

ACTA PORTUGUESA DE NUTRIÇÃO

A REVISTA DA ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DOS NUTRICIONISTAS



Associação Portuguesa
dos Nutricionistas

01

abr. jun. '15
Distribuição Gratuita
ISSN: 2183-5985

quanto à produção e consumo de alimentos. Contudo, muitas dessas normas e regras, apesar de serem passíveis de ajudar a preservar a espécie humana, à luz dos conhecimentos e crenças da época em que se inseriam, refletiam quase sempre situações de equilíbrio ambiental, de equilíbrio social e principalmente de dominação religiosa, económica e política.

Só na viragem para o século XX o conhecimento nutricional começa a instalar-se e em 1912, Casimir Funk, descreve pela primeira vez a palavra Vitamina de Vita – Vida ou vital – e de Amina – substância azotada essencial à vida. Ao contrário do que sucedeu durante milhares de anos, e até ao início do século XX, a opção por uma refeição mais rica em gordura e proteína, que seria a natural como a refeição adequada, começa agora a ser colocada em causa. Contudo esta mudança de paradigma não é generalizada. A comida com elevada densidade energética continua a ter uma enorme popularidade, em particular sobre determinados grupos da população, em que a natureza instintiva da luta contra a carência e as necessidades básicas de conforto sensorial e energético, ou seja biológico, prevalecem sobre o racional e o construído intelectualmente. Isto porque, durante milhões de anos, o ser humano e outros seres vivos, foram afinados biologicamente num ambiente de escassez energética desenvolvendo uma série de mecanismos para lidar com esta ausência crónica de calorias. As aspirações construídas “social e intelectualmente” ao longo do século XX chocam com o crescendo de pessoas que neste século XXI aspiram apenas a ter comida para amanhã e que, ainda por cima, recebem a ajuda da biologia que há milhares de anos os construiu assim.

É desta percepção de onde estamos, que podemos partir para uma estratégia de promoção da alimentação saudável realista, adequada ao conhecimento atual e à situação económica, ambiental e social em que vivemos.

BOAS PRÁTICAS NO CÁLCULO DAS NECESSIDADES ENERGÉTICAS E PESO IDEAL DE REFERÊNCIA

As controvérsias no diagnóstico da sarcopenia

Ana Sofia Sousa¹

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

A sarcopenia é uma síndrome que se caracteriza pela perda progressiva de massa e de função muscular que ocorre com o avançar da idade.

Apresenta etiologia multifatorial, sendo vários os mecanismos propostos na sua patofisiologia. Fatores como a idade, mecanismos hormonais, desuso muscular, malabsorção, desnutrição e doenças neurodegenerativas são apontados como possíveis causas para o desenvolvimento da sarcopenia.

Esta condição tem vindo a ser associada a maior dependência, pior prognóstico, aumento das comorbilidades e das complicações clínicas.

O Consenso Europeu para a Definição e Diagnóstico da Sarcopenia define-a como presença conjunta de baixa massa muscular e força muscular diminuída ou baixo desempenho físico, mas apresenta diferentes critérios de diagnóstico possíveis e diversos pontos de corte para a classificação da massa e da função muscular, necessários ao seu diagnóstico. A escolha de diferentes critérios leva a que a prevalência da sarcopenia varie entre os diversos estudos, o que dificulta a comparação de resultados. Por outro lado, embora seja considerada uma síndrome geriátrica, evidência recente revela que ocorre também em indivíduos mais jovens, residentes na comunidade ou hospitalizados.

Será necessária mais investigação no sentido de uniformizar os critérios de diagnóstico da sarcopenia. Todavia, mesmo com as limitações inerentes à sua identificação, o reconhecimento e o diagnóstico atempado desta condição poderão tornar os tratamentos mais eficazes e diminuir os efeitos adversos. Para além disso, as intervenções de prevenção primária na comunidade poderão permitir a melhoria do estado nutricional, a diminuição do número de admissões hospitalares e, consequentemente, a diminuição dos custos com os cuidados de saúde e o aumento da qualidade de vida.

A bioimpedância na prática clínica

Rita Guerra¹

¹ Unidade de Integração de Sistemas e Processos Automatizados do Instituto de Engenharia Mecânica e Gestão Industrial da Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto

A bioimpedância mede a impedância elétrica do corpo e engloba a resistência, que reflete o balanço hídrico corporal, e a reactância, relacionada com a componente celular e com a integridade das membranas celulares. Resistência e reactância refletem as propriedades elétricas dos tecidos que são afetadas por doença, estado nutricional e hidratação.

No que diz respeito ao estado nutricional e recorrendo a equações de regressão, a resistência e a reactância permitem estimar parâmetros como a massa gorda ou a massa gorda livre de gordura. A massa livre de gordura é de especial importância dada a relação entre a sua diminuição com a desnutrição ou a obesidade. Para além disso, o índice de massa livre de gordura integra a nova ferramenta da *European Society for Clinical Nutrition and Metabolism* (ESPEN) para diagnosticar desnutrição.

Contudo, estas equações foram desenvolvidas em populações saudáveis e a constante de hidratação encontrada, assim como a razão entre água extra e intracelular poderão não ser válidas em indivíduos com alterações do estado de hidratação, típicas de diversas patologias. Nestes doentes recomenda-se recorrer a outros dados para confirmar os resultados obtidos a partir destas equações. Dada a limitação da aplicação destas equações de regressão em indivíduos não saudáveis, os parâmetros obtidos diretamente pela bioimpedância ganharam especial atenção. O ângulo de fase é obtido a partir da relação entre a resistência e a reactância e por isso determinado pela quantidade de água corporal e balanço hídrico, pela massa celular corporal e pela integridade das membranas celulares, aspetos relacionados com o estado nutricional e que podem estar alterados em estados de desnutrição. Vários autores identificaram pontos de corte do ângulo de fase para a identificação da desnutrição, com sensibilidades 46-80% e especificidades 55-85%. A associação do ângulo de fase com variáveis de resultado clínico, como o tempo de internamento, já foi quantificada. O vetor de impedância bioelétrica é também obtido diretamente pela bioimpedância. Resistência e reactância são representadas graficamente, o que permite identificar simultaneamente alterações no estado de hidratação e no estado nutricional, por comparação com valores de referência. Apesar de descrito que o vetor de impedância bioelétrica permite identificar/monitorizar o estado nutricional, não tenho conhecimento de estudos que tenham determinado os valores diagnósticos deste método.

Uma vez que a bioimpedância fornece informação sobre o estado nutricional assente na massa celular corporal, a avaliação do estado nutricional não deve basear-se exclusivamente na informação obtida pela bioimpedância, mas englobar outros dados nutricionais e clínicos obtidos por diferentes métodos.

O mito do peso ideal ou de referência

Nuno Borges¹

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

A noção de que o nosso peso tem influência sobre a saúde não é nova: no seu Homem de Vitruvius, DaVinci descreve-nos as proporções que considerava ideais no corpo humano. No século XIX Lambert Quetelet, na sua obra “*Sur l'homme et le développement de ses facultés*”, apresenta-nos uma fórmula para estabelecimento das proporções entre altura e peso corporal, fórmula essa que ainda hoje é utilizada no cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC). No século XX, a noção da influência do peso na saúde chega às companhias de seguros, que para o cálculo dos seus prémios passa a introduzir o valor do peso. Dos milhares de dados que assim se obtiveram foram geradas as tabelas de peso ideal, posteriormente utilizadas na clínica como padrão para estabelecimento

de regimes alimentares destinados a reduzir o peso excessivo de indivíduos. A Organização Mundial da Saúde usa presentemente o IMC como forma de classificação do peso e atribuição de risco a ele atribuível, dividindo este parâmetro em classes que vão do baixo peso à obesidade.

O aparecimento de novos e muito mais robustos dados acerca da relação entre peso e saúde, nomeadamente com estudos de coorte de grandes dimensões europeus (estudo EPIC) e norte-americanos (NHANES), tem revelado alguns problemas na utilização do IMC como instrumento universal de aferição da obesidade e sua relação com o risco de várias doenças. Na realidade, o intervalo associado a menor risco de morte (para todas as idades e causas de morte) é o do excesso de peso, o que levanta algumas questões quer sobre a capacidade do IMC avaliar a obesidade quer nos intervalos que hoje consideramos para balizar esta variável.

São também interessantes de considerar os dados que mostram que o afastamento do peso que desejamos ter em relação ao que realmente temos é também um fator com impacto negativo na saúde, sobretudo em mulheres. E ainda que em algumas doenças, como a diabetes ou em indivíduos com doença coronária grave estabelecida, os indivíduos obesos apresentam melhor sobrevivência, tendo inclusivamente sido cunhado o termo “paradoxo da obesidade” para estas situações.

Não existe, pois, um peso ideal que possa ser calculado para cada um. De qualquer modo, continua a acumular-se evidência de que a manutenção do peso dentro dos parâmetros da normalidade desde as idades mais jovens será a melhor garantia de uma saúde otimizada ao longo da vida, pelo que todos os esforços da comunidade deverão ser dirigidos nesse sentido e nessas faixas etárias.

A LITERACIA ALIMENTAR: UM DESAFIO EMERGENTE NOS MUNICÍPIOS PORTUGUESES

O papel da autarquia na promoção de ambientes alimentares saudáveis

Joana Aguiar¹

¹ Câmara Municipal de Matosinhos

De acordo com a Lei n.º 75/2013, que define o quadro de competências e atribuições das autarquias locais, cabe ao Município salvaguardar os interesses próprios das respetivas populações, designadamente no domínio da saúde (art.º 23.º). A promoção de ambientes alimentares saudáveis enquadra-se perfeitamente nesta atribuição dos Municípios.

A aposta das Câmaras Municipais na saúde alimentar das suas populações entronca numa relação do tipo *win-win*, em que beneficiam os cidadãos que usufruem de uma vida mais saudável e o próprio Concelho que ganha ao ter uma população mais produtiva e com maior capacidade de gerar riqueza para a região. A consciência da importância dos Municípios para as populações tem conduzido a uma crescente transferência de competências do Poder Central para o Local, em vários domínios. A área da Educação tem sido pioneira nesta descentralização, pelo que, a atuação dos Municípios na promoção de ambientes alimentares saudáveis nas Escolas sai reforçada pelo enquadramento legal existente e pela pertinência das intervenções junto das comunidades escolares. A Escola apresenta um contexto preferencial para a promoção de hábitos alimentares saudáveis dos alunos que a frequentam: abrange praticamente a totalidade da população dos 5 aos 17 anos; nos dias úteis, os alunos passam um elevado número de horas na Escola e realizam pelo menos uma refeição em ambiente escolar; podem ser desenvolvidas intervenções num espaço temporal particularmente alargado; e, a Escola é um importante agente de socialização dos indivíduos, veiculando conhecimentos, normas e valores que moldam os comportamentos. Assim, a intervenção dos Municípios nas Escolas mostra-se prioritária, sendo prementes abordagens holísticas que contemplem uma política alimentar bem estruturada e que oriente um conjunto indissociável de atuações ao nível de três vetores:

- Ambiente físico e psicossocial, incluindo as condições e segurança alimentar dos refeitórios, a disponibilidade alimentar veiculada pelas refeições e merendas escolares, máquinas de venda automática, leite e fruta escolar, o envolvimento dos pais, do pessoal docente e não docente, designadamente através de formação;

- Educação alimentar através de métodos de ensino menos formais, mais inovadores e lúdicos, dado que o principal objetivo da educação alimentar consiste em provocar alterações de comportamentos e não tanto aumentar o conhecimento por si só;

- Parcerias/networks com outros agentes da comunidade para que sejam criadas sinergias que culminem num objetivo comum que é a promoção de um ambiente alimentar saudável nas Escolas.

Desta forma, os Municípios estarão a investir na literacia alimentar das crianças de hoje, adultos de amanhã, contribuindo para comunidades com maior controlo sobre a sua alimentação e sobre os seus determinantes.

Como capacitar o cidadão para a autodecisão, codecisão e solidariedade alimentar

Orquídea Ferreira¹

¹ Câmara Municipal de Felgueiras

O comum cidadão pode não conhecer a composição dos alimentos em detalhe mas tem noção que alimentos deve consumir, para uma alimentação saudável, e, ainda assim, resiste (consciente ou inconscientemente) em não pôr em prática a informação que recebe, generosamente, veiculada pelos meios de comunicação social.

Daí que a falta de conhecimentos sobre a composição de alimentos parece ser uma explicação insuficiente para a ineficácia de inúmeros programas de promoção de saúde.

De modo a capacitar o cidadão para a mudança de comportamentos e estilos de vida saudáveis, deverá considerar-se a abordagem positiva e salutogénica da saúde, com a criação de ambientes favoráveis para a promoção de estilos de vida saudáveis, que promovam um suporte social e ambiental essenciais à implementação de estratégias de intervenção multifactorial. Este modelo apela às autoridades de saúde, governos, autarquias, organizações não governamentais e voluntárias, para trabalharem, organizadamente, de forma coerente para atingirem um objetivo que lhes é comum: a melhoria da qualidade de saúde das pessoas.

Os programas de educação para a saúde têm-se restringido à mudança de comportamento *per se*, e pouca importância é dada à mudança de ambiente. Por isso, “*mudem-se os ambientes físicos e sociais, tornando-os mais propícios a estilos de vida mais saudáveis, que as pessoas mais facilmente tenderão a mudar os seus comportamentos, adquirindo então hábitos e estilos de vida saudáveis*”. Para que esta premissa ocorra é, contudo, sempre necessário, que os cidadãos se tornem mais ativos socialmente e que influenciem as decisões políticas e sociais neste sentido de melhoria das condições para um ambiente saudável. Então, a educação para a saúde deve ter como núcleo central a saúde mental do indivíduo, trabalhando dimensões como o autoconceito, a autoestima, a assertividade, o pensamento crítico, a aceitação de si e a autoconfiança nas pessoas, entre outras, de modo a capacitá-las (dar-lhes *empowerment*) a terem mais controlo sobre a sua própria saúde. Porque a mudança de comportamento só ocorre quando há um comprometimento do próprio para mudar de hábito, havendo depois toda uma batalha de ação e manutenção do novo hábito saudável até que esta mudança seja definitiva.

O desenvolvimento do *empowerment* pessoal e social, no qual também se inclui o aumento da literacia em saúde, torna os cidadãos capazes de identificar e tomar consciência das suas próprias necessidades de saúde, para que saibam desenvolver as competências adequadas, não só para promoverem as ações conducentes às mudanças para ambientes mais saudáveis, mas também para saberem conduzir as suas próprias mudanças de comportamento.