

Novos e velhos riscos alimentares / New and old food risks

Pedro Graça

Painel Temático de Nutrição e Alergias Alimentares

FCNAUP – Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto; DGS – Direção-Geral da Saúde (email:pedrograca@fcna.up.pt)

Resumo

A transição epidemiológica atual implica um crescendo da prevalência das doenças crónicas em detrimento das doenças infecciosas. Este novo modelo de morbilidade e mortalidade obriga a uma nova atenção em torno de alguns produtos alimentares, como o sal ou o açúcar, conservantes de eleição no passado, mas que hoje são considerados produtos de risco, quando consumidos em excesso. A sua presença generalizada na cadeia alimentar, o sabor que adicionam aos alimentos e o seu baixo preço tornam estes produtos difíceis de eliminar e um desafio às intervenções em saúde pública.

Abstract

The current epidemiological transition implies a growing prevalence of chronic diseases and a decrease in the impact of infectious diseases. This new model of morbidity and mortality requires a new focus on some food products, such as salt or sugar. They were preservatives of choice in the past but today they are considered risky products when consumed in excess. Their widespread presence in the food chain, the taste they add to food and its low price make these products difficult to eliminate and a challenge to public health interventions.

The new national food reality, which is also in line with the European reality, suggests that the overriding improvement in food safety may coexist with increasing food insecurity in an already significant population group, in addition to the increase

in chronic diseases in this population group. What should compel a new strategic thinking and new forms of intervention. In particular on foodstuffs or food ingredients that increase nutritional risk although they may reduce microbiological risk, such as sugar and salt.

Portugal possui atualmente um padrão de morbilidade e mortalidade, com uma predominância de patologias como a obesidade, diabetes, doenças cardiovasculares e cancro que nos fazem aproximar de modelo de doença ocidental, embora Portugal seja divergente do ponto vista económico, apresentando taxas de crescimento económico mais baixas, grandes desigualdades salariais, desemprego elevado e trabalho (de um modo geral) mal remunerado, quando comparado com outros países europeus da zona Euro e em particular do norte da Europa.

Estas desigualdades na aproximação ao modelo Europeu, evoluindo num determinado modelo de saúde/doença mas não economicamente, têm também semelhanças no modelo de consumo alimentar, onde existiu uma aproximação aos hábitos de consumo europeus, aos níveis de segurança dos alimentos europeus com melhorias substanciais nas últimas duas décadas mas ainda não, numa aproximação uniforme a hábitos alimentares saudáveis.

O modelo de consumo alimentar mediterrâneo, promotor de saúde e

ambientalmente sustentável, tornou-se, mais raro, em particular nos grupos da população mais desfavorecidos. Tornou-se mais caro e mais difícil de praticar, por quem tem menos recursos de tempo, dinheiro, conhecimentos ou ligações familiares a este património. O padrão alimentar mediterrânico é cada vez mais característico de quem pode ter acesso económico a ele, quer esteja a norte ou sul, facto que pode afastar os cidadãos dos países mediterrânicos, como Portugal, em debilidade económica, deste modelo alimentar.

Portugal, iniciou recentemente um ciclo de produção agrícola mais próximo do padrão mediterrânico, aumentando a sua capacidade produtiva e exportadora na área da fruta e hortícolas frescos, azeite e vinhos de elevada qualidade. São precisamente as especificidades do modo de comer mediterrânico tradicional (distinto do Norte da Europa) e tendo por base produtos locais, frescos, de base vegetal e pouco processados que, depois de generalizados à população, poderão ter impacto positivo no quadro de doenças crónicas, responsável pelos anos de vida saudável perdidos pelos Portugueses.

Um dos grandes desafios da política alimentar e nutricional portuguesa, para os próximos anos, será devolver a tradição alimentar mediterrânica ou uma sua adaptação – igualmente frugal, de base vegetal e de produtos frescos – a quem a perdeu por incapacidade financeira, social ou cultural, ou seja, à classe média e aos mais desfavorecidos.

Este percurso, desejável, enfrenta desafios para o sistema e operadores económicos envolvidos. O modelo de consumo mediterrânico tinha por base uma ingestão energética elevada, associada a um trabalho braçal intenso, em particular na agricultura, que hoje já não é possível. Tinha uma

proximidade com a produção local que hoje se tornou mais complexa e difícil, em particular se quisermos ter acesso a uma gama variada de alimentos e de baixo custo médio. E por fim, baseou a conservação dos alimentos na secagem, na desidratação, no sal, no açúcar e no fumo que hoje não são exequíveis se tivermos em conta a evidência científica atual.

Isto significa, que na área alimentar, convivemos hoje com os riscos associados à globalização alimentar e ao fluxo de alimentos que necessitam de uma vigilância apertada e, ao mesmo tempo, à necessidade de alimentar uma população muito desigual na sua capacidade económica de aceder aos alimentos nutricionalmente adequados e muito desigual no acesso a informação sobre alimentação de qualidade.

Os cidadãos confrontam-se hoje com a necessidade de tomar decisões sobre uma oferta alimentar que podemos considerar segura, no momento, do ponto de vista microbiológico, mas de risco relativamente à capacidade de induzir doença crónica a médio prazo. Neste grupo ambivalente podemos incluir os produtos salgados ou uma ampla variedade de doçaria e bebidas.

Este desafio e mudança de paradigma, na abordagem à nossa definição de alimento seguro, envolve ainda uma variável importante, que é o facto, dos alimentos com excesso de sal e açúcar, devido aos seus períodos de conservação alargados e maior tempo na prateleira, baixo peso e facilidade de transporte e elevada palatabilidade posicionarem-se, num segmento de mercado que lhes permite baixos custos de produção e capacidade de alocar vastos recursos na sua promoção. Ou seja, a mistura perfeita para chegarem a grupos da população, onde o tempo de preparação, sabor, preço e marketing agressivo são muito eficazes. Esses grupos da população são hoje uma

maioria, obrigando a modificar perspectivas e modelos de atuação da saúde pública em Portugal e na Europa.

Esta necessidade é confirmada pelos dados mais recentes relativos ao consumo alimentar da população portuguesa, obtidos através do Inquérito Alimentar Nacional 2015-2016 (IAN-AF) e pelo Inquérito Nacional de Saúde com exame físico (INSEF) realizado também em 2015. Estes dois grandes estudos sobre a realidade alimentar nacional demonstram uma profunda desigualdade na distribuição da doença, influenciada pelo gradiente social e a presença maciça do sal e do açúcar na nossa alimentação, em particular nos grupos socioeconomicamente mais vulneráveis.

Portugal, já não apresentava dados relativos ao consumo alimentar de uma amostra representativa da população portuguesa desde 1980, pelo que a informação obtida por este inquérito vem preencher uma lacuna na área da epidemiologia nutricional em Portugal. O inquérito envolveu uma amostra populacional residente em Portugal, constituída aleatoriamente por 6553 indivíduos com idades compreendidas entre 3 meses e 84 anos pertencentes às várias regiões nacionais. O cálculo do consumo habitual médio resultou da informação alimentar fornecida pelo questionário de propensão alimentar conjugada com a informação média de dois dias alimentares.

Ao comparar o consumo alimentar estimado pelo IAN-AF 2015-2016 para a população portuguesa com as recomendações preconizadas pela Roda dos Alimentos Portuguesa é possível concluir que o consumo de “Fruta” e “Hortícolas” se encontra abaixo dos valores recomendados (-6% e -12%, respetivamente) e que, pelo contrário, o contributo percentual de um conjunto de alimentos que não estão

incluídos a Roda dos Alimentos. Os bolos, doces, bolachas, snacks salgados, pizzas, refrigerantes, néctares e bebidas alcoólicas representam cerca de 21% do consumo total.

Aproximadamente 15,4% da população ultrapassa a ingestão máxima de açúcares de adição recomendada pela OMS de 10% do VET. Os adolescentes são o grupo etário em que esta percentagem é superior, sendo que 1 em cada 4 adolescentes ultrapassa estas recomendações. São, também, o grupo etário que apresenta maior consumo diário de refrigerantes, comparativamente com os outros grupos. Quanto ao sódio, a ingestão média diária encontrada foi de 2848mg (equivalente a 7,3g de sal), superior no sexo masculino. Na população portuguesa, 72,4% das mulheres e 82,0% dos homens apresentam uma ingestão de sódio acima do nível máximo recomendado pela OMS (5g de sal/dia).

O primeiro Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF), realizado em 2015 também apresenta dados que apontam no sentido de uma distribuição desigual da doença na população. O INSEF consistiu num estudo transversal de base populacional, com uma população alvo constituída por indivíduos com idades compreendidas entre os 25 e os 74 anos de idade, residentes em Portugal continental e regiões autónomas. Contou com uma amostra final de 4911 participantes e incluiu um conjunto de avaliações antropométricas e bioquímicas juntamente com a aplicação de um questionário com recolha de informação auto reportada sobre variáveis demográficas e socioeconómicas, estado de saúde, determinantes de saúde relacionados com comportamentos, utilização de serviços e cuidados de saúde, incluindo os cuidados preventivos.

De acordo com os dados obtidos pelo INSEF, e no que diz respeito à obesidade abdominal, 65,2% da população residente em Portugal, com idades entre os 25 e os 74 anos encontrava-se em risco, apresentado uma relação entre os perímetros da cintura e anca aumentada. Quando analisado o nível de escolaridade e situação perante o trabalho, verificou-se que o grupo de indivíduos que não possuía nenhum nível de escolaridade ou que possuía apenas o primeiro ciclo do ensino básico, apresentaram as prevalências mais elevadas de obesidade, excesso de peso e obesidade abdominal comparativamente com os indivíduos com maior nível de escolaridade, independentemente de outras variáveis. O mesmo se encontrou em outras patologias e situações de saúde, como diabetes ou hipertensão, demonstrando a influência do gradiente social, neste caso a escolaridade.

De referir ainda a necessidade de incluir a problemática da presença de sal, açúcar e eventualmente alguns tipos de gordura mais barata nos novos riscos alimentares de um largo grupo da população onde a insegurança alimentar está presente. Neste contexto, as situações de insegurança alimentar assumem-se como aquelas em que existe algum tipo de dificuldade no acesso ao alimento, desde a preocupação sobre a

capacidade de aceder ao alimento até às situações mais graves, ou seja, à incapacidade total de conseguir ter acesso aos alimentos.

Os dados do Projeto Saúde.Come, um estudo realizado no período de 2015 a 2016, com o objetivo específico de identificar a prevalência de insegurança alimentar na população bem como os seus determinantes e fatores associados são elucidativos. De acordo com estes resultados, verificou-se que 19,3% dos agregados familiares portugueses se encontravam numa situação de insegurança alimentar.

Conclusão

A nova realidade alimentar nacional que se aproxima também da realidade europeia, sugere que a melhoria da segurança alimentar dos alimentos convive com o aumento da insegurança alimentar de um grupo já significativo da população, a par do aumento das patologias crónicas neste grupo populacional, o que deve obrigar um novo pensamento estratégico e novas formas de intervenção. Em particular sobre os produtos ou ingredientes alimentares que aumentam o risco nutricional embora possam reduzir o risco microbiológico, como é o caso do açúcar e do sal.

Referências bibliográficas:

1. Lopes C, Torres D, Oliveira A, Severo M, Alarcão V, Guiomar S, Mota J, Teixeira P, Rodrigues S, Lobato L et al. Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física (IAN-AF), 2015-2016. Relatório – Parte II (versão 1.3 junho, 2017). Universidade do Porto, 2017. Disponível em: https://ian-af.up.pt/sites/default/files/IANAF_%20Relat%C3%B3rio%20Resultados_v1.3_0.pdf
2. WP2 Report of Saúde.Come Project. 2016. (dados não publicados)
3. Barreto M, Gaio V, Kislava I, Antunes A, Rodrigues AP, Silva AC, Vargas P, Prokopenko T, Santos AJ, Namorado S, Gil AP, Alves CA, Castilho E, Cordeiro E, Dinis A, Nunes B, Dias CM. 1o Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF 2015): Estado de Saúde. Lisboa: INSA IP, 2016. Disponível em: http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/4115/3/1_INSEF_rel%C3%B3rio_estado-de-saude.pdf