocionais
Materializar a solidão, ou integrar-se solitário entre comensais
- ☆ Ganhar saúde. Prevenir doenças, cuidar-se, tratar-se
Mitificar alimentos, comidas, produtos e práticas alimentares

Nas sociedades modernas ocidentalizadas
a alimentação transforma-se em situação:
Ganha em função o que perde em substância.

Deficiências nutricionais comuns com alimentações de países ricos (1).

- De vit. C. Por consumo reduzido de hortofrutícolas frescos coloridos e de batata. Em traumatizados, operados, fumadores; por infeções crónicas ou repetidas. Por uso longo de corticoides, anti-inflamatórios e tetraciclina.
- De polifenóis. Por consumo reduzido de hortofrutícolas frescos coloridos, maçã, alho, cebola, chá, infusões fortes, vinho tinto.
- De carotenos. Por consumo reduzido de hortofrutícolas frescos coloridos
- De retinol. Idem + consumo reduzido de gordura láctea.
- De vit. E. Por consumo reduzido de sementes e produtos cerealíferos completos
- De magnésio. Por consumo reduzido de cacau puro, sementes, casil, flocos de aveia, leguminosas, produtos cerealíferos completos, castanhas, figos secos. Agrava-se com diarreia, polidipsia, diuréticos, excess de bebidas alcoólicas e carência de 1,25-deidrocoleciferol.
- De vitamina D. Por insolação insuficiente. Por baixa eficácia dos mecanismos enzimáticos para a produção de 1,25-deidrocoleciferol (idosos!).
- De cálcio. Por consumo insuficiente de lacteíneos e baixa disponibilidade de 1,25-deidrocoleciferol.
- De vit. B6. Por consumo reduzido de cereais completos, frutos e hortaliças frescos, fígado. Agrava-se pelo uso de estrogénios, isoniazida e hidralazina.
- De triamina. Por consumo reduzido de produtos cerealíferos completos. Agrava-se com o abuso de bebidas alcoólicas. Por diálise e aspiração gástrica.
- De ferro. Por consumo reduzido de carne, fígado, sangue, produtos cerealíferos completos, hortaliças coloridas, combinado com defice de fornecedores de vit. C.
- De folatos. Por consumo reduzido de hortaliças, leguminosas, cereais completos e fígado. Agrava-se com o consumo exagerado de bebidas alcoólicas e com deficiente produção de ácido clorídrico gástrico (que também afecta a disponibilização de B6 e B12).

(1) Os mais prevalentes na globalidade das populações ocidentais



Repartição da ração energética média, em percentagem,
em diferentes padrões alimentares

repartição sem considerar os consumos de álcool	fome endémica (1)	ocidental (1)	de cafetaria (3)	mediterrânico (4)	agrícol. de Jones (5) (1)	serviços Lisboa (6) (2)	urbano pobre (3)
Hid. de carbono	78,1	47,5	41	61	56	45	50
amido, tri- e tetra- di- e monosac.	75,6	30,2	20	45			35
açúcar comum	2,5	17,3	21	14			5
Gorduras	11,3	39,7	45	28	32	42	10
adição, vegetais	1,9	18,4	23	15			38
animais	8,2	3,1	22	13			16
constituição, veg.	1,2	18,2					8
anim.							6
Proteínas	10,6	12,8	14	11	12	13	8
vegetais	8,7	3,6	3,8	6,5			12
animais	1,9	9,2	10,2	4,5			7
							5

* O valor da energia é muito desigual conforme o padrão; por exemplo, baixo no de fome endémica e excessivo no ocidental e no de cafetaria.

(1) Como descritos no início da década de 70 (3) nos meados da década de 80

(4) nos meados da década de 70 - GR, I, E (2) no início da década de 80

(5) População saudável com actividade "moderada" (Christensen).

(6) População com actividade "entre sedentária e leve" (OMS, 1989), com prevalência significativa de doenças metabólicas e degenerativas.