

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Piepoli MF et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical. Eur Heart J. 2016. 1;37(29):2315-2381.
2. Arnett DK, et al. 2019 ACC/AHA Guideline on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease. Circulation. 2019. 17.
3. Dehghan et al. Associations of fats and carbohydrate intake with cardiovascular disease and mortality in 18 countries from five continents (PURE): a prospective cohort study. Lancet. 2017 Nov 4;390(10107):2050-2062. doi: 10.1016/S0140-6736(17)32252-3. Epub 2017 Aug 29.
4. Zhu Y, Bo Y, Liu Y. Dietary total fat, fatty acids intake, and risk of cardiovascular disease: a dose-response meta-analysis of cohort studies Lipids Health Dis. 2019, 6;18(1):91. doi: 10.1186/s12944-019-1035-2.

Açúcares e edulcorantes

Duarte Torres^{1,2}

¹ Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto

² Unidade de Investigação em Epidemiologia do Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto

Aos mono e dissacarídeos presentes nos alimentos chamamos geralmente “açúcares”. Na maior parte dos alimentos *in natura*, os açúcares encontram-se no interior das paredes celulares, por vezes ligados a outras moléculas no espaço intracelular, o que resulta numa maior resistência aos processos digestivos, logo menor velocidade de absorção, entre outras diferenças fisiológicas. Aos açúcares mono e dissacarídeos que são adicionados aos alimentos processados ou a receitas caseiras e aos que não estão no interior de tecidos celulares intactos (mel, xaropes, sumos de fruta e concentrados de sumos de fruta) chamamos “açúcares livres” (AL) (1); exclui-se desta definição a lactose dos laticínios.

Devido à associação entre o consumo de AL e o peso corporal e cáries dentárias, a Organização Mundial da Saúde recomenda limitar o consumo de AL a 10% do valor energético total da dieta (VET) e adianta que a recomendação poderá baixar para 5% do VET (1). Em Portugal, estima-se que a prevalência consumo de AL acima de 10% do VET seja de 41% nas crianças e 49% nos adolescentes (2). A necessidade de reduzir o consumo de açúcares livres tem sido uma das razões para o investimento na procura de ingredientes “edulcorantes” que permitam reduzir ou mesmo retirá-los da formulação de alimentos processados ou de receitas caseiras. São vários os edulcorantes aprovados na Europa (3). Estes podem ser naturais ou de síntese e contribuir ou não para o VET, sendo portanto difícil abordá-los de forma indiferenciada. Para o grupo dos edulcorantes intensos, aqueles cujo poder adoçante é dezenas ou mesmo milhares de vezes superior ao da sacarose (acesulfame K, advantame, aspartame, ciclamatos, neotame, sacarina, sucralose, glicosídeos de esteviol e neo-hesperidina di-hidrocalcona), estão estabelecidas as doses diárias admissíveis (DDA) e os poucos dados existentes para a população portuguesa apontam para valores médios de exposição muito abaixo da DDA. Embora seja evidente que reduzir o consumo de açúcares livres traz benefícios para a saúde da maior parte da população (4), os benefícios do consumo de edulcorantes não sacarídicos (incluídos no grupo dos edulcorantes intensos) na manutenção e perda de peso não estão demonstrados (3). Adicionalmente, têm sido apontados a alguns destes edulcorantes efeitos metabólicos adversos relacionados com alterações da flora intestinal, aumento da intolerância à glicose, ação sobre os receptores do sabor doce e consequente libertação de hormonas intestinais ou alterações dos mecanismos reguladores do apetite (5).

Estudos de intervenção mais bem desenhados e de maior duração são necessários para uma mais profunda clarificação dos riscos e dos benefícios do consumo de edulcorantes. Adicionalmente, a monitorização da exposição da população a edulcorantes deve acompanhar as dinâmicas do consumo e da constante reformulação de alimentos processados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guideline: Sugars intake for adults and children. Geneva: World Health Organization; 2015.
2. Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física, IAN-AF 2015-2016 [Available from: <https://ian-af.up.pt/consulta-de-dados>.
3. Toews I, Lohner S, de Gaudry DK, Sommer H, Meerpohl JJ. Association between intake of non-sugar sweeteners and health outcomes: systematic review and meta-analyses of randomised and non-randomised controlled trials and observational studies. Bmj-Brit Med J. 2019;364.
4. Morenga LT, Mallard S, Mann J. Dietary sugars and body weight: systematic review and meta-analyses of randomised controlled trials and cohort studies. Bmj-Brit Med J. 2013;346.
5. Pepino MY. Metabolic effects of non-nutritive sweeteners. Physiol Behav. 2015;152:450-5.

Glúten

Alejandro Santos¹

¹ Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto

O glúten é a principal proteína de armazenamento dos grãos de trigo, sendo uma complexa mistura de centenas de proteínas, principalmente gliadinas e gluteninas. A secalina na cevada, a hordeína no centeio e as aveninas na aveia são proteínas similares; espelta, triticale, kamut e malte também contêm glúten. A indústria alimentar usa estas proteínas em inúmeros alimentos como espessantes, gelificantes, etc. Numa dieta de tipo ocidental o consumo de glúten oscila entre 5 a 20 g/dia. Múltiplos constituintes do trigo podem desencadear sintomatologia adversa. A gliadina é resistente ao processo digestivo formando epítomos desencadeadores de respostas imunes. Os inibidores da amilase-triptina promovem a libertação de citocinas pró-inflamatórias ativando receptores *toll-like-4*. A aglutinina do gérmen de trigo também pode ser causa de manifestações intestinais e extraintestinais. Os distúrbios associados à ingestão de glúten podem ser de natureza autoimune (doença celíaca), alérgica (alergia ao trigo) e não autoimune e não alérgica. Este último quadro é muitas vezes designado de intolerância ao glúten não celíaca. No entanto, se os distúrbios são causados pelo glúten, outras proteínas do trigo, FODMAPS (principalmente fructanos) isoladamente ou em combinações diversas está por esclarecer. Na ausência de clareza no diagnóstico, a epidemiologia, prognóstico e abordagens terapêuticas dos doentes não celíacos que possam ser sensíveis ao glúten permanece por definir. Para a esmagadora maioria da população não há evidência de benefícios para a saúde resultantes da exclusão do glúten da dieta. A exclusão do glúten da dieta deve ser implementada nas situações em que tal seja clinicamente relevante, pelo que se deve avaliar a existência de doença celíaca e de outros quadros clínicos que beneficiem de tratamento médico e dietético. Se na ausência de critérios objetivos, o indivíduo pretende excluir o glúten da dieta, o nutricionista deve ajudar a encontrar equilíbrio nutricional no contexto alimentar imposto por essa restrição.

NUTRIÇÃO EM SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA

Refugee reception: food and nutrition needs in emergencies

Rui Valdivieso^{1,2}

¹ Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto

² Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Migrants account for one seventh of the world population, which include 25.4 million refugees. In 2015, following the decision of the European Commission to relocate a large number of refugees in transit, the Portuguese Directorate-General of Health joined a team of specialists to produce a manual on nutritional support for refugees. This manual is organized into three parts. It begins with the assessment of the nutritional status of the population received, and it goes on to present several strategies to support the design of food and nutrition interventions based on the estimated nutrition needs of these population groups. In the final section it addresses the importance of ensuring food safety and hygiene when providing this food assistance. The lack of evidence towards the specific health