

Revista *Factores de*
RISCO

Nº 31 • Ano 9 • Janeiro/Março 2014
Publicação Trimestral • € 5



Sociedade Portuguesa de
CARDIOLOGIA

DIETA MEDITERRÂNICA

UMA HERANÇA PARA O FUTURO



Compromisso e Qualidade ao serviço da Saúde



• Balança digital



• Medidor de gordura corporal



• Pedómetro

A nossa missão

A OMRON Healthcare está comprometida em melhorar a qualidade de vida de todas as pessoas, disponibilizando equipamentos médicos inovadores, clinicamente validados, para a monitorização da saúde, o tratamento e a prevenção de doenças. A nossa vasta gama de produtos inclui medidores de pressão arterial, dispositivos de terapia respiratória, termómetros electrónicos, monitores de actividade física, monitores de composição corporal, e uma linha de equipamentos médicos para aplicação profissional. Os nossos produtos são reconhecidos internacionalmente pelos seus elevados padrões de qualidade, desempenho, facilidade de uso, tecnologia inovadora e funcionalidades atrativas.

A Bramédica e a Omron

A Bramédica é o representante exclusivo da OMRON em Portugal.

Rua Costa Soares, nº5
4700-003 Braga - Portugal
T: (+351) 253 607 280

E: geral@bramedica.pt
www.bramedica.com

ÍNDICE

DIETA MEDITERRÂNICA Uma Herança para o Futuro

Editorial Um novo ciclo da Revista Factores de Risco <i>José Silva Cardoso e Teresa Gomes Mota</i>	3
Editorial Tavira, Água Formosa e Freixo de Espada à Cinta <i>Teresa Gomes Mota</i>	6
Dieta Mediterrânica: um modelo cultural <i>Jorge Queiroz</i>	8
Breve história do conceito de Dieta Mediterrânica numa perspectiva de saúde <i>Pedro Graça</i>	20
A Dieta Mediterrânica e as doenças cardiovasculares <i>Manuel Carrageta</i>	24
Dieta Mediterrânica, a nova pirâmide e alguns aspectos do seu efeito na prevenção cardiovascular <i>Laura Rico-Cabanas, Elena García-Fernández, Ramón Estruch and Anna Bach-Faig</i>	30
Índices de adesão ao padrão alimentar mediterrânico - a base metodológica para estudar a sua relação com a saúde <i>Lisa Afonso, Teresa Moreira, Andreia Oliveira</i>	48
Dieta Mediterrânica - das origens à actualidade <i>Jacinto Gonçalves</i>	56
Dieta Mediterrânica. Uma Herança para o Futuro <i>Joana Gaspar de Freitas</i>	66
O padrão alimentar mediterrânico em crianças e jovens <i>Bruno Sousa</i>	72
Caracterização sociodemográfica e comportamental da adesão a um padrão alimentar saudável: aplicação do KidMed a adolescentes de um meio rural <i>Carla Alves e Andreia Oliveira</i>	78
Entrevista Dieta Mediterrânica no mundo - Entrevista a Walter C. Willett <i>Alexandra Bento</i>	90
Aposta numa agricultura sustentável ao serviço de uma alimentação saudável <i>Vítor Barros</i>	94
Ciência e Criatividade Finalmente a Dieta Mediterrânica já está no seu lugar <i>Polybio Serra e Silva</i>	98
Bibliografia seleccionada <i>Elsa Feliciano</i>	102
Breves Dieta Mediterrânica - Inscrição na Lista de Património Imaterial da Humanidade da UNESCO	104

DIETA MEDITERRÂNICA

Uma Herança para o Futuro

Este número tem o contributo especial da

Fundação Portuguesa de Cardiologia

e de especialistas que integram a

Comissão Coordenadora da
Candidatura Nacional da Dieta Mediterrânica a
Património Cultural e Imaterial da Humanidade da UNESCO

EDITORIAL



José Silva Cardoso

Presidente da
Sociedade Portuguesa
de Cardiologia



Teresa Gomes Mota

Editora

Um novo ciclo da Revista Factores de Risco

Inicia-se um novo ciclo na Revista Factores de Risco que tem como objectivos apoiar a formação e a investigação, fomentar a cooperação interdisciplinar e criar pontes entre médicos, profissionais de saúde e instituições que se dedicam à promoção da saúde cardiovascular.

Numa conjuntura de grandes mudanças, desenvolve-se no sentido de responder a novos desafios e oportunidades. Com um renovado *design* gráfico e uma aposta clara no formato digital, a sua maior segurança será a flexibilidade e a predisposição para fazer diferente.

Procuraremos que cada número inspire com novas visões, informe, fomente a reflexão, motive para a ação, seja recebido com satisfação e lido com entusiasmo.

Para isso sabemos que precisamos de rigor, independência, atenção e empenho.

Qualidades que foram a marca da equipa editorial anterior, que deram vida a esta revista e a conduziram durante oito anos. Ao Prof. Carlos Perdigão, ao Prof. Evangelista Rocha e ao Dr. João Sequeira Duarte o nosso reconhecimento pela grande generosidade e sentido de serviço.

A Revista Factores de Risco passa a ter um tema único para cada número, para o qual refina os contributos do seu conselho editorial, de editores convidados, de instituições científicas afins e de contributos originais de investigadores nacionais e estrangeiros.

Esta publicação pretende contribuir para uma visão mais abrangente dos assuntos tratados, que alarga as fronteiras científicas, fornece pistas para a compreensão das raízes dos fenómenos, das suas manifestações no presente, das perspectivas de futuro e este número será um bom começo para sedimentar esse posicionamento.

Mas pretende também ser instrumental, ampliando a possibilidade de atuação através da divulgação de práticas e de ferramentas úteis aos clínicos.

Esperemos que o livre acesso *online* à Revista Factores de Risco ajude a sua divulgação, para que chegue em tempo útil a quem dela precise.

Pela nossa parte podemos garantir o entusiasmo de uma equipa unida e empenhada, a independência e a humildade para aprender ao longo do caminho.



CONSELHO EDITORIAL DA REVISTA FACTORES DE RISCO

A Revista Factores de Risco é uma publicação da Sociedade Portuguesa de Cardiologia dedicada à investigação, formação, cooperação e intervenção para a promoção da saúde e prevenção cardiovascular.

É apoiada pelo **Grupo de Estudo de Risco Cardiovascular**, pelo **Grupo de Estudo de Fisiopatologia do Esforço e de Reabilitação Cardíaca** e pelo **Núcleo de Nutrição em Cardiologia** da Sociedade Portuguesa de Cardiologia.

Conselho Editorial

Alberto Mello e Silva

Alejandro Santos

Alexandra Bento

Ana Abreu

Ana Cristina Santos

Analiza Silva

Andreia Matos Oliveira

António Guerra

António Vaz Carneiro

Aurora Branquinho

Bruno Sousa

Carla Lopes

Carlos Perdigão

Cassiano Abreu Lima

Cecília Pardal

Conceição Silveira

Daniel Menezes

Davide Carvalho

Elisabete Martins

Evangelista Rocha

Fátima Ceia

Francisco Fonseca

Henrique Luz Rodrigues

Isabel do Carmo

Jacinto Gonçalves

João Carvalho de Sousa

João Figueiras

João Gorjão Clara

João Morais

João Pereira Coutinho

João Sequeira Duarte

José Silva Cardoso

José Vinhas

Lino Gonçalves

Luís Bettencourt Sardinha

Luís Martins

Luís Mendes Pedro

Luís Rebelo

Luiz Santiago

Luiz Scala

Lurdes Serrabulho

Mafalda Bourbon

Manuel Carrageta

Manuel Correia

Manuel Pestana

Manuela Carvalheiro

Manuela Fiúza

Miguel Mendes

Oswaldo Passarelli Júnior

Paulo Rocha

Pedro Abreu Loureiro

Pedro Jorge Teixeira

Pedro von Hafe

Polybio Serra e Silva

Quitéria Rato

Roberto Palma dos Reis

Rui Cernadas

Rui Póvoa

Salvador Massano Cardoso

Vítor Oliveira

FICHA TÉCNICA

Publicação Trimestral

Livre acesso para consulta e *download* da Revista Factores de Risco no site <http://www.spc.pt>

Propriedade • Sociedade Portuguesa de Cardiologia

Directora/Editora • Teresa Gomes Mota

Gestor Executivo • José Barata Dias

Assessoras Editoriais • Sílvia Gonçalves Silva, Isabel Moreira Ribeiro

Design Gráfico • Emanuel Magalhães

Produção Gráfica • Agir - Produções Gráficas, Lda.

Equipa Comercial • Isabel Moreira Ribeiro e Louis Bouclon

ISSN 1646-4834 • Depósito Legal n.º 245668/06

Tiragem • 4000 exemplares

REVISTA FACTORES DE RISCO

Os manuscritos devem ser dirigidos ao Director para:

E-mail: revista@spc.pt • Campo Grande, 28, 13.º - 1700-093 LISBOA

A Publicidade deve ser dirigida à equipa comercial:

Isabel Moreira Ribeiro: Campo Grande, 28, 13.º 1700-093 LISBOA • E-mail: revista@spc.pt • Tel.: 217970685

Louis Silva Bouclon: Smedics • Tel.: 211971419 • E-mail: lsbouclon@smedics.com.pt

Assinatura Anual (portes incluídos)

Portugal € 17

Estrangeiro € 26

Preço Avulso

Portugal € 5

Estrangeiro € 8

A Revista Factores de Risco é distribuída gratuitamente aos sócios da Sociedade Portuguesa de Cardiologia que o solicitarem.

Os artigos publicados são da exclusiva responsabilidade dos autores, não coincidindo necessariamente com a posição da Sociedade Portuguesa de Cardiologia.

A Sociedade Portuguesa de Cardiologia não se responsabilizará pelas lesões e/ou danos sobre pessoas ou bens que sejam resultado de alegadas declarações difamatórias, violações de direitos de propriedade intelectual, industrial ou de privacidade, responsabilidade por produto ou negligência. Também não assumirá qualquer tipo de responsabilidade pela aplicação ou utilização dos métodos, produtos, instruções ou ideias descritos no presente material. Em particular, recomenda-se a realização de uma verificação independente dos diagnósticos e das doses farmacológicas.

Ainda que o material publicitário se encontre ajustado aos standards éticos (médicos), a sua inclusão nesta publicação não constitui garantia nem qualquer confirmação acerca da qualidade ou do valor desse produto, nem das afirmações realizadas pelo seu fabricante.

A Revista Factores de Risco publica artigos escritos com o antigo e com o novo acordo ortográfico, respeitando a vontade expressa pelos autores.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE CARDIOLOGIA

Direcção

Presidente - José Silva Cardoso • Secretária-Geral - Susana Robalo Martins

Vice-Presidentes

Sul - Dulce Brito • Centro - Maria da Graça Castro • Norte - José Ribeiro

Secretários-Adjuntos

Sul - Maria José Loureiro • Centro - Rui Pires • Norte - Cristina Cruz

Delegados

Delegado da Madeira - Décio Pereira • Delegado dos Açores - Dinis Martins

Presidente-Eleito

Miguel Mendes

Sede • Campo Grande, 28 - 13.º, 1700-093 Lisboa



Teresa Gomes Mota

Editorial

Tavira, Água Formosa e Freixo de Espada à Cinta

O tema deste número, Dieta Mediterrânica, impõe-se pela recente distinção a Património Imaterial da Humanidade concedido pela UNESCO à candidatura portuguesa.

Uma iniciativa que surgiu de uma ideia original da Fundação Portuguesa de Cardiologia e do seu Movimento Mulheres de Vermelho e que rapidamente contagiou em entusiasmo diversas entidades que se reuniram constituindo uma comissão coordenadora para a candidatura.

Este número da Revista Factores de Risco conta com vários artigos dos impulsionadores de tão importante projecto.

A Dieta Mediterrânica tem sido um assunto pouco abordado em anteriores edições da Revista Factores de Risco e, como é bem evidenciado nos artigos de Manuel Carrageta, Pedro Graça, Anna Bach-Faig, ou na entrevista de Alexandra Bento a Walter C. Willett, tem uma enorme relevância para a saúde cardiovascular. É importante que os profissionais de saúde portugueses se sintam preparados para a sua avaliação e o artigo de Lisa Afonso e Andreia Oliveira dá pistas importantes sobre questionários de adesão.

Tavira foi o município que trabalhou arduamente para dar provas de que em Portugal a Dieta Mediterrânica é uma realidade. Um município rico em diversidade, com

uma ampla costa marítima, a maravilhosa ria formosa, o fértil barrocal, e a serra, onde podemos encontrar representadas muitas das paisagens e das tradições mediterrânicas.

Quando conheci Tavira, há 25 anos atrás, foi tal o encantamento que passei a retornar em cada ano. Espantei-me, no entanto, com as semelhanças, que não esperava, com um outro município, a várias centenas de quilómetros para Norte, Freixo de Espada à Cinta, junto ao Douro. As mesmas cores da terra e do xisto, os cheiros do rosmaninho e dos orégãos, as flores das giestas, as culturas da vinha, da oliveira, da amendoeira, da figueira e da laranjeira, os calores fortes do verão.

Nos muitos passeios que dei pela serra algarvia, deparei-me com muitas casas, e até uma aldeia inteira, construídas em xisto, completamente abandonadas. O que me fez lembrar a pequena aldeia de xisto de Água Formosa, bem no centro do país, oásis de rara beleza e simplicidade, onde águas de fontes e ribeiras foram ancestralmente canalizadas com diversas construções e artes, permitindo o cultivo em regadio. Nesta aldeia, hoje só com seis habitantes, as hortas abandonadas parecem chamar por jovens que queiram retornar aos prazeres simples de um viver mediterrânico, uma associação

reconstrói um forno de pão para uso comunitário, iniciativa que é um testemunho vivo da importância simbólica que é dada ao Pão no sentir mediterrânico.

Tavira, Água Formosa e Freixo de Espada à Cinta são povoados que, ainda que distantes, falam de uma unidade de território, de clima e de cultura. Porque Dieta Mediterrânica é mais do que um padrão alimentar, envolve componentes de estilo de vida, pressupõe convivialidade, partilha, saberes e tradições – temas desenvolvidos nos artigos de Jorge Queiroz, Joana Freitas e de Jacinto Gonçalves, estimula os sentidos como realça Polybio Serra e Silva, adequa-se a práticas agrícolas e ambientais sustentáveis como frisa Vítor Barros, e a importância da sua preservação e transmissão é vital para as gerações futuras – como chamam a atenção Bruno Sousa e Carla Alves.

A defesa deste valioso património que vai para além das preocupações estritas com a saúde, faz-nos olhar para o futuro e para o plano de salvaguarda da Dieta Mediterrânica que Portugal, perante a UNESCO, se comprometeu a realizar, e para o qual todos temos o dever de contribuir.

Que este número da Revista Factores de Risco possa contribuir para assegurar à Dieta Mediterrânica o seu extraordinário lugar como Herança para o Futuro.



Jorge Queiroz

Sociólogo. Diretor do Departamento de Cultura, Património e Turismo da Câmara Municipal de Tavira e do Museu Municipal. Coordenador Técnico da Candidatura Transnacional da Dieta Mediterrânica a Património Cultural Imaterial da Humanidade da UNESCO

Dieta Mediterrânica: um modelo cultural

Palavras-chave: *Dieta Mediterrânica; Património imaterial; Cultura; História*

Foi com grande satisfação que o País e a delegação de Portugal que participava em Baku na 8.^a Sessão do Comité Intergovernamental para a Salvaguarda do Património Cultural Imaterial, ouviram as palavras elogiosas da UNESCO em relação à Candidatura da Dieta Mediterrânica, coordenada diplomática e tecnicamente por Portugal.

Nesse dia 4 de dezembro de 2013 foi votada em poucos minutos, por unanimidade e sem recomendações, a inscrição da Dieta Mediterrânica na Lista Representativa do Património Cultural Imaterial da Humanidade, um momento de elevado significado para os 7 Estados e comunidades representados na candidatura, pelo reconhecimento da comunidade internacional em relação a um património milenar construído pelas gerações que nos antecederam.

Esta decisão da UNESCO envolveu Tavira, comunidade representativa de Portugal e foi a primeira distinção planetária abrangendo a cultura algarvia e a segunda inscrição do nosso País na lista representativa do Património Cultural Imaterial da Humanidade, que se seguiu à inscrição do fado.

Estiveram presentes em Baku delegações de 116 Estados, 18 dos quais constituem o Comité Intergovernamental com poderes de voto. Foi a reunião mais participada de sempre desta Convenção da UNESCO com apenas 10 anos de existência, confirmando o

crescente interesse e o desejo dos povos de verem as suas culturas protegidas e valorizadas, com efeitos potencialmente positivos para as populações abrangidas e na preservação da biodiversidade.

A inscrição culminou um trabalho preparatório continuado que se iniciou em Janeiro de 2011, onde Portugal garantiu um trabalho de qualidade na frente diplomática e na preparação dos conteúdos de natureza técnico-científica, com especial realce para a componente do património cultural, como elemento central

Portugal e os restantes Estados/Comunidades ficaram na posse de um importante instrumento, com implicações jurídicas na proteção e valorização das culturas mediterrânicas, o qual inclui conhecimentos e saberes ancestrais, produtos locais, paisagens culturais, cozinhas tradicionais e gastronomias, festividades, modelo nutricional e de bem-estar, potenciando também uma economia mais alicerçada no conhecimento, na criatividade e na identidade cultural, sobretudo respeitadora da sustentabilidade dos territórios e do ambiente.

Cada Estado participante selecionou uma comunidade ou região representativa, como forma de garantir participação e envolvimento mais ativo das populações locais, sendo estas na ótica da candidatura os veículos dinamizadores dos diversos projetos.

Os sete países escolheram regiões com menor dimensão demográfica ou territorial, onde as relações de proximidade produtivas e culturais se encontram preservadas. Neste complexo processo de elaboração conceptual e prática Portugal fez-se acompanhar de outros seis Estados e suas comunidades representativas, casos de Espanha/Soria, Itália/Cilento, Grécia/Koroni, Marrocos/Chefchaouen, Croácia/Hvar e Brac e Chipre/Agros.

Portugal escolheu Tavira, por razões que se prendem com o seu ambiente e património cultural milenar mediterrânicos, de que são testemunhos as inúmeras estruturas e

vídeo transnacional, também múltiplas ações de divulgação e salvaguarda como a exposição «Dieta Mediterrânica, património cultural milenar» no Museu Municipal de Tavira e a I Feira da Dieta Mediterrânica realizada nos dias 6, 7 e 8 de Setembro em Tavira.

Em maio de 2011 foi organizado em Tavira um seminário nacional preparatório com a participação de diversos especialistas, da cultura, saúde e agricultura, também dezenas de reuniões sectoriais e individualizadas e muito trabalho de campo preparando inventários.

Na construção do modelo conceptual apresentado à UNESCO e aprovado salien-

Primeira distinção planetária abrangendo a cultura algarvia e a segunda inscrição do nosso País na lista representativa do Património Cultural Imaterial da Humanidade

espólios de origem fenícia, romana e islâmica, diversidade das paisagens culturais e o pomar de sequeiro algarvio, as produções agrícolas e atividades pesqueiras, a captura do atum e do polvo, a salinicultura e a apanha de bivalves, olivicultura e apicultura, festividades cíclicas e múltiplas manifestações do património cultural imaterial.

A candidatura baseou-se numa síntese concretizada em formulário único para os 7 Estados com referências às especificidades nacionais e das comunidades representativas, o qual incluiu a caracterização da Dieta Mediterrânica, funções sociais e práticas culturais transmitidas de geração em geração, medidas de salvaguarda e inventário, acompanhado de documentação probatória, participação e declarações de compromisso e apoio das entidades envolvidas (no caso de Portugal/Tavira foram cerca de 70), bibliografias temáticas, traduções, fotografias e um

tamos algumas linhas estratégicas e características:

Transnacional, ao integrar 7 Estados e respetivas comunidades representativas, geograficamente situadas em zonas orientais, central e ocidental do espaço mediterrânico.

Evolutiva dado que possibilita e estimula a futura integração de outros Estados da região mediterrânica em novas candidaturas.

Partilhada propondo e perspetivando objetivos comuns na defesa e promoção de património civilizacional comum, que inclui plano de salvaguarda, inventários, investigação, educação...

Multicultural ao congregar valores e culturas de tradição católica, ortodoxa e islâmica, aproximando povos com práticas religiosas diferenciadas com especificidades no plano das celebrações coletivas e outros comportamentos sociais.

Tavira – Antigo Solar da família Corte-Real (séc. XV-XVI d.C.).

Neste local foram detectadas estruturas habitacionais islâmicas (séc. XII-XIII d. C.), níveis turdetanos (séc. IV a.C.) e muralha fenícia (séc VIII a.C.). Fotografia do Arquivo da Câmara Municipal de Tavira



Pluridisciplinar porque agrega diversos campos disciplinares que vão da agronomia à história, da antropologia à nutrição ou da sociologia ao turismo ou à investigação aplicada à empresa.

Potenciadora de efeitos positivos na qualificação dos territórios, proteção dos recursos locais e na prevenção da morbidade, promoção da saúde e de estilos de vida saudáveis.

Descentralizada pois promove a cooperação inter-comunitária e culturas de proximidade potenciadoras de relações entre os diferentes espaços geoculturais, sendo determinantes as pequenas comunidades como Agros, Chefchaouen, Cilento, Hvar e Brac, Koroni, Soria e Tavira.

A UNESCO reconheceu a validade e importância desta perspectiva e o contributo que poderá dar nas boas relações entre os povos na base do reconhecimento de uma história e culturas comuns.

A «longa história» da dieta mediterrânica

Não é possível entender a «dieta mediterrânica» sem compreender os traços fundamentais do mundo mediterrânico, da sua história e das poderosas civilizações que criou ao longo de milénios, os valores que determinaram as formas de vida em sociedade.

As culturas alimentares mediterrânicas são expressão e evidência dessas civilizações e nelas estão contidos valores espirituais e materiais, tempos e ritmos de trabalho, as práticas rituais alimentares com as suas valorizações e interdições.

O Mediterrâneo foi e é um poderoso fenómeno cultural que ultrapassou as suas fronteiras geográficas, é uma forma de olhar, pensar e agir que influenciou o mundo e produziu parte substancial do que hoje consideramos como «civilização ocidental».

Os movimentos sociais e concepções filosóficas da helenização, romanização, cristia-

nização e a islamização marcaram o «mundo antigo» e estão presentes no mundo atual de forma muito evidente apesar das novas questões globais como o ambiente, a demografia e a alimentação planetárias.

A visão sobre a «dieta mediterrânica» é multidisciplinar, não apenas focalizada em torno da história da alimentação, das práticas alimentares e do modelo nutricional, mas também nos aspectos relacionais no seio das comunidades, os valores fundamentais que dão suporte a um «estilo de vida», a sua produção simbólica, ritual e artística que o acompanha, onde se insere a cultura alimentar. Possui ainda um enorme potencial de produção e reprodução de novos conhecimentos.

A estruturação da «dieta mediterrânica», enquanto conceito mais amplo, inscreve-se na perspetiva da história da longa duração ou do «tempo longo», uma corrente alternativa à história das ocorrências breves, das conjunturas marcadas por personalidades que determinam episódios decisivos. É uma perspetiva interpretativa e analítica desenvolvida há décadas pelos Annales, que combinou interdisciplinaridade, numa primeira fase centrada na geografia, história e sociologia. Esta visão científica foi concebida por Marc Bloch e Lucien Febvre da Universidade de Estrasburgo nas décadas de 20 e 30 do século XX, a que se lhes seguiu um incontornável investigador do mediterrâneo, Fernand Braudel e também a corrente historiográfica

O Mediterrâneo foi e é um poderoso fenómeno cultural que ultrapassou as suas fronteiras geográficas, é uma forma de olhar, pensar e agir que influenciou o mundo e produziu parte substancial do que hoje consideramos como «civilização ocidental»

A crítica da «dieta mediterrânica» centra-se fundamentalmente na desvalorização ou mesmo negação da correlação «mecânica» deste modelo nutricional com a morbidade e mortalidade que resulta das teses de Keys. Contudo, e sabendo-se que outras culturas alimentares produzem igualmente resultados positivos para a saúde humana, o elemento central da «dieta mediterrânica» é um modelo cultural que persiste há milhares de anos e que resistiu às mutações civilizacionais e consequentemente com ação preventiva das chamadas «doenças da civilização».

A relação entre o consumo cíclico de uma enorme variedade de produtos frescos produzidos pela agricultura familiar ou de proximidade, sendo importante não explica por si só as vantagens da dieta mediterrânica para a saúde, que é multifatorial.

ligada à psicologia, a história das mentalidades. Segundo esta as mentalidades constituiriam estruturas de longa duração.

Mediterrâneo e o mundo mediterrânico na época de Felipe II é ainda hoje uma obra indispensável para quem se interessa pelo conhecimento das culturas mediterrânicas.

É uma evidência que toda história humana está relacionada com duas necessidades básicas que determinam e garantem a sobrevivência e continuidade dos grupos: a alimentação e a fertilidade.

Durante milhares de anos o homem esteve dependente da caça e da recolção. Com a sedentarização e a fixação em regiões férteis, com boas condições para a agricultura e a domesticação de animais, deu-se uma mutação nas vivências e comportamentos com consequências em todas as esferas da

vida coletiva, a obtenção de excedentes que preveniam os frequentes ciclos de carências e de fome.

A revolução neolítica produziu uma extraordinária transformação, o surgimento de cidades, algumas já densamente povoadas desde o 7.º milénio anterior à era cristã. Na bacia do Mediterrâneo floresceram evoluídas sociedades agropastoris e mercantis, numa primeira fase na Suméria, parte sul da Mesopotâmia. Como mostram os baixos-relevos analisados nas últimas décadas, os rios Tigre e Eufrates e também o Nilo são as primeiras grandes vias de comunicação, a «oficina» que permitiu o desenvolvimento da náutica no delta e a navegação em mar aberto.

Posteriormente verificou-se o seu alargamento geográfico para regiões litorais mediterrânicas onde surgiram dezenas de cidades portuárias e mercantis, com intensa navegação, atividade de pesca e comércio de produtos de extração, agrícolas e artesanais. Jericó, por exemplo, estimada em dois mil habitantes, dedicava-se à exportação de sal, comércio de obsidiana da Anatólia, turquesas do deserto do Sinai do mar Vermelho, búzios do mar Vermelho.

Em vários pontos surgiram civilizações e pólos de conhecimento, como na Grécia, Roma Cartago, e com estes os instrumentos ideológicos, políticos e económicos que originaram novas realidades como a polis, arquiteturas monumentais e defensivas, religiões monoteístas, democracia, alfabeto, mercados, náutica, matemáticas, astronomia, ...

A Península Ibérica, foi influenciada pelas culturas do Mediterrâneo e o território português vivenciado por gentes vindas de todas as partes do «mare nostrum», que deixaram no espaço que habitamos um património ainda vivo em muitos aspetos da vida coletiva, nas estruturas fundiárias, língua e religião e também nas tradições alimentares.

Mediterrâneo, ao ritmo dos astros e dos deuses

O tempo cíclico e os seus marcadores são fundamentais para entender as culturas me-

diterrânicas, os ritmos das actividades, as festividades agrárias, as tradições alimentares ritualizadas e os «comeres» que as acompanham.

Os movimentos cíclicos, as estações do ano, fenómenos regulares e extremos da natureza, foram acompanhados com atenção, receio e esperança pelas populações. Os equinócios e solstícios são há milénios marcadores temporais indutores dos comportamentos e das principais festividades cíclicas.

O calendário judaico é lunar iniciando-se em 3761 a.C. e o Iom Kipur ou «Dia do Julgamento» a festa mais importante do calendário litúrgico implica a abstinência de comida e bebida, como de relações sexuais.

Igualmente no Islão durante o período do Ramadão, o 9.º mês do calendário islâmico, o jejum e abstinência são obrigatórios. O calendário islâmico, também lunar tem 29 ou 30 dias, é designado por «hegírico» por se iniciar com a Hégira, a fuga de Maomé para a Medina em 16 de Julho de 622.

O calendário gregoriano foi adaptado em 1582 é solar e está relacionado com a expansão das culturas mediterrânicas para o resto do planeta, por decisão do Vaticano e influência das poderes de Castela, França e Portugal.

Não é possível analisar a «dieta mediterrânica» enquanto património cultural imaterial sem olhar as cidades, as religiões, a vida agrária e mercantil que determinaram as culturas alimentares.

A «Dieta Mediterrânica», enquanto estilo de vida dos povos da Europa do sul e do Norte de África, apresenta características particulares que embora variando de região para região possui elementos comuns. O pão, o azeite e o vinho, constituem a «trilogia da dieta mediterrânica», consagrados desde a Antiguidade.

Os campos de cereais, os olivais e a vinha fazem parte da paisagem e cultura de todo este espaço de criatividade e civilização.

A história do Mediterrâneo é marcada pelas dinâmicas das cidades marítimas e

mercantis cercadas pelas montanhas, pela confluência e fusão de grupos humanos e necessidades de regulação social que determinaram poderosas religiões unitárias, também pelos alfabetos fenício, grego, latino e árabe, os calendários astrais e de trabalho que permitiram dar eficácia às relações de troca.

A par do estabelecimento das primeiras grandes rotas comerciais por gregos e fenícios foi também na parte oriental mediterrânica que nasceram e se desenvolveram as três religiões monoteístas, com suas figuras proféticas e livros sagrados. O mundo politeísta de divindades em permanente conflito, uma interpretação mitológica da natureza, foi gradualmente substituído pela nova ordem de justiça divina, a religião dos Hebreus, com um Deus que cria o Universo e elege um povo com a Missão.

Os monoteísmos mediterrânicos resultantes das concepções filosóficas da Grécia Antiga de interpretação do real através da mitologia, promoveram uma intensa compe-

tição pela influência, domínio espiritual e também material dos povos, de que são testemunhos a sumptuosidade dos templos e poder sobre vastos territórios e populações.

Com extraordinárias semelhanças e violentos conflitos, nelas se cruza toda a História do Mediterrâneo, determinante para a posterior expansão para o hemisfério sul e a sua contínua influência também no mundo atual.

O século XVIII a.C. registou o aparecimento da mais antiga das religiões unitárias, o judaísmo, cuja síntese filosófica está contida na oração diária: «Escuta Israel, o Senhor é o nosso Deus, o Senhor é uno» Abraão era originário de Ur na Mesopotâmia e a família fixou-se em Canã, a Terra Prometida.

Séculos depois na Palestina surgia uma nova religião, o cristianismo, capaz de enfrentar e submeter as religiões de oriente, que estrutura o misticismo helénico, prega a igualdade perante Deus provocando de imediato a atração de camadas pobres e ganha

Exposição “Dieta Mediterrânica, património cultural milenar” no Museu Municipal de Tavira. Fotografia do Arquivo da Câmara Municipal de Tavira



apoios nas mulheres. Numa era de superstições faz-se acompanhar de pregadores, santos e milagres que ajudam a consolidar a nova filosofia em terreno pagão.

Surgido dos desertos arábicos no século VII, o Islão contraria e desmente as duas religiões unitárias predecessoras, com a mesma matriz original mas cria uma nova interpretação da Revelação, recusa a Santíssima Trindade e a Encarnação. É uma disputa de filosofias e interpretações mas também de luta pela supremacia entre tribos da Palestina e da Arábia, que influencia depois todo o Ocidente mediterrânico e vem a cristianizar a Roma pagã.

Com o desaparecimento das Cidades-Estado a cultura grega entrou em declínio, mantendo poderosa influência sobretudo nas artes e na arquitetura, na importância do seu simbolismo de que é testemunho o Renascimento europeu.

Um dos mais extraordinários fenómenos civilizacionais do Mediterrâneo foi Cartago, a meio caminho entre a Fenícia e o Atlântico, constituiu uma importante plataforma das ligações comerciais entre a parte oriental e ocidental mas também difusor de culturas e práticas. Esta cidade helenizada, manteve-se em permanente conflito com o Império que tudo controlava e foi em 146 a.C. destruída e totalmente arrasada pelos exércitos romanos.

Roma criou um vasto Império e o Mediterrâneo foi um «lago romano» de tal forma marcante que a cultura latina permanece hoje em inúmeros da vida quotidiana, do Direito e sistemas constitucionais à arquitetura, da língua à organização territorial e administração pública.

Outro dos centros nevrálgicos da cultura mediterrânica foi Bizâncio, cidade grega fundada em 657 a.C., que o Império romano em 330 transforma em «cidade de Constantino» ou Constantinopla e com o Império Otomano em Istambul. Foi um centro da helenização que depois se tornou irradiador do cristianismo e com a queda de Constantinopla em 1495 do islamismo.

Dieta mediterrânica, um modelo cultural

O fisiólogo norte-americano Ancel Keys (1904-2004), apelidado com simpatia e carinho pela imprensa como «Dr. Colesterol», veio dar nas décadas de 50 e 60 um extraordinário contributo para a descoberta do modelo nutricional da «dieta mediterrânica» e dos seus benefícios na saúde humana. Quando realizou com a sua equipa o *Estudos dos 7 Países* Keys trabalhava há duas décadas nas questões da nutrição.

Keys provou que a elevação do colesterol pela ingestão de gorduras de origem animal provocava o aumento de doenças coronárias, riscos de arteriosclerose e outras patologias.

De então para cá a investigação da Dieta Mediterrânica tem vindo a ser acompanhada por novos enfoques disciplinares, em particular no âmbito dos estudos sobre os modelos de nutrição, história da alimentação, agricultura sustentável, psicologia social, antropologia do espaço e sociologias do quotidiano, entre outros.

A «dieta mediterrânica» expressa a vivência milenar de comunidades da área geográfica do Mediterrâneo e de regiões por este culturalmente influenciadas, é um modelo cultural que incorpora valores e práticas sociais, tal como foi expresso e fundamentado na candidatura apresentada e aprovada pela UNESCO.

O termo «dieta» inspira-se no grego *diáita*, significando estilo de vida. É o conjunto de saberes-fazer dos povos mediterrânicos resultante de vivências comunitárias ancestrais, somatório de conhecimentos empíricos e evolução tecnológica, processos de agricultura e pescas, produção e confeção de alimentos, sociabilidades, simbologias e rituais de celebração coletiva, tradições orais, convívio na partilha dos espaços socializados

Mas, o que é um «estilo de vida»?

A questão é pertinente e levanta naturais problemas e dificuldades.

Trata-se de um conceito, do latim *conseptus*, uma ideia contida numa representação abstracta da realidade que se pretende uni-

tária, a qual produz significado ou uma multiplicidade deles aos quais se atribuem determinadas qualidades.

O conceito é neste caso dual, *dieta* apresenta-se ligada à palavra *mediterrânica*. Este *mediterrânica* não é tão só um mar ou uma geografia, mas uma ideia à qual se atribuem qualidades, valores materiais e imateriais, uma identidade singular ou um conjunto de múltiplas identidades.

O estilo de vida resulta da forma como vivemos e nos relacionamos em comunidade, com os valores sociais e religiosos que nos orientam e o que culturalmente aprendemos e transmitimos, com os rituais simbólicos e as formas como habitamos, produzimos e nos alimentamos...

cestrais com perda de conhecimentos milenares, patrimónios vários que garantiram desde sempre o equilíbrio na relação do homem com a natureza. Este processo acentuou-se ao longo do século XX, a par dos grandes progressos na ciência e tecnologia, ocorreu o declínio das culturas agrárias, a intensificação dos fluxos migratórios para as cidades e emergência de extensas metrópoles, alterações na estrutura e relações familiares, ritmos de vida intensos, a entrada do audiovisual no espaço doméstico com alterações no processo de transmissão de valores e conhecimentos

A família alargada, constituída por várias gerações habitando a mesma casa ou espaço habitacional foi, até há poucas décadas, o

Os movimentos cíclicos, as estações do ano (...) são fundamentais para entender as culturas mediterrânicas, os ritmos das actividades, as festividades agrárias, as tradições alimentares

Haverá uma cultura mediterrânica com traços comuns diferenciadores de outras culturas?

A resposta nunca pode ser simples ou baseada em meras convicções, porque o Mediterrâneo é e sempre foi uma realidade complexa e contraditória, nele convivem e conflituam há muitos séculos espaços geoculturais, grupos étnicos, religiões. Mas há também traços e características comuns que fundamentam uma forma de viver.

A «dieta» evidencia e exprime culturas de partilha e proximidade, de cooperação nas actividades comunitárias, de celebração e festa. A mesa nas culturas mediterrânicas possui grande centralidade social, quer em espaço privado como no público.

As alterações sócio-demográficas e de modelo económico ocorridas pós revolução industrial, colocaram em causa culturas an-

modelo familiar dominante em Portugal. A mesa era centro privilegiado de encontro, transmissão de conhecimentos, de informação sobre a organização da vida familiar, de análise dos problemas coletivos, de debate e esclarecimento, de negociação e decisão. Embora em risco, resultante do modelo familiar restrito e estilo de vida urbano, a função social da mesa sobreviveu.

No sul da Europa, embora com influência dos modelos culturais da globalização, o espaço público, as praças e mercados, bairros e áreas portuárias, a mesa continua sendo o lugar para convivialidades intensas, onde há sempre lugar para alguém que chega e se junta ao grupo. Nestas culturas do sul da Europa a conversa, o jogo de mesa, os «petiscos» e o «copo», são fatores de desinibição e estimuladores das relações. São também locais de venda de produtos de proximidade,

Paisagem rural.

Fotografia do Arquivo da Câmara Municipal de Tavira



da terra e do mar, áreas plenas de vida comunitária, impregnadas de odores, pescados, carnes, legumes frescos e frutas, pregões de vendedores e discussão de preços, conversas bem sonoras que fazem deles espaços sensoriais cheio de vida e emoções. Estes mercados tradicionais representam culturas de proximidade e partilha envolvendo pessoas e os produtos locais.

A mesa é um elemento indissociável do estilo de vida mediterrânico.

A centralidade da mesa manifesta-se ainda como local na concretização de negócios, de namoros e casamentos, festas de aniversário, encontros de grupos profissionais e outras convivialidades. As formalidades à mesa e a sua hierarquização variaram ao longo das épocas, culturas e classes sociais, registam também diferenças quanto à localização da mesa no espaço doméstico, colocada na cozinha ou por vezes em varandas ou no exterior da própria casa.

Os bons padrões de saúde verificados na zona mediterrânica, físicos e mentais, resultam não apenas do consumo de alimentos frescos, produzidos localmente e de acordo com a época do ano, mas também da forma como as populações vivem os valores que nos foram transmitidos, a quase ausência de stress, o contacto com a natureza, a importância das formas de entajuda coletiva, os rituais e as expressões artísticas.

A UNESCO reconheceu este património cultural do qual somos herdeiros, uma cultura para defender e valorizar.

Portugal mediterrânico e o Algarve

Na obra *Portugal, o Mediterrâneo e o Atlântico* (1945), texto fundamental para a compreensão da geografia humana portuguesa, Orlando Ribeiro (1911-1997) fundamenta a coexistência no território nacional de influências culturais e geoclimáticas mediterrânicas, mais acentuadas a sul do Tejo e simultaneamente de influências atlânticas no litoral centro-norte até à Galiza.

Ao longo de milénios o Homem foi modificando os territórios. Com a sedentarização, a agricultura e atividades extrativas, os espaços naturais foram humanizados e transformados em paisagens culturais. Estas permitem hoje preciosa informação histórica sobre a nossa relação com os lugares, que são em muitos casos de grande beleza suscetíveis de integrar o património classificado e atrair visitantes.

A UNESCO tem vindo a sublinhar e estimular a necessidade dos Estados e regiões do mundo preservarem as suas paisagens culturais, conservando a biodiversidade e permitindo a identificação valorizada do território. Em Portugal foram classificadas como Património da Humanidade a paisagem cultural de Sintra (1995), o Alto Douro Vinhateiro (2001) e a Paisagem da Cultura da Vinha na Ilha do Pico (2004) nos Açores.

Embora todo o País tenha uma forte influência das culturas do «mar entre as terras», o centro-sul de Portugal são claramente mediterrânicos, pelo clima, espécies mari-

nhas, paisagens culturais, actividades silvoagropastoris do montado, na serra e no barrocal algarvio com o pomar de sequeiro, presença do olival, da vinha e dos cereais em extensas áreas, hortos e hortas familiares, rotas de transumância e pastoreio, caça, plantas silvestres alimentares e aromáticas, entre outras espécies.

Região periférica, com uma forte identidade cultural, viu os seus habitantes desenvolverem durante muitos séculos das mais belas paisagens europeias.

Algarve é um anfiteatro exposto a sul protegido pela serra e influenciado pelo clima e cultura mediterrânicos. Durante séculos o Algarve manteve a sua identidade estruturada por uma sociedade de camponeses, a maioria, e pescadores, com alguma indústria extractiva e transformadora, uma região que até ao século XIX exportava mais do que importava.

Descoberto pela indústria turística em meados do século XX, que em muitos aspectos alterou a região do ponto de vista físico e cultural, permanece contudo na região algarvia a herança de uma cultura milenar, perceptível nas pequenas aldeias e cidades litorais, nos portos e suas actividades piscatórias, nos mercados cheios de mil vozes, odores a frutas e pescado e sempre muito convívio à volta da mesa...

Al-Razi, cronista árabe do Séc. IX descreveu assim o Algarve: «... E é terra de muitas águas corredias. E é mui boa terra de caça assim de monte como de ribeira. E há por vizinho o mar como se estende. E há mui boas e mui sabor em que podem aportar as barcas. E há aí muito boas e mui boas frutas e mui claras...Suas bondades fazem dele um dos melhores lugares que há no mundo»

No século passado Orlando Ribeiro na obra citada chamaria a atenção que «nenhuma outra região portuguesa (o Algarve) possui uma rede urbana tão antiga, tão densa e tão importante. Pode ver-se aqui a última riviera mediterrânica e a influência de todas as colonizações marítimas da Antiguidade».

Importa hoje que decisores e populações reconheçam a importância destas formas de

viver, saibam preservar as paisagens culturais, genuíno rosto da construção da nacionalidade.

Como é evidente, se recorrermos aos instrumentos de investigação das ciências sociais, as formas de vida e organização social algarvias têm origem na herança deixada no território por gentes vindas do Mediterrâneo oriental e ocidental: fenícios, gregos, romanos e árabes. Estes desenvolveram na região a salinicultura, as pescas e a captura de moluscos, a apanha de bivalves, introduziram novas culturas e sistemas hidráulicos para captação e transporte de águas imprescindíveis à agricultura familiar em climas de pluviosidade irregular, deixando ainda no território inúmeras tradições orais, topónimos, vocábulos, expressões artísticas, religiões e formas rituais e uma grande influência nas culturas alimentares.

A mesa é um elemento indissociável do estilo de vida mediterrânico.

As principais cidades do Algarve são portuárias ou estuarinas, à excepção de Loulé, mas em todas encontramos nas zonas mais antigas e centros históricos um urbanismo claramente mediterrânico, estruturado por pequenas praças, portos, mercados, templos, ruelas estreitas, habitação concentrada onde se estabeleceram seculares relações de vizinhança e entajuda.

Do ponto de vista da alimentação na antiguidade a investigação arqueológica em Tavira exumou um volume significativo de materiais cerâmicos de uso doméstico mas também osteológicos. A partir do estudo destes materiais confirmou-se uma alimentação variada, consumo de peixes e bivalves, como conquilha e a amêijoia, as ostras e o berbigão,

mas também vestígios da caça ao javali e de animais de criação doméstica e pastoreio.

Surgiram também objetos e recipientes de uso doméstico como candeias de azeite e de uso culinário como panelas, alguidares, almofarizes, tigelas, taças, jarras e jarrinhas, copos, etc.

Tavira, a grande cidade do Algarve no Séc. XVI que acolhia a «Esquadra do Estreito» e o seu maior centro exportador, é ainda hoje uma cidade com uma fisionomia inquestionavelmente mediterrânica, detetável logo ao primeiro olhar do visitante.

A Dieta Mediterrânica, enquanto estilo de vida e modelo alimentar integra o património histórico-cultural do País, de forma muito evidente de toda a região a sul do Tejo. Com a alteração do paradigma turístico, o País e o Algarve têm na inscrição como Património Cultural Imaterial da Humanidade uma oportunidade de reencontro com a sua longa história de quase mil anos.

Face a um modelo de globalização que tende a homogeneizar e padronizar, os povos encontram nas suas culturas formas de auto-defesa, respostas para a preservação e sobrevivência.

«As civilizações não são mortais, sobrevivem às transformações e às catástrofes... renascem das cinzas» escreveu Braudel.

A história do mundo o confirma...

Bibliografia Seleccionada

Braudel, Fernand, *Memórias do Mediterrâneo, Pré-História e Antiguidade*, Terramar, 2001, Lisboa

Cidade e mundos rurais – Tavira e as sociedades agrárias, catálogo de exposição, Museu Municipal de Tavira/CMT, Tavira, 2010

Dieta Mediterrânica, Património Cultural Milenar, catálogo de exposição, Museu Municipal de Tavira/CMT, 2013

Mattoso, José (coord.), *História de Portugal, Circulo dos Leitores*, 1992, Lisboa

Ribeiro, Orlando, *Portugal, o Mediterrâneo e o Atlântico*, Livraria Sá da Costa, 1998, Lisboa

Ribeiro, Orlando, *Geografia e Civilização*, Livros Horizonte, 1991, Lisboa

Ribeiro, Orlando, *Introduções Geográficas à História de Portugal – estudo crítico*, Imprensa Nacional - Casa da Moeda, 1977, Lisboa






Tavira, patrimónios do mar, catálogo de exposição, Museu Municipal de Tavira, 2009, Tavira

XXXV CONGRESSO PORTUGUÊS DE CARDIOLOGIA 2014

Palácio de Congressos do Algarve
Herdade dos Salgados, Albufeira
27 a 29 de Abril de 2014




Cursos pré-congresso - 26 de Abril

-  Hipertensão e Diabetes: Atração Fatal
-  Prostanóides na Hipertensão Pulmonar
-  Curso Prático Acessos Vasculares Ecoguiados
-  Suporte Avançado de Vida em Insuficiência Cardíaca
-  Como fazer Investigação Científica. As Vozes da Experiência

Valor de inscrição - 100 euros


Data de abertura de inscrições - 21 de Março de 2014

Inscrições limitadas - via *microsite* do congresso www.spc.pt/inscricao


 www.spc.pt

 spc.pt/cardiottv

 facebook.com/spcardiologia

 217 817 630/4

 congresso@spc.pt

 Campo Grande, 28 - 13º - 1700-093 Lisboa

Pedro Graça

Diretor do Programa Nacional para Promoção da Alimentação Saudável/DGS
Membro da Comissão Interministerial para o apoio à candidatura da Dieta
Mediterrânica a Património Cultural Imaterial da Humanidade

Breve história do conceito de Dieta Mediterrânica numa perspetiva de saúde

Palavras-chave: *Dieta Mediterrânica; Definição; Estilo de vida; Saúde*

Nos últimos 8000 anos, o clima na Península Ibérica tornou-se relativamente estável, permitindo a interação diária e intensa entre o ser humano que aqui habitava e o meio ambiente que o rodeava. É deste relacionamento intenso e de aprendizagem constante que se vão modelar os hábitos alimentares dos diferentes povos desta região. Durante milhares de anos esta adaptação onde se introduziram progressivamente fatores ambientais mas também sociais, económicos, culturais e religiosos criaram as condições para que se desenvolvesse uma determinada forma de produzir e de consumir alimentos que é estudada de forma científica a partir dos anos 50-60 do século passado.

Na década de 40 e 50, os investigadores norte-americanos da Fundação Rockefeller que chegaram a Creta e observam os níveis de saúde da população desta ilha mediterrânica observaram que a longevidade era bastante maior do que na América do Norte, apesar das condições de vida e acesso a cuidados de saúde serem bastante inferiores. Mais tarde, um dos primeiros grandes estudos na área do Mediterrâneo realizado na década de 1960¹ revelou que os padrões alimentares desta zona eram caracterizados por uma elevada ingestão de cereais, legumes, frutas, peixe e um consumo muito menor de batata, carne e laticínios, ovos e doces. A tradicional dieta mediterrânica de

meados dos anos 1960 caracterizava-se pela presença constante de grandes quantidades de vegetais e elevado consumo de azeite como a principal fonte de gorduras mono-insaturadas. Em 1970, Ancel Keys publicou *Coronary heart disease in seven countries*² e em 1975, *How to eat well and stay well. The Mediterranean way*³. Mais tarde, em 1980, publica o lendário estudo *Seven countries: a multivariate analysis of death and coronary heart disease*⁴. Os sete países participantes neste estudo foram os Estados Unidos, Japão, Itália, Grécia, Países Baixos, Finlândia e Jugoslávia. A partir daqui e da constatação da menor mortalidade por doença coronária nos países do Sul, com consumos elevados de azeite e vegetais, o conceito evolui. Hoje, a adesão a este padrão alimentar está associada a maior longevidade no geral, a menores taxas de morbilidade e de mortalidade por doença cardiovascular e cancro, a menor incidência de diabetes tipo 2, de hipertensão arterial, de obesidade e de doenças neurodegenerativas⁵.

Este padrão alimentar varia ao longo do mediterrâneo, mas por questões pragmáticas para a sua difusão foram definidas algumas características comuns. O Primeiro Congresso Internacional sobre a dieta mediterrânica foi convocado pela Fundação da Dieta Mediterrânica de Barcelona em 1996, levou à assinatura da *Declaração de Barce-*

lona sobre a dieta mediterrânica, que enfatizava tanto os seus aspectos alimentares saudáveis como a sua dimensão cultural e histórica. Em Portugal, e a partir deste e de outros consensos, foram adaptadas livremente algumas características da Dieta Mediterrânica. À medida que ia ocorrendo a nível internacional um diálogo interdisciplinar e multicultural entre nutricionistas e cientistas sociais, o Terceiro Fórum sobre Culturas Alimentares do Mediterrâneo em Roma, e que decorreu em 2005 na Universidade de Sapienza, lançou definitivamente o processo do reconhecimento pela UNESCO da dieta mediterrânica como património cultural imaterial. Neste Fórum, foi produzida a declaração *The 2005 Rome Call for a Com-*

diterranean Diet, apresentaram um pedido transnacional à UNESCO para o reconhecimento da Dieta Mediterrânea como parte do património cultural imaterial da humanidade.

Em 16 de Novembro de 2010, a UNESCO aprovou a inscrição da Dieta Mediterrânica na lista do património imaterial da humanidade sumariando-a da seguinte forma: «The Mediterranean Diet constitutes a set of skills, knowledge, practices and traditions ranging from the landscape to the table, including the crops, harvesting, fishing, conservation, processing, preparation and, particularly, consumption of food. The Mediterranean Diet is characterized by a nutritional model that has remained constant

A palavra de origem grega «dieta» foi associada e traduzida como «estilo de vida»

mon Action on Food in the Mediterranean onde a palavra de origem grega «dieta» foi associada e traduzida como «estilo de vida». Reconhecia-se assim, e definitivamente, a Dieta Mediterrânica como um modo de viver em que a atividade física, o convívio à volta da mesa, a frugalidade e até a forma de produzir e de tratar os alimentos deviam ser protegidas. Foi proposto nesta altura que deveria existir uma definição partilhada, com denominadores comuns, do que se entendia por Dieta Mediterrânica e esta definição deveria ser uma prioridade, de modo que todos os países do Mediterrâneo pudessem ter uma estratégia comum para a sua proteção e uma estratégia interdisciplinar para a salvaguardar.

Em 2007, os governos da Grécia, Itália, Marrocos e Espanha, com o apoio técnico da *Foundation for the Advancement of the Me-*

over time and space, consisting mainly of olive oil, cereals, fresh or dried fruit and vegetables, a moderate amount of fish, dairy and meat, and many condiments and spices, all accompanied by wine or infusions, always respecting the beliefs of each community»⁶.

Em 4 de dezembro de 2013, Portugal, Chipre e Croácia viriam a juntar-se a este grupo de países aderentes e obter este reconhecimento. Em Portugal o trabalho preparatório decorreu durante mais de dois anos com o apoio técnico da Câmara Municipal de Tavira, da UNESCO, do Ministério da Agricultura e da Comissão Interministerial Nacional para o apoio à candidatura da Dieta Mediterrânica a Património Cultural Imaterial da Humanidade (UNESCO).

A Dieta Mediterrânica em Portugal caracteriza-se por um conjunto simplificado de vários princípios (Quadro 1):

Quadro 1

Princípios da Dieta Mediterrânea (Portugal)

- Frugalidade e cozinha simples que tem na sua base preparados que protegem os nutrientes como as sopas, os cozidos, os ensopados e as caldeiradas.
- Elevado consumo de produtos vegetais em detrimento do consumo de produtos alimentares de origem animal, nomeadamente de produtos hortícolas, fruta, pão de qualidade e cereais pouco refinados, leguminosas secas e frescas, frutos secos e oleaginosos.
- Consumo de produtos vegetais produzidos localmente ou próximos, frescos e da época;
- Consumo de azeite como principal fonte de gordura;
- Consumo moderado de laticínios;
- Utilização de ervas aromáticas para temperar em detrimento do sal;
- Consumo mais frequente de pescado comparativamente com consumo baixo e menos frequente de carnes vermelhas;
- Consumo baixo a moderado de vinho e apenas nas refeições principais;
- Água como principal bebida ao longo do dia;
- Convivialidade à volta da mesa.

Os planos de salvaguarda que terão de ser colocados em prática em Portugal são agora o passo seguinte. Espera-se que desta forma se possa preservar este património da nossa cultura e com a sua promoção se facilite a aprendizagem deste modo de comer saudável em toda a população.

Bibliografia

1. Cresta M., Ledermann S., Garnier A. et al., Étude des consommations alimentaires des population de onze régions de la Communauté européenne en vue de la détermination des niveaux de contamination radioactive, rapport, Centre d'étude nucléaire de Fontenay-aux-Roses, 1969.
2. Keys (A.B.) (ed.), "Coronary Heart Disease in Seven Countries", *Circulation*, 51-52 (suppl.), 1970.
3. Keys (A.B.) and Keys (M.), *How to Eat Well and Stay Well the Mediterranean Way*, New York (N.Y.), Doubleday, 1975.
4. Keys (A.B.) (ed.), *Seven Countries: A Multivariate Analysis of Death and Coronary Heart Disease*, Cambridge (Mass.), Harvard University Press, 1980.
5. Sofi F., Cesari F., Abbate R, et al. Adherence to Mediterranean Diet and Health Status, *BMJ*. 2008; 337: 1136-1344.
6. UNESCO, Representative List of the Intangible Cultural Heritage of Humanity, 2010 (www.unesco.org/culture/ich/index.php?lg=en&pg=00011&RL=00394).

XXXV CONGRESSO PORTUGUÊS DE CARDIOLOGIA 2014



Uncovering the Path from Science to Art
**DOS LIMITES DA CIÊNCIA
AO ESTADO DA ARTE**

Palácio de Congressos do Algarve
Salgados - Albufeira
27 a 29 Abril 2014

Presidente do Congresso
M. Graça Castro

CONTACTOS

Sociedade Portuguesa de Cardiologia
Departamento de Formação Científica
Campo Grande, 28 - 13º
1700-093 Lisboa - Portugal



Sociedade Portuguesa de
CARDIOLOGIA



Manuel Oliveira Carrageta

Presidente da Fundação Portuguesa de Cardiologia
e do Instituto de Cardiologia Preventiva de Almada
Especialista em Cardiologia, Medicina Interna e Farmacologia Clínica

A Dieta Mediterrânica e as doenças cardiovasculares

Palavras-chave: *Dieta Mediterrânica; Doença cardiovascular; Medicina preventiva*

Resumo

A alimentação mediterrânica é considerada uma das mais saudáveis do mundo, como mostra o facto dos habitantes da Europa do Sul terem a mais baixa mortalidade por doenças cardíacas da Europa.

O seu extraordinário valor foi realçado pela primeira vez por Ancel Keys, um investigador de Universidade de Minnesota, que observou uma estreita relação entre o consumo de gorduras e a incidência de doença coronária em diversos países, sendo esta tanto maior quanto mais elevado fosse o consumo de gordura. A excepção verificou-se apenas nos povos da bacia do Mediterrâneo que, apesar de terem um elevado consumo de gordura, sofriram relativamente poucos enfartes do miocárdio. Havia sobretudo uma grande diferença no tipo de gordura consumida que, no Mediterrâneo, era sobretudo gordura insaturada (azeite).

Esta dieta é rica em vegetais e fruta, pão de trigo ou outros cereais pouco refinados, azeite e peixe, sendo pobre em gorduras saturadas e rica em gordura monoinsaturada (azeite), ácidos gordos ómega 3 (peixe) e fibra alimentar.

Os povos do Mediterrâneo consomem vinho tinto, em quantidades moderadas, às refeições, ao contrário dos povos do Mar do Norte e da Europa Oriental, que bebem quantidades intoxicantes de cerveja e bebidas espirituosas aos fins-de-semana.

O azeite, rico em ácido gordo monoinsaturado, reduz os níveis de colesterol e, apesar das calorias extra que implicam a ingestão de todas as gorduras, não parece estar associado a excesso de peso e obesidade. O melhor azeite é o virgem extra, assim chamado por ser obtido pela primeira extracção/prensagem mecânica a frio a que são submetidas as azeitonas. A cor verde escura que apresenta é devida à riqueza em antioxidantes, que se perdem parcialmente nos processos de refinação, branqueamento ou de obtenção do azeite por métodos de aquecimento.

Os flavonóides do vinho tinto com a sua poderosa acção antioxidante também contribuem para a melhor saúde cardiovascular.

É evidente que parte dos benefícios atribuídos a esta alimentação são também certamente devidos a outros factores, como o menor uso do automóvel, mais deslocações a pé, o que leva a maior actividade física, bem como à atmosfera social mais descontraída que caracteriza a vida dos povos mediterrânicos, pelo que se poderá falar, antes, com toda a propriedade em cultura mediterrânica.

O que está a acontecer, hoje em dia, é que a dieta mediterrânica é celebrada cada vez com maior entusiasmo nos Estados Unidos e nos países do Norte da Europa, enquanto entrou em declínio nos países do Mediterrâneo, o que não podemos deixar de lamentar vivamente. Daí os apelos dos especialistas

para que a alimentação mediterrânica seja novamente adotada em Portugal, não só como um ato de respeito pelo nosso património cultural, como por ser a opção inteligente e saudável.

Todo o esforço que foi feito em Portugal, nomeadamente o trabalho de sensibilização e pressão desenvolvido, junto da comunidade e dos poderes públicos, pela Fundação Portuguesa de Cardiologia, foi coroado recentemente com a atribuição pela UNESCO de património imaterial da humanidade à dieta mediterrânica portuguesa.

Introdução

A dieta mediterrânica representa o padrão alimentar dos vários países da bacia do Mediterrâneo e tem sido a dieta melhor estudada, com grande número de trabalhos científicos realizados nas últimas décadas¹⁻⁸.

tendo chegado praticamente intacta até aos nossos dias. É notável que no século sexto, as regras escritas sobre alimentação pela Ordem dos Beneditinos estabelecia a frugalidade como norma, sendo esta uma das virtudes básicas da dieta mediterrânica.

Epidemiologia

A associação entre a dieta mediterrânica e uma reduzida mortalidade coronária, vários tipos de cancro, assim como uma maior longevidade, foi apontada pela primeira vez por Ancel Keys, um investigador da Universidade de Minnesota, que observou, existir uma estreita relação entre o consumo de gorduras e a incidência de doença coronária em diversos países, sendo esta tanto maior quanto mais elevado fosse o consumo de gordura. A exceção verificou-se apenas nos povos da bacia do Mediterrâneo que, apesar

A evidência de um efeito benéfico da Dieta Mediterrânica, na morbilidade e mortalidade coronária é sustentado por uma extensa série de estudos observacionais e, nos últimos anos, por estudos aleatorizados.

As suas principais características alimentares compreendem: vegetais, minimamente processados, frescos e da estação, ingeridos em quantidades apreciáveis; fruta fresca como sobremesa, doces consumidos apenas nos dias festivos; azeite como principal fonte de gordura; produtos lácteos – principalmente queijo e iogurtes consumidos em quantidades moderadas; e finalmente, vinho também consumido em quantidades moderadas, predominantemente às refeições.

Os progenitores desta dieta podem ser identificados nos tempos recuados da Grécia Antiga, cuja alimentação era muito semelhante à dieta mediterrânica dos tempos modernos. Foi adotada pelos antigos romanos,

de terem um elevado consumo de gordura, sofriam relativamente poucos enfartes do miocárdio. Esta exceção foi atribuída à grande diferença no tipo de gordura consumida que, no Mediterrâneo, era sobretudo gordura insaturada (azeite)¹.

A evidência de um efeito benéfico da Dieta Mediterrânica, na morbilidade e mortalidade coronária é sustentado por uma extensa série de estudos observacionais e, nos últimos anos, por estudos aleatorizados²⁻⁷.

O *Lyon Diet Heart Study*, um ensaio clínico de prevenção secundária, embora realizado numa amostra de doentes relativamente pequena, deu resultados altamente significativos na redução da doença coronária. Este

estudo conduzido durante 46 meses, envolveu 219 doente no grupo de intervenção e 204 controlos, com história de enfarte do miocárdio recente e um perfil de fatores de risco semelhante. Observou-se uma redução de 70% dos desfechos cardíacos no grupo de intervenção. Estas diferenças foram altamente significativas².

Um dos estudos longitudinais mais importante é o estudo de HALE que avaliou o efeito da dieta mediterrânica e do estilo de vida em indivíduos idosos de 11 países europeus. Durante os 10 anos de seguimento, os mais de 2300 homens e mulheres de 70 a 90 anos, que aderiram à dieta mediterrânica, não fumavam, eram fisicamente ativos e tinham um consumo moderado de álcool, tiveram uma redução de 50% da mortalidade total, da doença cardiovascular e do cancro relativamente ao grupo de controlo, que não cumpria aquele regime³.

No Estudo EPIC, uma investigação envolvendo nove países europeus, com um protocolo multicêntrico e prospetivo, a aplicação de um *score* que avaliava a aderência à dieta mediterrânica associou-se a uma maior esperança de vida em idosos saudáveis, mesmo quando os resultados foram ajustados à situação socioeconómica e atividade física. Isto foi particularmente evidente num dos países participantes, a Grécia^{4,5}.

Mais recentemente, o grupo de Ramon Estruch de Barcelona, no estudo *Predimed*, comparou a dieta mediterrânica com uma dieta pobre em gordura, em 7447 indivíduos com risco cardiovascular elevado. Os resultados mostraram uma redução de 30% no risco de enfarte agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral e morte. Numa outra publicação, baseada na mesma popu-

lação de estudo, verificou-se igualmente uma redução de cerca de um terço no risco de diabetes de novo^{6,7}.

Mecanismos

Os mecanismos subjacentes aos benefícios da DM não estão completamente esclarecidos.

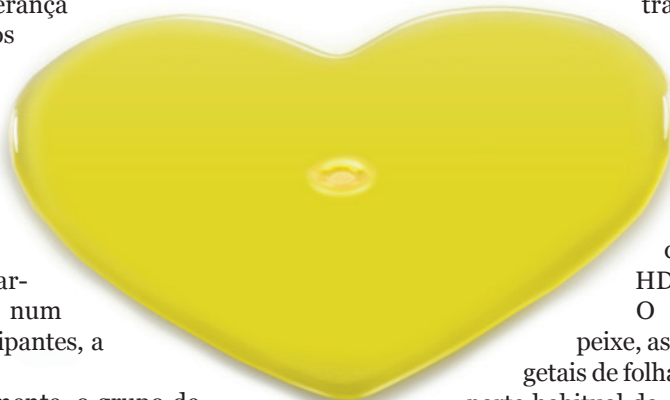
O excessivo consumo de gordura tem sido culpabilizado, mas sabe-se hoje, que mais importante que a quantidade é o tipo de gordura da alimentação¹⁻⁶. Durante algum tempo os alimentos e produtos pobres em gordura foram promovidos nos Estados Unidos, período que interessantemente coincidiu com um aumento da obesidade na população.

Sabe-se que intervenções alimentares com a dieta mediterrânica reduzem significativamente o colesterol das LDL, tanto em indivíduos com colesterol normal como em indivíduos com hipercolesterolemia. Para além disso, observa-se também descida significativa da proteína C-reativa⁸⁻¹⁰. No estudo ATTICA, envolvendo 1514 homens e 1528 mulheres da região Ática da Grécia,

mostrou que a aderência à tradicional dieta mediterrânica se associou a uma redução dos triglicéridos plasmáticos e a um aumento do colesterol das HDL⁸⁻⁹.

O consumo de peixe, assim como de vegetais de folha verdes, que são parte habitual da dieta mediterrânica, associam-se a concentrações elevadas de ácidos gordos ómega-3 (EPA e DHA) nas membranas celulares. Está demonstrado que os ácidos gordos ómega 3 têm propriedades anti-inflamatórias que poderão conferir alguma proteção antiaterosclerótica^{9,10}.

Ampla evidência sugere que a inflamação



tem um papel fundamental no desenvolvimento e progressão da aterosclerose. Nos humanos com doença cardiovascular ou elevado risco cardiovascular, a suplementação dietética com ácidos gordos ómega 3 associa-se a um efeito benéfico nas células endoteliais, refletido numa melhoria da vasodilatação dependente do endotélio nas artérias do antebraço. Um estudo, em doentes com placas ateroscleróticas, a aguardar endarterectomia carotídea, foi demonstrado que os doentes que tinham tomado cápsulas de ácidos ómega 3 incorporaram muito mais estes ácidos na placa do que os doentes que tinham recebido óleo de girassol (ómega 6). Por outro lado, as placas do grupo de doentes a fazer suplementos de ómega 3 estavam menos infiltradas de macrófagos e tinham uma capa fibrosa mais espessa, sugerindo menos inflamação e risco de rotura¹⁰.

Um consumo elevado de ácidos ómega 3 parece diminuir o processo aterosclerótico, provavelmente pela sua atividade anti-inflamatória, que é relevante tanto nos estádios

pode melhorar a função endotelial e, deste modo, baixar a tensão arterial¹¹.

Não só a tensão arterial elevada está associada a um aumento do risco e da mortalidade cardiovascular, mas também uma frequência cardíaca alta, tanto em repouso como no esforço, é preditora de morte súbita¹².

Neste contexto, o consumo de peixe ou suplementos de óleo de peixe associa-se a um mais baixo risco de arritmias cardíacas, incluindo de fibrilação auricular e morte súbita. Embora o mecanismo exato deste benefício não seja totalmente conhecido, pode-se pensar que a incorporação de ácidos gordos ómega 3 na membrana dos miócitos cardíacos, influenciam os canais de iões e os recetores da membrana celular nas suas várias funções^{11,12}.

Para além, destes efeitos eletrofisiológicos, temos também de considerar a existência de efeitos diretos nos sistemas vagal e simpático, que se podem refletir, por exemplo, na melhoria da variabilidade da frequência cardíaca. A meta-análise de

Existe também evidência que os AGM de origem vegetal (azeite) no contexto da dieta mediterrânica podem reduzir a tensão arterial.

mais precoces do desenvolvimento da aterosclerose, como em situações em que as placas estão em estágio mais desenvolvido ou em risco de rotura.

Existe também evidência que os AGM de origem vegetal (azeite) no contexto da dieta mediterrânica podem reduzir a tensão arterial. No estudo SUN verificou-se uma relação inversa entre o consumo de azeite e o risco de desenvolver HTA. O mesmo se verificou com os ácidos ómega 3, que se associam a uma mais baixa prevalência de HTA. Pode-se especular que uma alteração dos ácidos gordos em favor dos MUFA e PUFA modifica os fosfolípidos da membrana o que

Mozzafarian aponta no sentido dos suplementos de óleo marinho poder induzir efeitos benéficos no coração através da redução da frequência cardíaca¹².

Esposito et al, num estudo aleatorizado em doentes com síndrome metabólica, submetidos à dieta mediterrânica ou à dieta prudente da *American Heart Association*, pobre em gorduras, como grupo de controlo, demonstraram a superioridade da dieta mediterrânica. Tiraram como conclusão que a dieta mediterrânica pode ser uma medida efetiva no combate à síndrome metabólica, um flagelo importante e crescente nos nossos dias¹³.

Evidência crescente aponta para que, embora a dieta seja o pilar fundamental da dieta mediterrânica, a atividade física é outro componente crítico, que interage na prevenção ou desenvolvimento da doença coronária e outras patologias, nomeadamente a obesidade e diabetes^{13, 14}.

Azeite

É a principal fonte de gordura na dieta mediterrânica.

Deve-se salientar que só o azeite virgem extra contém quantidades substanciais de compostos fenólicos. Há pelo menos 15 estudos controlados, a grande maioria dos

coólicas, o vinho, notadamente o vinho tinto contém grandes quantidades de compostos fenólicos, nos quais se destaca o resveratrol.

Este aspeto tem sido valorizado para justificar a superioridade do vinho tinto sobre as outras bebidas alcoólicas. Deve lembrar-se, contudo, que o etanol exerce efeitos fisiológicos positivos para o aparelho cardiovascular, tais como, a elevação das HDL, a inibição da agregação plaquetária e o aumento da produção de óxido nítrico. Não devemos também esquecer as propriedades ansiolíticas e euforizantes que podem ser induzidas pelo consumo moderado de etanol, tão típico dos dias festivos mediterrânicos^{16, 17}.

Intervenções alimentares com a Dieta Mediterrânica reduzem significativamente o colesterol das LDL, (...) os triglicéridos plasmáticos e aumentam o colesterol das HDL

quais indica que o azeite virgem extra modula positivamente os marcadores de doença cardiovascular¹⁵.

Deve-se salientar que a evidência dos benefícios do azeite é mais sólida do que a obtida, por exemplo, com o vinho tinto ou o chá.

Vinho

O consumo moderado de vinho às refeições é típico da dieta mediterrânica. A hipótese que o vinho pode proteger das doenças cardiovasculares originou o «paradoxo francês», ou seja, a observação que em França onde a dieta é rica em gordura saturada, e existe um perfil de fatores de risco cardiovascular considerável, com taxas de tabagismo e níveis de colesterol elevados. Apesar destes não diferirem dos níveis observados nos países vizinhos do Norte da Europa, a incidência de doença coronária é particularmente baixa em França¹⁶.

Ao contrário da maior parte das bebidas al-

Considerações finais

Temos consciência que as diferenças culturais entre os povos e as regiões, incluindo os hábitos alimentares tendem a esbater-se inevitavelmente em todo o mundo, devido ao processo de globalização em curso.

Isso deve-se, por um lado, ao esforço para melhorar os hábitos alimentares dos países do Norte e Centro da Europa, assim como dos Estados Unidos da América, para fazer frente à pesada epidemia de mortes por doença coronária com que se debatem. Por outro lado, começa a haver uma tendência em Portugal e noutros países da Europa do Sul para recuperar e preservar os hábitos alimentares tradicionais mais saudáveis do passado. Com a aprovação da dieta mediterrânica portuguesa como património mundial da humanidade pela UNESCO, na qual os esforços desenvolvidos pela Fundação Portuguesa de Cardiologia foram um contributo

essencial que foram da sensibilização inicial da comunidade e dos poderes públicos, até ao contributo para o desenvolvimento do processo de candidatura. Hoje a televisão, a rádio e os jornais já começam a recomendar com alguma frequência a adoção da dieta mediterrânica, como uma medida saudável.

Não devemos esquecer que a dieta mediterrânica deve ser integrada num estilo de vida saudável, para que em conjunto com o componente da atividade física regular, seja possível prevenir as epidemias de obesidade e a sua sequele consequente, a diabetes, que hoje estão aumentando dramaticamente em Portugal^{13, 14, 18}.

Por último, queremos salientar que os hábitos alimentares ancestrais da população portuguesa se podem associar a uma diminuição da doença cardiovascular e a uma esperança de vida mais longa, pelo que representam um modelo de referência que deve fazer parte integral dos nossos esforços para melhorar a saúde pública em Portugal.

Bibliografia

1. Keys AB. Seven Countries: A multivariate analysis of death and coronary heart disease. Cambridge, Harvard University Press, 1980
2. Lorigeril M, Salen P, Martin JL, et al. Mediterranean diet, traditional risk factors, and the rate of cardiovascular complications after myocardial infarction: final report of the Lyon Diet Heart Study. *Circulation*. 1999; 99: 779-85.
3. Knuops K, de Groot L, Kromhout D, et al. Mediterranean diet, lifestyle factors, and 10-year mortality in elderly European men and women. The HALE Project. *JAMA*. 2004; 292: 1433-1439.
4. Trichopoulou A, Orfanos P, Norat T, et al. Modified Mediterranean diet and survival: EPIC-elderly prospective cohort study. *BMJ*. 2005; 330: 991-98.
5. Trichopoulou A, Bamia C, Tricopoulos D. Anatomy of health effects of Mediterranean diet: Greek EPIC prospective cohort study. *BMJ*. 2009; 338: b2337
6. Estruch R, Ros E, Salas-Salvadó J, et al. Primary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet. *N Eng J Med*. 2013; 368: 1279-90.
7. Salas-Salvado, Bullo M, Estruch R, et al. Prevention of diabetes with Mediterranean diets: A subgroup analysis of a randomized trial. *Ann Intern Med*. 2014; 160: 194-203.
8. Chrysohoou C, Panagiotakos DB, Pitsavos C, et al. Adherence to the Mediterranean diet attenuates inflammation and coagulation process in healthy adults: The ATTICA Study. *J Am Coll Cardiol*. 2004; 44: 152-58.
9. Kris-Etherton P, Harris W, Appel LJ. Fish consumption, fish oil, omega-3 fatty acids and cardiovascular disease. *Circulation*. 2002; 106: 2747-57.
10. Djousse L, Arnett DK, Carr JJ, et al. Association of n-3 polyunsaturated fatty acids with stability of atherosclerotic plaques: a randomized controlled trial. *Lancet* 2003; 361: 477-85.
11. Alonso A, Martinez-Gonzalez MA. Olive oil consumption and reduced incidence of hypertension: the SUN study. *Lipids*. 2004; 39: 1233-38
12. Mozaffarian D, Geelen A, Brouwer IA, et al. Effect of fish oil on heart rate in humans: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Circulation*. 2005; 112: 1945-52
13. Esposito K, Marfella R, Ciotola M, et al. Effect of a Mediterranean-style diet on endothelial dysfunction and markers of vascular inflammation in the metabolic syndrome: a randomized trial. *JAMA*. 2004; 292: 1440-6.
14. Kastorini CM, Millionis HJ, Esposito K, et al. The effect of Mediterranean diet on metabolic syndrome and its components: a meta-analysis of 50 studies and 534,906 individuals. *J Am Coll Cardiol*. 2011; 57: 1299-313.
15. Perez-Jimenez F. International conference on the healthy effect of virgin olive oil. *Eur J Clin Invest*. 2005; 35: 421-24.
16. Renaud S, Lorigeril M. Wine, alcohol, platelets, and the French paradox for coronary heart disease. *Lancet*. 1992; 339: 1223-26.
17. Rimm EB, Williams P, Fosher K, et al. Moderate alcohol intake and lower risk of coronary heart disease: meta-analysis of effects on lipids and haemostatic factors. *BMJ*. 1999; 319: 1523-28.
18. Kok F, Kromhout D. Atherosclerosis. Epidemiological studies on the health effects of a Mediterranean diet. *Eur J Nutr*. 2004; 43: 2-5.

Laura Rico-Cabanas⁵
Elena García-Fernández⁵
Ramón Estruch^{2,3,4,1}
Anna Bach-Faig^{1,5,6 *}

Mediterranean Diet, the New Pyramid and some Insights on its Cardiovascular Preventive Effect

Keywords: *Mediterranean Diet; Cardiovascular disease; Pyramid; Preventive medicine*

Dieta Mediterrânea, a nova pirâmide e alguns aspectos do seu efeito na prevenção cardiovascular

Palavras chave: *Dieta Mediterrânea; Doença cardiovascular; Pirâmide; Medicina preventiva*

1. Mediterranean Diet Foundation, Barcelona, Spain;
2. RETIC Alimentación saludable en la prevención primaria de enfermedades crónicas: la Red Predimed (RDO6/0045), Spain;
3. Department of Internal Medicine, Hospital Clinic, Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi Sunyer (IDIBAPS), Barcelona, Spain;
4. Ciber Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición (CIBEROBN), Instituto de Salud Carlos III, Madrid, Spain;
5. Department of Health Sciences, Universitat Oberta de Catalunya, Roc Boronat, 117, 08018 Barcelona, Spain
6. Food and Nutrition Area, Barcelona Official College of Pharmacists, Spain

* Corresponding author: Anna Bach Faig - anbachf@gmail.com;

Abstract

The growing incidence of chronic pathologies, such as cardiovascular diseases (CVDs), requires the development of new activities in the preventive medicine context to reduce its prevalence. Most of the risks factors of CVD are believed to be preventable through healthy lifestyles including a salutary dietary pattern. The health benefits associated with the adherence to the Mediterranean Diet (MedDiet) are supported by large epidemiological studies published in peer-reviewed

Resumo

A incidência crescente de patologias crônicas, tais como as doenças cardiovasculares (DCVs), requer o desenvolvimento de novas atividades no contexto da medicina preventiva para reduzir a sua prevalência. A maioria dos factores de risco da DCV é considerada evitável através das alterações do estilo de vida, incluindo um padrão alimentar saudável. Os benefícios para a saúde associados com a adesão à Dieta Mediterrânea (DM) são apoiados por grandes estudos epi-

scientific journals during last decades. For instance, several reviewed cohort studies about primary prevention of CVD with large populations going from 2339 to 22043 people pointed to a protective effect of adherence to MedDiet with coronary heart disease (CHD) events reductions of 30-40%. Further, it is observed a reduction on the risk of CHD of about 6% with 1 point increase in the MedDiet score. This beneficial effect was mainly due to the overall composition of the dietary pattern, without other lifestyle changes. The new MedDiet pyramid is the result of an international consensus, is based on the latest scientific evidences on nutrition and health, and provides key elements for the quantitative and qualitative selection of foods. The new MedDiet pyramid is meant for use and promotion without any restrictions and the nutritional recommendations based on a MedDiet pattern may lead to the prevention of chronic pathologies, especially if dietary recommendations take into account individual preferences, thus assuring long-time adherence.

The New Mediterranean Diet Pyramid

Mediterranean countries share a number of geographical and climatic factors which favored this common cultural framework and agriculture products. The Mediterranean Diet (MedDiet) is characterized by the predominance of plant products (fruits, vegetables, grains, nuts and legumes), the consumption of olive oil as the main source of dietary fat; frequent but moderate intake of wine with meals, the consumption fresh fish, moderate intake of dairy products (mostly cheese and yogurt low fat), poultry and eggs and low consumption frequency and quantity of meat and sausage products. This healthy traditional Mediterranean dietary pattern has been popularized through a pyramid representation, which graphically highlights the foods to be consumed on a daily or weekly basis or less frequently. Various Mediterranean Diet pyramids have been designed for the populations of Greece¹, Spain², Italy³, and USA⁴ tailored to their various food habits.

demiológicos publicados em revistas científicas com revisão por pares durante as últimas décadas. Por exemplo, a revisão de vários estudos de coorte sobre a prevenção primária da DCV com grandes populações entre 2339 a 22 043 pessoas, apontaram para o efeito protector da adesão à DM com redução de eventos de doença isquémica cardíaca (DIC) em cerca de 30-40%. Além disso, é observada uma redução no risco de DIC de cerca de 6% com o aumento de 1 ponto no índice DietaMed. Este efeito benéfico foi devido principalmente à composição global do padrão alimentar, sem outras alterações do estilo de vida. A nova pirâmide da DM é o resultado de um consenso internacional, está baseada nas mais recentes evidências científicas sobre nutrição e saúde e fornece elementos chave para a seleção quantitativa e qualitativa de comida. A nova pirâmide da DM destina-se à utilização e promoção sem quaisquer restrições e as recomendações nutricionais baseadas no padrão da DM podem prevenir patologias crónicas, em especial se as recomendações dietéticas tiverem em consideração as preferências individuais, assegurando deste modo uma adesão a longo-prazo.

A nova pirâmide da Dieta Mediterrânica

Os países mediterrânicos partilham um número de factores geográficos e climáticos que favorecem esta rede cultural comum e de produtos agrícolas. A Dieta Mediterrânica (MD) é caracterizada pelo predomínio de produtos agrícolas (frutas, vegetais, cereais, frutos secos oleaginosos e legumes) e pelo consumo de azeite como a principal fonte de gordura alimentar; o consumo frequente mas moderado de vinho durante as refeições, o consumo de peixe fresco, o consumo moderado de lacticínios (sobretudo queijo e iogurte magros), carne de aves e ovos e um baixo consumo em frequência e quantidade de carne vermelha e de produtos de salsicharia. Este saudável padrão da Dieta Mediterrânica tradicional tem sido popularizado através da sua representação em pirâmide,

The dietary pattern defined by MedDiet pyramid ratios allows food preparing tasty and fresh dishes with low in saturated and trans fats, and also provides an optimal nutritional quality due to the presence of

The Mediterranean Diet is recognized as one of the healthiest diets in the world

healthy fats from olive oil, nuts and fish as well as complex carbohydrates, micronutrients, antioxidants, non-nutritive factors and furthermore by its fiber abundant, varied plant-based with sufficient protein intake of both plant and animal origin. The MedDiet pyramid also empathize the proper ratio between the main nutrients, low density energy and low glycemic index meals.

By taking into consideration that the MedDiet is not just a dietary pattern but also represents a lifestyle, there should be also included certain cultural elements of the process of food selection, processing and consumption (such as the preference of **fresh, local, eco-friendly** and **seasonal** foods), **moderation** in the portion sizes, **socialization** and **culinary activities** during meals (*conviviality*), regular **physical activity**, **adequate rest** as *siesta*, and a whole way of life that is part of the cultural heritage of the countries of the Mediterranean basin. The *Mediterranean Diet Foundation* together with the *Forum on Mediterranean Food Cultures* promoted dialogue among international experts and launched the process of gathering scientific opinion in order to develop a consensus on a new revised MedDiet pyramid representation⁵. So the MedDiet Pyramid has been updated in the light of modernity and well-being, also integrating the various cultural and religious traditions and different

que realça graficamente os alimentos a serem consumidos diária ou semanalmente, ou menos frequentemente. Várias pirâmides da Dieta Mediterrânica têm sido elaboradas para a populações da Grécia¹, de Espanha², da Itália³ e dos EUA⁴ de forma adaptada aos diferentes costumes alimentares.

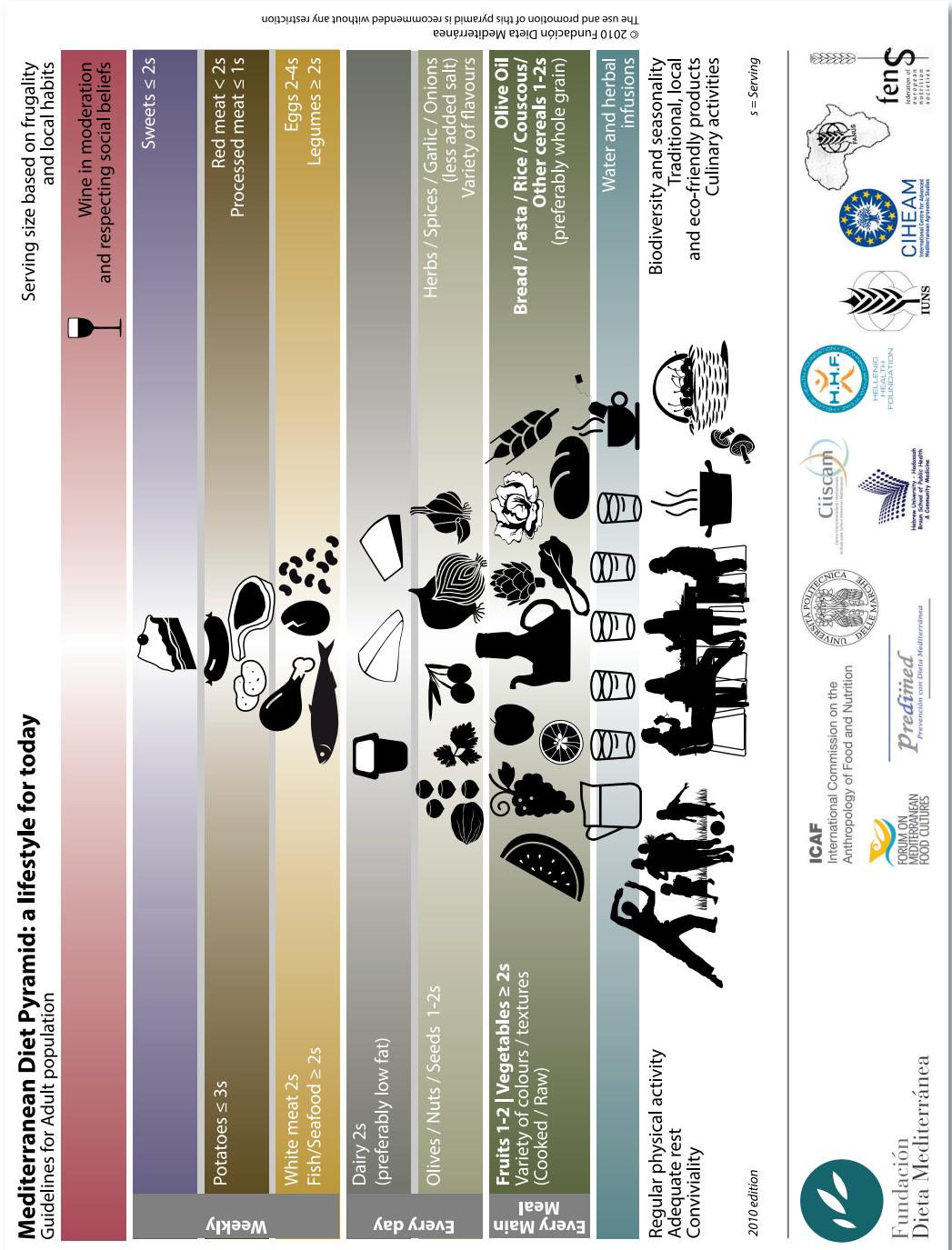
O padrão alimentar definido pelas proporções da pirâmide da DM permite a preparação de pratos com comida fresca e saborosa, com baixo teor de gordura saturada e trans, e providencia também uma ótima qualidade nutricional devido à presença de gorduras saudáveis provenientes do azeite, dos frutos secos oleaginosos e do peixe, bem como de hidratos de carbono complexos, de micronutrientes, de anti-oxidantes, de factores não-nutritivos e ainda, devido à sua abundância em produtos vegetais ricos em fibras, um consumo suficiente de proteína de origem vegetal e animal. A pirâmide da DM realça também a proporção adequada entre os principais nutrientes e os alimentos de baixa densidade energética e de baixo índice glicémico nas refeições.

Ao ter em consideração que a DM não é apenas um padrão alimentar mas também um estilo de vida, devem ser também incluídos certos elementos culturais no processo de selecção de alimentos, processamento e consumo (tal como a preferência por alimentos **frescos, de proximidade, amigos do ambiente e da estação**),

A DM é reconhecida como uma das dietas mais saudáveis do mundo

moderação no tamanho das porções, **socialização** e **actividades culinárias** durante as refeições (**convivialidade**), **actividade física** regular, **repouso adequado** como a sesta e todo um modo de

Figure 1
The New Mediterranean Diet Pyramid



national identities. The new pyramid of the Modern MedDiet, addressed to individuals from 18 to 65 years of age, takes the evolution of society into consideration, highlights the fundamental importance of engaging in physical activity and conviviality and of drinking water, and lays emphasis on the consumption of local seasonal food products^{6,7}. As seen on **Figure 1**, the new pyramid, without any copyright, follows the previous pattern: at the base, foods that should sustain the diet, and at the upper levels, foods to be eaten in moderate amounts. Furthermore, qualitative elements concerning social and cultural features of the Mediterranean lifestyle are also incorporated, which can be adapted to the current

The new MedDiet pyramid is the result of an international consensus, is based on the latest scientific evidences on nutrition and health

needs of the Mediterranean people with respect to all local variants of the MedDiet.

On November 16 2010, UNESCO approved the inscription of the MedDiet in the List of the Intangible Cultural Heritage of Humankind summarizing it as follows: "The Mediterranean Diet constitutes a set of skills, knowledge, practices and traditions ranging from the landscape to the table, including the crops, harvesting, fishing, conservation, processing, preparation and, particularly, consumption of food. The Mediterranean Diet is characterized by a nutritional model that has remained constant over time and space, consisting mainly of olive oil, cereals, fresh or dried fruit and vegetables, a moderate amount of fish, dairy and meat, and many condiments and spices, all accompanied by

vida que faz parte da herança cultural dos países da bacia mediterrânea. A *Fundacion Dieta Mediterranea* juntamente com o *Forum on Mediterranean Food Cultures* promoveu o diálogo entre peritos internacionais e iniciou o processo de reunir a opinião científica no sentido de desenvolver um consenso sobre a representação de uma nova e revista pirâmide da DM⁵. A Pirâmide da DM foi deste modo actualizada à luz da modernidade e do bem-estar, integrando também as várias tradições culturais e religiosas e as diferentes identidades nacionais. A nova pirâmide da DM, dirigida a indivíduos entre os 18 e os 65 anos de idade, tem em consideração a evolução da sociedade, realça a importância fundamental da actividade física, do convívio, de beber água e dá ênfase ao consumo de alimentos locais sazonais^{6,7}. Conforme representado na Figura 1, a nova pirâmide, sem quaisquer restrições de *copyright*, segue a tipologia anterior: na base, os alimentos que devem ser a base da dieta e nos níveis superiores, os alimentos que devem ser ingeridos apenas em quantidades moderadas. Além disso, elementos qualitativos referentes a aspectos sociais e culturais do estilo de vida mediterrânico são também incorporados, podendo ser adaptados às necessidades actuais dos povos mediterrânicos tendo em atenção todas as variantes locais da DM.

Em 16 de Novembro de 2010, a UNESCO aprovou a inscrição da DM na Lista do Património Imaterial Cultural da Humanidade, resumindo-a da seguinte forma: «A Dieta Mediterrânea envolve um conjunto de saberes-fazer, conhecimentos, práticas e tradições variando desde a paisagem à mesa, incluindo as colheitas, a ceifa, a pesca, a conservação, o processamento, a preparação e, em particular, o consumo de comida. A Dieta Mediterrânea é caracterizada por um modelo nutricional que permaneceu constante ao longo do tempo e do espaço, composto principalmente por azeite, cereais, fruta fresca ou seca e vegetais, um consumo moderado de peixe, de lacticínios e de carne vermelha e muitos condimentos e temperos, tudo acompanhado por vinho ou infusões,

wine or infusions, always respecting the beliefs of each community”⁸. So following the inscription of the MedDiet in UNESCO’s List, the new revised Mediterranean pyramid aims to popularize the concept and to emphasize its applicability to present day lifestyles in order to counteract the current dramatic decline in the healthy MedDiet pattern throughout the Mediterranean area⁶.

Reasons for the possible shift away from the Mediterranean Diet Pattern

Nowadays, the consumer perception in Mediterranean population, especially among young generations, could be a negative factor that affects the dietary pattern. For instance, some of the foods that compose MedDiet, such as bread or olive oil, have historically been labeled as “fattening” whereas fruits, fish and vegetables have been rejected especially alluding to its unpleasant taste. Thus, paradoxically, while in the Nordic countries and elsewhere are adopting some aspects of MedDiet pattern, in Mediterranean populations, especially in Mediterranean Europe, are gradually moving away from the MedDiet pattern^{9, 10, 11}. This is translated in a “westernization” of the society characterized by breaking with traditional dietary habits and prioritization of pre-cooked foods, the increase of snacking and calorically dense eating high fat foods and sugars, the less dedication to the culinary activities and the loss of the transmission of culture culinary, incorporating the influence of advertising on food selection, the tendency to a reduction in the contribution of the household budget to food, the abundant and varied restaurants of fast food with satisfying food, attractive and very affordable economically, and the increasing the size of the portions of some foods.

Besides, given the strong influence of the economic constraint to food choices, and that a healthy food is thought to be expensive, it has created certain speculations. However, fresh season of MedDiet are not expensive and many dry foods like legumes are really affordable. On the other hand, the European and global context also determines the external situation of the MedDiet.

respeitando sempre as crenças de cada comunidade»⁸. Assim seguindo a inscrição da DM na lista da UNESCO, a nova pirâmide mediterrânica visa popularizar o conceito e realçar a sua aplicabilidade para os atuais estilos de vida diários no sentido de contrariar o atual declínio dramático do padrão da saudável DM ao longo da área mediterrânica⁶.

Razões para o possível afastamento do Padrão da Dieta Mediterrânica

Hoje em dia nas populações mediterrânicas, a perceção dos consumidores, especialmente dos jovens, pode constituir um fator negativo que afeta o padrão alimentar. Por exemplo, alguns dos alimentos que compõem a DM, tais como o pão ou o azeite, têm

A nova pirâmide DM
 é o resultado de um consenso
 internacional, está baseada
 nas mais recentes evidências
 científicas sobre nutrição e saúde

sido rotulados de «obesogénicos» enquanto a fruta, o peixe e os vegetais têm sido rejeitados alegando sobretudo o seu gosto desagradável. Assim, paradoxalmente, enquanto os países nórdicos e outros lugares estão a adoptar alguns aspectos do padrão da MD, as populações mediterrânicas, especialmente as da Europa mediterrânica, estão gradualmente a afastar-se do padrão da MD⁹⁻¹¹. Este facto traduz-se numa «ocidentalização» da sociedade caracterizada pela quebra dos hábitos dietéticos tradicionais e pela preferência por alimentos pré-cozinhados, pelo aumento dos *snacks* e de alimentos que sendo ricos em gordura e açúcares têm alta densidade calórica, menor dedicação às actividades culinárias e a perda de transmissão da cultura culinária, a incorporação da

Aid policies aimed at agriculture, infrastructure, and legislative framework for labor and immigration, etc., have a direct impact on the availability of food. In this context, it is important to remark that the MedDiet pattern represents lower environmental footprints than the larger extent Western dietary pattern, due to the greater emphasis on plant-derived products over the animal products^{xii}. Changes in eating pattern, such as increased consumption of plant foods and reducing product of animal origin reduces the use of natural resources such as water and agricultural area, power consumption to some extent and emissions of greenhouse gases. In addition, the consumption of local products and season favors the energy savings in the transport and storage of Mediterranean landscapes. These strengths should be added that the MedDiet is adapted to each Mediterranean tastes and customs, and to use food produced in own country, since the dependence foreign market is low¹² The MedDiet is recognized as one of the healthiest diets in the world and has been acknowledged by the FAO as an example of a sustainable diet^{13, 14}. Seasonality, biodiversity, eco-friendliness, and traditional and local food products are highlighted in MedDiet pattern being compatible with the development of a sustainable diet model for present and future Mediterranean generations.

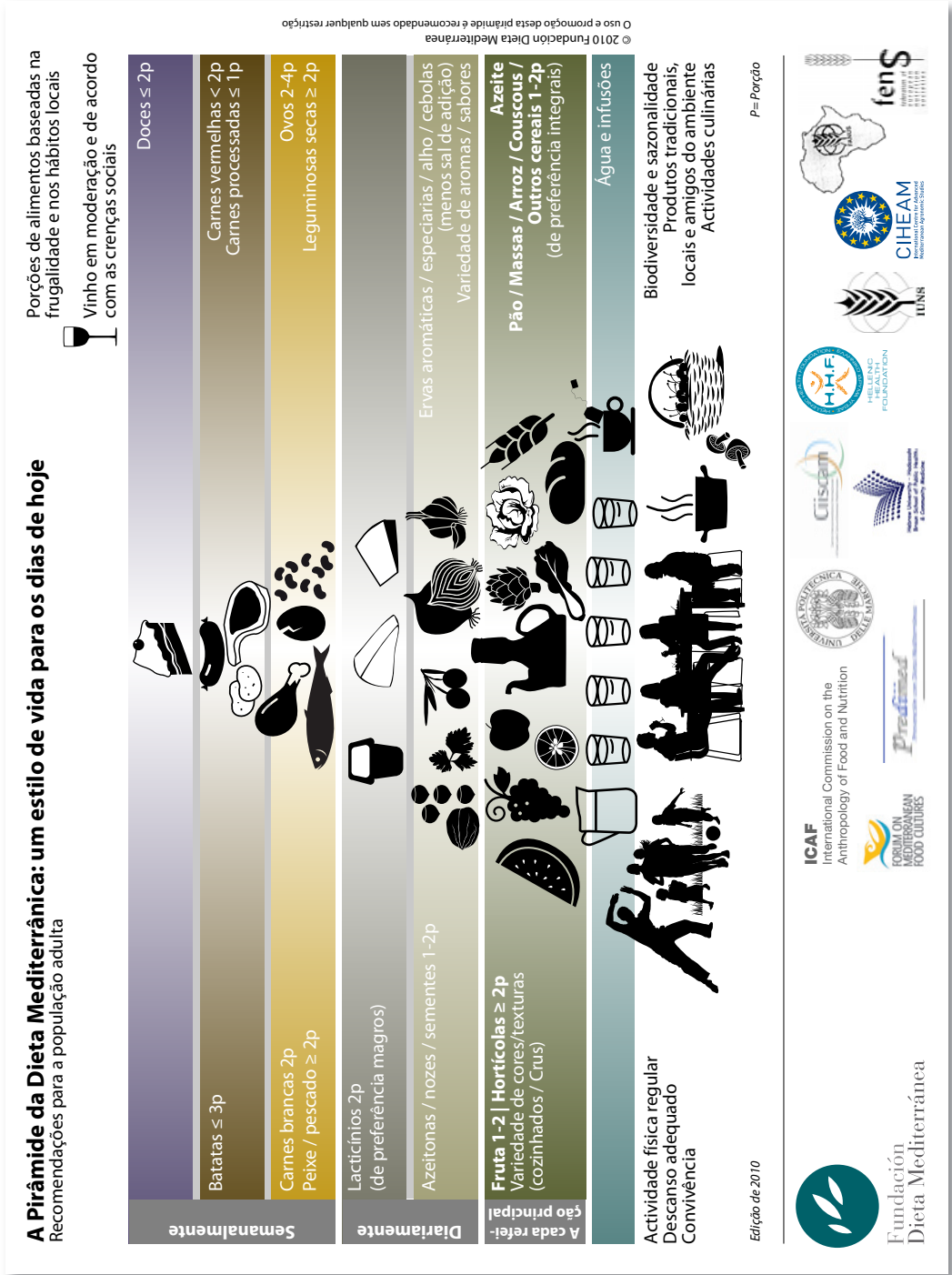
However, the MedDiet lifestyle practice in the Mediterranean is diminishing and the typical eating habits of the Mediterranean populations have been progressively enriched with high-protein foods, saturated fats and sugars to the point where intake now exceeds the necessary intake levels. We are thus living in an age of “apparent well-being”, where the increase in life expectancy runs parallel to the increase in the risk of diseases such as obesity, Metabolic Syndrome (MetS), Cardiovascular Disease (CVDs) and cancer. In this context, the debate on the MedDiet dietary pattern for chronic diseases prevention is continuous¹⁵.

publicidade na selecção de comida, a tendência para uma redução da contribuição para a comida no orçamento familiar, a abundância e a variedade de restaurantes de *fast food* com comida apazível, economicamente atractiva e acessível e o aumento das porções de alguns alimentos.

Além disso, dada a forte influência do constrangimento económico às escolhas alimentares e do facto de a comida saudável ser considerada cara, foram criadas algumas especulações. No entanto, os produtos frescos da estação que fazem parte da DM não são caros e muitos alimentos secos como alguns legumes são realmente acessíveis. Por outro lado, o contexto europeu e global determina também a situação externa da MD. Políticas de ajuda visando a agricultura, as infra-estruturas e o quadro legislativo para mão-de-obra e imigração, etc. têm um impacto directo na disponibilidade da comida. Neste contexto, é importante realçar que o padrão da DM tem uma pegada ambiental menor do que o padrão dietético ocidental mais difundido, devido a uma maior ênfase nos produtos derivados das plantas em relação aos produtos de origem animal¹². Mudanças no padrão alimentar, como o aumento do consumo de alimentos de origem vegetal e redução de produtos de origem animal diminui o uso de recursos naturais como a água, a área agrícola, em certa medida o consumo de energia e as emissões de gases com efeito de estufa. Além do mais, o consumo de produtos locais e da estação favorece a poupança de energia em transportes e armazenamento nas zonas mediterrânicas. Estas vantagens acrescentam-se ao facto de que a DM é adaptada aos costumes e paladares específicos do Mediterrâneo, ao uso dos produtos próprios de cada país, sendo baixa a dependência dos mercados externos¹². A DM é reconhecida como uma das dietas mais saudáveis do mundo e foi reconhecida pela FAO como um exemplo de alimentação sustentável^{13,14}. Sazonalidade, biodiversidade, amiga do ambiente e produtos alimentares locais e tradicionais são características destacadas no padrão alimentar mediterrânico como sendo

Figura 1

A Nova Pirâmide da Dieta Mediterrânica



Diet-related chronic diseases: an overview of cardiovascular disease case

The present-day lifestyle is characterized by a wide availability of food and an ever increasing rate of physical inactivity leading to a situation of apparent psycho-physical well-being, which, however, often does not correspond with the real state of health. According to the World Health Organization (WHO), the cardiovascular diseases (CVDs) are the cause of three in ten deaths, accounting nearly 17 million deaths worldwide, mainly by heart attacks and strokes. Nowadays, CVDs are estimated to be the leading cause of death in developed countries and it will be also in developing countries. Low- and middle-income countries are more exposed to CVD risk factors, and their populations have less access to preventive efforts than people in high-income countries. Thus, CVD affect these countries disproportionately: over 80% of CVD deaths occur in low - and middle-income countries¹⁶.

It is well-known that central obesity and visceral adiposity tissue dysfunction lead to

**It is observed a reduction
on the risk of CHD of about 6%
with 1 point increase
in the MedDiet score**

diabetes mellitus and CVD by involving high insulin levels, through increased peripheral insulin resistance. This clustering of vascular risk factors: insulin resistance, visceral or abdominal obesity and dyslipidaemia and high blood pressure shape the Metabolic Syndrome (MetS)^{17, 18}. These metabolic disturbances have an impact not only on glucose metabolism and cardiovascular dysfunction; but also on gout, inflammation and predispose pancreatic tissue to pre-diabetes or dia-

compatíveis com o desenvolvimento de um modelo alimentar sustentável para as gerações mediterrânicas, presentes e futuras.

No entanto a prática de um estilo de vida mediterrânico está a diminuir no Mediterrâneo e os hábitos alimentares tradicionais destas populações têm sido progressivamente enriquecidos com alimentos de alto teor de proteínas, de gorduras saturadas e de açúcares, ao ponto de a ingestão exceder as necessidades. Estamos assim a viver numa era de «bem-estar aparente», em que o aumento da esperança de vida corre paralelamente com o aumento do risco de doenças tais como a obesidade, a Síndrome Metabólica (SMet), as doenças cardiovasculares (DCV) e as neoplasias. Neste contexto, o debate sobre o padrão alimentar mediterrânico para a prevenção das doenças crónicas continua¹⁵.

Doenças crónicas relacionadas com a dieta: uma síntese do caso cardiovascular

O estilo de vida atual é caracterizado por uma grande disponibilidade de alimentos e um aumento sempre crescente de inatividade física levando a uma situação de bem-estar psicossocial aparente, que, no entanto, geralmente não corresponde a um verdadeiro estado de saúde. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), as doenças cardiovasculares (DCV) causam 3 em cada 10 mortes, contabilizando cerca de 17 milhões de mortes no mundo por ano, principalmente por acidentes vasculares cerebrais. Hoje em dia estima-se que as DCV são a principal causa de morte nos países desenvolvidos e virão também a ser nos países em vias de desenvolvimento. Países de baixo e médio rendimento estão mais expostos aos fatores de risco cardiovascular e as suas populações têm menos acesso a ações preventivas do que as pessoas de países de elevado rendimento. Assim, as DCV afetam estes países de uma forma desproporcional: mais de 80% das mortes por DCV ocorrem nos países de baixo e médio rendimento¹⁶.

betes¹⁹. Management of obesity, diabetes mellitus, high blood pressure and prevention of CVD should be aimed at reducing overall risk in a holistic approach.

Moreover, it is estimated that 80% of premature deaths caused by heart attacks and strokes could be avoided by controlling the main modifiable CVD risk factors, as smoking, high blood pressure, dyslipidemia, diabetes mellitus and obesity/overweight. These risks factors could be modifiable by improving our lifestyles, which is just focusing our efforts on eating habits and physical activity.

Diet is an important determinant of atherosclerotic CVD based; excesses of the habits diets are associated with the leading causes of death. So it should be considered the introduction of therapeutic measures based on dietary changes aimed to correcting all these factors. There is evidence on the effectiveness of the board carried out by trained personnel²⁰ and showing that dietary factors may influence atherogenesis directly or through effects on traditional risk factors such as lipid levels, blood pressure, or glucose levels²¹. Large current recommendations highlight the importance of dietary counselling in clinical practice. Even through the MedDiet is a diet with high fat intake, that fat sources are derived primarily from monounsaturated oils, thus the European Society of Cardiology-European Association for the Study of Diabetes group (ESC/EASD) develops in their last guideline of diabetes mellitus, pre-diabetes, and CVDs²², based on PREDIMED study evidence, that MedDiet is an acceptable alternative to the traditionally proposed DASH diets which are mostly prescribed in clinical practice today.

The scientific evidence of the Mediterranean Diet health benefits

There is substantial evidence that diet plays an important role on the etiology of chronic diseases. Several epidemiological studies highlight increased longevity and reduced morbidity in Mediterranean countries compared with the Northern Europe or USA²³. This has been attributed to the traditional MedDiet which

É do conhecimento comum que a obesidade central e a adiposidade visceral levam a diabetes *mellitus* e DCV através da elevação dos níveis de insulina por aumento da resistência periférica à insulina. Esta congregação de fatores de risco – resistência à insulina, gordura abdominal ou visceral, dislipidemia e hipertensão arterial moldam a síndrome metabólica (SMet)^{17,18}. Estas alterações metabólicas têm impacto não só no metabolismo glucídico e disfunção cardiovascular, como também em situações como gota e inflamação, e predisõem o tecido pancreático para a pré-diabetes ou diabetes¹⁹. A abordagem da obesidade, diabetes *mellitus*, hipertensão arterial e prevenção das DCV deve ser orientada para a redução global de risco numa perspetiva holística.

Além do mais estima-se que 80% das mortes prematuras causadas por acidentes cardio e cerebrovasculares podiam ser evitados com o controlo dos principais fatores de risco modificáveis, como o tabaco, hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes *mellitus* e obesidade/excesso de peso. Estes fatores de

**Com o aumento de 1 ponto
no índice MedDiet
é observada uma redução
no risco de DIC de cerca de 6%.**

risco podem ser modificados com a melhoria dos nossos estilos de vida, que consta simplesmente em focalizar os nossos esforços nos hábitos alimentares e na atividade física.

A dieta é um importante determinante das DCV de base aterosclerótica; excessos alimentares habituais estão associados com as principais causas de morte. Por isso deve ser considerada a introdução de medidas terapêuticas baseadas em modificações dieté-

has long been reported as a prudent dietary pattern for non-communicable disease prevention^{24,25,26,27,28} and as model of healthy eating for its relation with preserving a good health status and quality of life^{29,30} through their favorable effects on lipoprotein levels, endothe-

The MedDiet lifestyle practice in the Mediterranean is diminishing

lium vasodilatation, insulin resistance, metabolic syndrome, antioxidant capacity, myocardial and cardiovascular mortality³⁰.

On the basis of this knowledge, scientists constructed methodological tools as dietary pattern indexes or scores to measure the adherence to the traditional MedDiet by scoring positively those mostly consumed beneficial foods, and negatively the foods less consumed and more typical of the western pattern^{31,32}. This methodology enabled comparative studies among different population samples.

The level and quality of the scientific evidence around the effects of the MedDiet has exponentially risen in the last decades. Based on relevant prospective epidemiological studies and some clinical or community trials, the scientific community has established different areas to group the effect of a good adherence to a traditional MedDiet, being one of these main areas the risk of coronary heart disease (CHD) and cardiovascular diseases (CVDs).

Indeed, numerous recent epidemiological surveys were conducted in various countries and confirmed that good adherence to a MedDiet is systematically associated with a markedly reduced risk of these chronic diseases. All these studies take into account and measure physical activity of the participants but any of them make an active intervention controlling about this variable. Out the reviewed cohort studies about primary preven-

tics com o propósito de corrigir todos estes fatores. Existe evidência da efetividade de ações conduzidas por profissionais treinado²⁰ que demonstram que os fatores dietéticos podem afetar a aterogênese diretamente ou através de efeitos sobre os fatores de risco tradicionais como os níveis lipídicos, a pressão arterial ou a glicemia²¹. As recomendações atuais salientam a importância do aconselhamento nutricional na prática clínica. Apesar da DM ter um elevado teor lipídico, as fontes de gordura derivam principalmente de óleos vegetais monoinsaturados. Por essa razão a Sociedade Europeia de Cardiologia /Associação Europeia para o Estudo da Diabetes (ESC/EASD) admite nas suas últimas recomendações para a diabetes *mellitus*, pré-diabetes e DCV²², com base na evidência obtida através do estudo PREDIMED, que a DM é uma alternativa aceitável à habitual Dieta DASH que é a mais prescrita na prática clínica atual.

Evidência científica dos benefícios para a saúde da Dieta Mediterrânica

Existe considerável evidência de que a dieta tem um importante papel na etiologia das doenças crônicas. Vários estudos epidemiológicos salientam o aumento da longevidade e a redução da morbilidade nos países mediterrânicos quando comparados com os do Norte da Europa ou com os Estados Unidos da América²³. Tal tem sido atribuído à tradicional DM que desde há bastante tempo tem sido considerada como uma dieta adequada para a prevenção de doenças não transmissíveis²⁴⁻²⁸ e como um modelo de alimentação saudável pela sua relação com a preservação de um bom estado de saúde e de qualidade de vida²⁹⁻³⁰, através dos seus efeitos favoráveis nos níveis de lipoproteínas, vasodilatação endotelial, resistência à insulina, síndrome metabólica e propriedades anti-oxidantes, com efeitos no miocárdio e na mortalidade cardiovascular²⁹.

Com base neste conhecimento, cientistas elaboraram instrumentos metodológicos como índices de padrão alimentar ou *scores*

tion of CVD, MedDiet adherence was associated with a lower risk of coronary heart disease (CHD) on a large Spanish cohort of the EPIC study^{33,34,35}. This MedDiet association has been assessed during a median of ten years following period. It is found that higher quintile of adherence to MedDiet decreases the risk of a CHD events (Q2 0.77 [95% CI 0.61-0.98]-Q4 0.56 [95% CI 0.43-0.73])^{35,36} found that with 2 point increase score, CHD events decrease HR 0.74 (95% CI 0.55-0.99). The longest follow-up period was conducted in the Italian cohort study by Menotti et al.³⁶ where individuals with a higher adherence to MedDiet showed a protective effect versus the occurrence of fatal CHD events at 20 and 40 years (CHD mortality reduction of 26% and 22%, respectively). Also Tripochoulou et al.³² (from the Greek cohort of the EPIC study) reported that MedDiet was associated with a significant reduction in mortality due to CHD: HR 0.67 (95% CI 0.47-0.94). Moreover an inverse association with greater adherence to a MedDiet was observed for all-causes mortality 0.77 (95% CI 0.68-0.88) and cause-specific death as CHD 0.61 (95% CI 0.43-0.88) and CVD 0.71 (95% CI 0.58-0.88)³⁷, lower risk of stroke RR 0.87 (95% CI 0.73-1.02) and lower risk of CHD RR 0.71 (95% CI 0.62-0.82)³⁸; and other vascular events, as myocardial infarction and vascular death³⁹. Further, with 1 point increase in the MedDiet score⁴⁰ it is observed a reduction on the risk of CHD of about 6%.^{41,42}

The nutritional recommendations should be based in large scale randomized intervention studies in which clinically relevant endpoints are evaluated. The **PREDIMED trial** (www.predimed.es) is the first and largest randomized trial to assess the effect of a nutritional intervention using the consumption of key components of the MedDiet, such as monounsaturated fatty acids (MUFA), extra-virgin olive oil (EVOO) or nuts, in the primary prevention of cardiovascular events as the principal outcome⁴³. The PREDIMED study is a parallel group, multi-center, randomized, single-blinded trial aimed at as-

para medir a adesão à DM tradicional, pontuando positivamente os alimentos benéficos mais consumidos e negativamente os alimentos menos consumidos e mais típicos do padrão alimentar ocidental³¹⁻³². Esta metodologia possibilitou a realização de estudos comparativos entre amostras de diferentes populações.

O nível e a qualidade da evidência científica sobre os efeitos da DM têm crescido exponencialmente nas últimas décadas. Baseada em relevantes estudos epidemiológicos prospectivos e em alguns ensaios clínicos e na comunidade, a comunidade científica estabeleceu diferentes áreas para agrupar os efeitos de uma boa adesão à DM tradicional, sendo o risco de doença coronária e de DCV uma das principais.

Com efeito, numerosos estudos epidemiológicos recentes foram conduzidos em diversos países e confirmaram que uma boa adesão à DM está sistematicamente associada a uma marcada redução do risco dessas doenças crônicas. Todos estes estudos têm em consideração e medem a atividade física dos participantes, mas alguns deles incluem uma intervenção ativa com controlo dessa variável. Da revisão dos estudos de coorte sobre a prevenção primária das DCV, a adesão à DM esteve associada a um risco inferior de doença coronária numa grande coorte espanhola do estudo EPIC³³⁻³⁵. Esta

A prática de um estilo de vida mediterrânico está a diminuir no Mediterrâneo

associação com a DM foi avaliada durante dez anos (mediana) de seguimento. Verificou-se que o quintil mais elevado de adesão à DM diminui o risco de eventos coronários e Martínez-González³⁴ verificou que com o aumento de 2 pontos no *score* de adesão os

sessing the effects on the risk of major cardiovascular events of two intensive behavioral counseling and nutrition education interventions (MedDiet+EVOO and MedDiet+nuts) in comparison with a control group, whose participants do not receive education on the MedDiet, but are given advice on how to follow a low-fat diet. All participants are free of CVD at baseline. They will be followed-up for clinical outcomes during a median time of four years by the primary care attention. The primary endpoint will be a set outcome of cardiovascular events, as cardiovascular death, myocardial infarction, coronary revascularization procedures, and ischemic stroke. As secondary variables, the preventive efficacy of the MedDiet will also be assessed on all-cause mortality and incidence of diabetes mellitus, cancer, dementia and other neurodegenerative diseases.

Results from the PREDIMED trial pointed out that the MedDiet, especially rich in extra-virgin olive oil, is associated with higher levels of plasma antioxidant capacity⁴⁴. Regarding cardiovascular events, also found that after 5 years of intervention, among persons at high cardiovascular risk, a MedDiet (with no restriction on calories) supplemented with extra-virgin olive oil or mix nuts reduced the incidence of major cardiovascular events⁴⁴ suggesting a higher protective effect against cardiovascular risk factors with a MedDiet compared to a low-fat diet, with the added strength of higher compliance among the followers of the MedDiet^{47, 45}.

Although the beneficial effects on cardiovascular health of MedDiet, there are discrepancies among nutrition experts because of the high-fat content of MedDiets (up to >40% of total energy intake), which is in conflict with the usual recommendation to follow a low-fat diet in order to avoid overweight/obesity and to prevent CHD^{46,47,48}. On the other hand, it is remarkable the higher palatability, acceptance and compliance with MedDiets in comparison with low-fat diets⁴⁹.

The PREDIMED findings will be extended in the **PREDIMED plus** trial (www.predimedplus.com), which will investigate the ben-

eventos coronários diminuem OR 0,74 (95% IC 0,55-0,99). O período de seguimento mais longo foi conduzido no estudo de coorte italiano por Menotti et al.³⁶, onde os indivíduos com uma adesão maior à DM mostraram um efeito protetor em relação à ocorrência de eventos isquêmicos cardíacos fatais passados 20 e 40 anos (redução da mortalidade por doença coronária em 26% e 22% respectivamente). Também Triposchoulou et al.³¹ (do coorte grego do Estudo EPIC) relataram que a DM esteve associada com uma redução significativa da mortalidade devida a DIC: OR 0,67 (95% IC 0,47-0,94). Além do mais uma associação inversa com a forte adesão à DM foi verificada para a mortalidade de todas as causas OR 0,77 (95% IC 0,68-0,88) e morte de causa específica por DIC OR 0,61 (95% IC 0,43-0,88) e DCV OR 0,71 (95% IC 0,58-0,88)³⁷, menor risco de AVC RR 0,87 (95% IC 0,73-1,02), menor risco de DIC RR 0,71 (95% IC 0,62-0,82)³⁸ e de outros eventos vasculares, como enfarte de miocárdio e morte vascular. Foi calculado que com o aumento de 1 ponto no índice *MedDiet*⁴⁰ é observada uma redução no risco de DIC de cerca de 6%^{41,42}.

As recomendações nutricionais devem ser baseadas em estudos aleatorizados de grande escala nos quais sejam avaliados *end-points* clinicamente relevantes. O ensaio PREDIMED (www.predimed.es) é o primeiro e o maior ensaio clínico aleatorizado para estudar o efeito de uma intervenção nutricional com consumo de componentes chave da DM, tais como ácidos gordos monoinsaturados (MUFA), azeite extra-virgem (AEV) ou frutos secos oleaginosos (FSO), em prevenção primária, tendo como *outcome* principal os eventos cardiovasculares⁴³. O estudo PREDIMED é um ensaio clínico cego, aleatorizado, multicêntrico, com grupos paralelos, que tem por objectivo avaliar os efeitos no risco de eventos cardiovasculares major de duas intervenções intensivas de aconselhamento comportamental e de educação alimentar (DM+AEV e DM+FSO) em comparação com um grupo controlo, cujos participantes

efits of a calorie-restricted MedDiet together with goals for weight loss and physical activity in reducing the risks of cardiovascular events.

Conclusions

The traditional Mediterranean Diet (Med-Diet) is the heritage of millennia of exchanges among the people and cultures of the Mediterranean Basin. It is a complex system of shared knowledge relating to health, food, cultures and people, and formed the basis of eating habits throughout the Mediterranean region. Although MedDiet has been acknowledged by UNESCO as an intangible cultural heritage of humankind and by the FAO as an example of a sustainable diet, it is being progressively eroded. Nowadays there is a shift in dietary habits from a traditional MedDiet to industrial food, which could explain in part the nutritional and metabolic disorders reported in part of the Mediterranean region's population. Unhealthy eating practices include high consumption of saturated fats and refined carbohydrates, low consumption of fiber, and sedentary behavior. In contrast, the MedDiet is an extremely healthy, economically affordable and environmentally sustainable food model, especially among Mediterranean countries that have a higher availability of the MedDiet products. The MedDiet pyramid today arises from having international consensus into account all the scientific evidence in the field of nutrition and health, as well as the current lifestyle and environmental threats of the food model current. The healthy food model of the Med-Diet and its related scientific knowledge has been increased exponentially from the early 1960s to the present time, with the biggest and best scientific evidence of its related quality of life and the prevention of chronic diseases, as cardiovascular diseases. In this global context of diseases and also thanks to scientific advances, preventive medicine is not only the future but a very real present today and preventive medicine goes through promoting a better lifestyle. Also the current economic context, health management and

não receberam educação sobre DM, mas a quem foi ensinado como seguir uma dieta hipolipídica. Nenhum dos participantes tem DCV no início do estudo. O seguimento por médicos de cuidados primários ao longo de um período com mediana de 4 anos, incide sobre a ocorrência de eventos clínicos. Os *end-points* primários são um conjunto de eventos cardiovasculares, tais como morte cardiovascular, enfarte de miocárdio, revascularização miocárdica e acidente vascular cerebral. Como variáveis secundárias também são avaliadas a eficácia preventiva da DM sobre a mortalidade por qualquer causa e da incidência de diabetes *mellitus*, neoplasias, demência e outras doenças neurodegenerativas.

Resultados do ensaio PREDIMED indicaram que a DM, especialmente rica em azeite extra-virgem, está associada com níveis mais elevados de capacidade antioxidante plasmática⁴⁴. Em relação aos eventos cardiovasculares também verificaram que após 5 anos de intervenção, nas pessoas com risco cardiovascular elevado, a DM (sem restrição calórica) suplementada com azeite extra-virgem ou uma mistura de oleaginosas, reduziu os eventos cardiovasculares *major*⁴³, sugerindo um efeito protetor dos fatores de risco cardiovascular mais elevado na DM do que numa dieta hipolipídica, com vantagem adicional para os seguidores da DM que apresentam maior adesão⁴⁵.

Apesar dos efeitos benéficos da DM na saúde cardiovascular, existem divergências entre especialistas em nutrição em relação ao alto teor em gordura das DM (até 40% do valor calórico total), o que está em conflito com as recomendações habituais em seguir uma dieta hipolipídica para evitar o excesso de peso/obesidade e para prevenir a DIC⁴⁶⁻⁴⁸. Por outro lado, é assinalável a melhor palatabilidade, aceitação e adesão às DM em comparação com as Dietas hipolipídicas⁴⁹.

Os achados do PREDIMED vão ser alargados ao ensaio **PREDIMED plus** (www.predimedplus.com), que vai investigar os benefícios de uma DM com restrição calórica conjuntamente com objetivos de

cost-benefit ratio variables are particularly relevant to the health policies and clinical protocols, as well different action guidelines. Thus, the MedDiet should be seen not only as a prudent dietary pattern for non-communicable disease prevention and as model of healthy eating, but also as a model of a Mediterranean lifestyle of well-being in which food, health, culture, people and sustainability all interact with country-specific and culturally appropriate versions for each Mediterranean country.

The growing incidence of chronic pathologies, such as cardiovascular diseases (CVDs), requires the development of new activities in the preventive medicine context to reduce its prevalence. Most of the risks factors of CVD are believed to be preventable through healthy lifestyles including a salutary dietary pattern. The health benefits associated with the adherence to the Mediterranean Diet (MedDiet) are supported by large epidemiological studies published in peer-reviewed scientific journals during last decades. For instance, several reviewed cohort studies about primary prevention of CVD with large populations going from 2339 to 22043 people pointed to a protective effect of adherence to MedDiet with CHD events reductions of 30-40%. Further, it is observed a reduction on the risk of CHD of about 6% with 1 point increase in the MedDiet score. These beneficial effect was mainly due to the overall composition of the dietary pattern, without other lifestyle changes. The new MedDiet pyramid is the result of an international consensus, is based on the latest scientific evidences on nutrition and health, and provides key elements for the quantitative and qualitative selection of foods. The new MedDiet pyramid is meant for use and promotion without any restrictions and the nutritional recommendations based on a MedDiet pattern may lead to the prevention of chronic pathologies, especially if dietary recommendations take into account individual preferences, thus assuring long-time adherence.

emagrecimento e de atividade física na redução do risco de eventos cardiovasculares.

Conclusões

A Dieta Mediterrânica (DM) tradicional é o património de intercâmbios milenares entre gentes e culturas da bacia Mediterrânica. É um complexo sistema de conhecimentos partilhados relacionados com a saúde, alimentos, culturas e pessoas, e formou a base dos hábitos alimentares na região Mediterrânica. Embora a DM tenha sido reconhecida pela UNESCO como Património Imaterial Cultural da Humanidade, e pela FAO como um exemplo de dieta sustentável, tem sido progressivamente abandonada. Atualmente há uma transição dos hábitos alimentares da DM tradicional para a industrialização da alimentação, o que pode em parte explicar as doenças metabólicas e nutricionais relatadas na população de determinadas regiões Mediterrânicas. Práticas alimentares pouco saudáveis incluem elevado consumo de gorduras saturadas e hidratos de carbono refinados, baixo consumo de fibras e comportamento sedentário. Pelo contrário, a DM é um modelo alimentar extremamente saudável, económico e ambientalmente sustentável, especialmente nos países mediterrânicos que tem uma maior disponibilidade de produtos da DM. A atual pirâmide da DM surgiu a partir do consenso internacional sobre toda a evidência científica disponível no campo da saúde e da nutrição, bem como das ameaças sobre o estilo de vida e ambiente do padrão alimentar atual. O conhecimento científico relacionado com o saudável padrão alimentar mediterrânico tem aumentado exponencialmente desde o início da década de sessenta, sendo a maior e melhor evidência científica relacionada com a qualidade de vida e a prevenção das doenças crónicas, nomeadamente as doenças cardiovasculares. Neste contexto global de doenças e também graças aos avanços científicos, a medicina preventiva já não é apenas o futuro mas uma realidade presente e avança na promoção de um melhor

estilo de vida. Também o panorama econômico atual, gestão dos recursos de saúde e variáveis de relação custo benefício são particularmente relevantes para as políticas de saúde e protocolos clínicos, bem como para diferentes recomendações práticas. Assim a DM deve ser vista não só como um padrão alimentar prudente para a prevenção de doenças não transmissíveis e um modelo de alimentação saudável, mas também como um modelo de estilo de vida Mediterrânico para o bem-estar, no qual a comida, a saúde, a cultura, as pessoas e a sustentabilidade, todos interagem com diferentes especificidades culturais e próprias de cada região, com versões apropriadas para cada país mediterrânico.

O aumento crescente da incidência de patologias crônicas, nomeadamente das doenças cardiovasculares, requerem o desenvolvimento de novas atividades no contexto da medicina preventiva para reduzir a sua prevalência. Pensa-se que a maior parte dos fatores de risco de DCV são evitáveis através de estilos de vida saudáveis incluindo um padrão alimentar saudável. Os benefícios de saúde associados com a adesão à Dieta Mediterrânica são apoiados por

grandes estudos epidemiológicos publicados em revistas científicas com revisão por pares realizados nas últimas décadas. Por exemplo, vários estudos de coorte sobre a prevenção primária das DCV com grandes populações de 2339 a 22043 pessoas indicam um efeito protetor da adesão à DM com redução de eventos coronários de 30-40%. Além do mais observou-se uma redução do risco de DIC de cerca de 6% com cada ponto de aumento no índice MedDiet. Este efeito benéfico foi devido sobretudo à composição global deste padrão alimentar, sem outras alterações do estilo de vida. A nova pirâmide da DM é o resultado de um consenso internacional, está baseada nas mais recentes evidências no campo da nutrição e da saúde e dá orientações para a seleção quantitativa e qualitativa de alimentos.

A nova pirâmide da Dieta Mediterrânica foi elaborada para utilização e promoção sem qualquer restrição e as recomendações nutricionais baseadas no padrão da DM podem conduzir à prevenção de patologias crônicas, especialmente se as recomendações alimentares tiverem em conta as preferências individuais, assegurando assim adesão a longo prazo.

References / Bibliografia

1. Supreme Scientific Health Council, Ministry of Health and Welfare of Greece, Dietary Guidelines for Adults in Greece, Archives of Hellenic Medicine 1999, 16, 516-524.
2. Aranceta J and Serra-Majem L. Dietary Guidelines for the Spanish population. Public Health Nutrition 2001, 4 (6A), 1403-1408.
3. Ministero della Salute-Gruppo di Lavoro, Elaborazione del tipo di dieta verso cui indirizzare il cittadino consigliando le opportune variazioni, D.M. 1er September 2003, Rome, 2004.
4. Willett WC, Sacks F, Trichopoulou A, Drescher G, Ferro-Luzzi A, Helsing E, Trichopoulou D. Mediterranean Diet Pyramid: A Cultural Model for Healthy Eating. American Journal of Clinical Nutrition 1995, 61 (suppl. 6), 1402S-1406S.
5. CIISCAM, The Mediterranean Diet : A Model of Sustainable Diet, Parma, 3rd CIISCAM International Conference, 2009, (www.ciiscam.org/203/28/products/3rd_ciisca_international_conference.html) Connor WE, Connor SL. Should a low-fat, high-carbohydrate diet be recommended for everyone? The case for a low-fat, high-carbohydrate diet. N Engl J Med. 1997; 337:562-3
6. Bach-Faig A, Berry EM, Lairon D, Reguant J, et al. Mediterranean Diet Pyramid Today. Science and Cultural Updates. Public Health Nutrition 2011 14 (12A), 2274-2284.
7. Serra-Majem L, Bach-Faig A, Raidó-Quintana B. Nutritional and cultural aspects of the Mediterranean Diet. Int. J. Vitam. Nutr. Res. 2012, 82(3), 157-162.

8. UNESCO, Representative List of the Intangible Cultural Heritage of Humanity, 2010 (www.unesco.org/culture/ich/index.php?lg=en&pg=00011&RL=00394).
9. Serra-Majem L, Helsing E. Changing Patterns of Fat Intake in Mediterranean Countries, *European Journal of Clinical Nutrition* 1993, 47 (suppl. 1).
10. Ferro-Luzzi A, Sette S. The Mediterranean Diet: an attempt to define its present and past composition. *Eur J Clin Nutr.* 1989; 43 Suppl 2:13-29.
11. Da Silva R, Bach-Faig A, Raido Quintana B, Buckland G, Vaz de Almeida MD, Serra-Majem L. World-wide Variation of Adherence to the Mediterranean Diet, in 1961-1965 and 2000-2003. *Public Health Nutrition* 2009 12 (9A), 1676-1684.
12. Sáez-Almendros, S.; Obrador, B.; Bach-Faig, A.; Serra-Majem, L. Environmental footprints of Mediterranean versus Western dietary patterns: beyond the health benefits of the Mediterranean diet. *Environmental Health* 2013, 12, 118.
13. FAO, International Symposium on Biodiversity and Sustainable Diets, Rome, FAO, 2010.
14. Burlingame B, Dernini S. Sustainable Diets: the Mediterranean Diet as an Example. *Public Health Nutrition* 2011, 14 (12A), 2285-2287.
15. UAlg, Dieta Mediterrânica : Estilos de Vida, Alimentação e Saúde. Algarve, 1 Ciclo de Seminários. Universidade do Algarve, 2013.
16. World Health Organization Media Centre (WHO). Cardiovascular diseases. [WWW document]. URL <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/cardiovascular-diseases/cardiovascular-diseases2> (accessed January 2014)
17. Grundy SM. Hypertriglyceridemia, atherogenic dyslipidemia, and the metabolic syndrome. *Am J Cardiol* 1998, 81:18-25B.
18. Grundy SM. Hypertriglyceridemia, insulin resistance, and the metabolic syndrome. *Am J Cardiol* 1999, 83:25-9F.
19. Gideon R. Hajer, Timon W. van Haeften, and Frank L.J. Visseren. Adipose tissue dysfunction in obesity, diabetes, and vascular diseases. *European Heart Journal* 2008, 29, 2959-2971.
20. SEMFYC guidelines. Guía de Prevención Cardiovascular en Atención Primaria. Grupo de Trabajo de Prevención Cardiovascular. http://www.semfyce.es/pfw_files/ema/Informacion/modulo/documentos/cardio.pdf
21. ESC/EASD Guidelines for the management of dyslipidaemias. *Eur Heart J*, 2011, 32, 1769-1818
22. ESC/EASD Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD. *Eur Heart J*, 2013, 34 (39): 3035-3087.
23. Keys, A; Menotti, A; Karvonen, M.J; Aravanis, C; et al. The diet and 15-year death rate in the seven countries study. *Am J Epidemiol* 1986, 124, 903-915.
24. Serra-Majem, L.; Roman, B.; Estruch, R. Scientific evidence of interventions using the Mediterranean diet: a systematic review. *Nutr Rev* 2006, 64, S27-47.
25. Sofi, F.; Cesari, F.; Abbate, R.; Gensini, G.F.; Casini, A. Adherence to Mediterranean diet and health status: meta-analysis. *BMJ* 2008, 337, a1344.
26. Martinez-Gonzalez, M.A; Bes-Rastrollo, M; Serra-Majem, L.; Lairon, D.; Estruch, R.; Trichopoulou, A. Mediterranean food pattern and the primary prevention of chronic disease: recent developments. *Nutr Rev* 2009, 67, S111-6.
27. Mente A, de Koning L, Shannon HS, Anand SS. A systematic review of the evidence supporting a causal link between dietary factors and coronary heart diseases. *Arch Intern Med* 2009; 169, 659-669.
28. Sofi, F.; Abbate, R.; Gensini, G.F.; Casini, A. Accruing evidence on benefits of adherence to the Mediterranean diet on health: an updated systematic review and meta-analysis. *Am J Clin Nutr* 2010, 92(5), 1189-96.
29. Serra-Majem, L.; Roman, B.; Estruch, R. Scientific evidence of interventions using the Mediterranean diet: a systematic review. *Nutr Rev* 2006, 64, S27-47.
30. Martinez-Gonzalez, M.A; Bes-Rastrollo, M; Serra-Majem, L.; Lairon, D.; Estruch, R.; Trichopoulou, A. Mediterranean food pattern and the primary prevention of chronic disease: recent developments. *Nutr Rev* 2009, 67, S111-6.
31. Trichopoulou A, Costacou T, Bamia C, Trichopoulos D. Adherence to a Mediterranean diet and survival in a Greek population. *N Engl J Med* 2003. 348, 2599-2608.
32. Bach A, Serra-Majem L, Carrasco JL, Roman B, Ngo J, Bertomeu I, Obrador B. The use of indexes evaluating the adherence to the Mediterranean diet in epidemiological studies: a review. *Public Health Nutr.* 2006. 9, 132-146.

33. Buckland, G.; González, C.A.; Agudo, A.; Vilardell, M.; Berenguer, A.; Amiano, P.; et al. Adherence to the Mediterranean diet and risk of coronary heart disease in the Spanish EPIC Cohort Study. *Am J Epidemiol.* 2009, 170(12), 1518-1529.
34. Martínez-González, M.A.; García-López, M.; Bes-Rastrollo, M.; et al. Mediterranean diet and the incidence of cardiovascular disease: a Spanish cohort. *Nutr Metab Cardiovasc Dis* 2011, 21(4), 237-244.
35. Guallar-Castillón, P.; Rodríguez-Artalejo, F.; Tormo, M.J.; Sánchez, M.J.; Rodríguez, L.; et al. Major dietary patterns and risk of coronary heart disease in middle-aged persons from a Mediterranean country: the EPIC-Spain cohort study. *Nutr Metab Cardiovasc Dis.* 2012, 22(3), 192-199.
36. Menotti, A.; Alberti-Fidanza, A.; Fidanza, F. The association of the Mediterranean Adequacy Index with fatal coronary events in an Italian middle-aged male population followed for 40 years. *Nutr Metab Cardiovasc Dis.* 2012, 22(4), 369-375.
37. Knoops, K.T.; de Groot, L.C.; Kromhout, D.; Perin, A.E.; Moreiras-Varela, O.; Menotti, A.; van Staveren, W.A. Mediterranean diet, lifestyle factors, and 10-year mortality in elderly European men and women: the HALE project. *JAMA* 2004, 292(12), 1433-1439.
38. Fung, T.T.; Rexrode, K.M.; Mantzoros, C.S.; Manson, J.E.; Willett, W.C.; Hu, F.B. Mediterranean diet and incidence of and mortality from coronary heart disease and stroke in women. *Circulation* 2009, 119, 1093-1100.
39. Gardener, H.; Wright, C.B.; Gu, Y.; Demmer, R.T.; Boden-Albala, B.; Elkind, M.S.; Sacco, R.L.; Scarmeas, N. Mediterranean-style diet and risk of ischemic stroke, myocardial infarction, and vascular death: the Northern Manhattan Study. *Am J Clin Nutr.* 2011, 94(6), 1458-1464.
40. Trichopoulou A, Kourisblazos A, Wahlqvist ML, et al. Diet and Overall Survival in Elderly People. *British Medical Journal.* Dec 2 1995;311(7018):1457-1460.
41. Buckland, G.; González, C.A.; Agudo, A.; Vilardell, M.; Berenguer, A.; Amiano, P.; et al. Adherence to the Mediterranean diet and risk of coronary heart disease in the Spanish EPIC Cohort Study. *Am J Epidemiol.* 2009, 170(12), 1518-1529.
42. Gardener, H.; Wright, C.B.; Gu, Y.; Demmer, R.T.; Boden-Albala, B.; Elkind, M.S.; Sacco, R.L.; Scarmeas, N. Mediterranean-style diet and risk of ischemic stroke, myocardial infarction, and vascular death: the Northern Manhattan Study. *Am J Clin Nutr.* 2011, 94(6), 1458-1464.
43. Estruch, R.; Ros, E.; Salas-Salvadó, J.; Covas, M.I.; Corella, D.; Arós, F.; et al. Primary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet. *N Engl J Med.* 2013, 368(14), 1279-1290.
44. Razquin C, Martinez JA, Martinez-Gonzalez MA, Mitjavila MT, Estruch R and Marti A. A 3 years follow-up of a Mediterranean diet rich in virgin olive oil is associated with high plasma antioxidant capacity and reduced body weight gain. *Eur J Clin Nutr* 2009.63,1387-1393.
45. Estruch R, Martinez-Gonzales MA, Corella D, Salas-Salvado J, Ruiz-Gutierrez V, Covas MI et al. PREDIMED Study Investigators. Effects of a Mediterranean-style diet on cardiovascular risk factors: a randomized trial. *Ann Intern Med* 2006. 45, 1-11.
46. Connor WE, Connor SL. Should a low-fat, high-carbohydrate diet be recommended for everyone? The case for a low-fat, high-carbohydrate diet. *N Engl J Med.* 1997;337:562-3
47. Jequier E, Bray GA. Low-fat diets are preferred? *Am J Med* 2002. 113(9B):41S-46S
48. Ferro-Luzzi A, James WPT, Kafatos A. The high-fat Greek diet: a recipe for all? *Eur J Clin Nutr* 2002. 56:796-809
49. McManus K, Antinoro L, Sacks F. A randomized controlled trial of a moderate-fat, low-energy diet compared with a low fat, low-energy diet for weight loss in overweight adults. *Int J Obes* 2001. 25:1503-11.



- 1 Lisa Afonso
- 2 Andreia Oliveira
- 3 Teresa Moreira

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal
Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto, Porto, Portugal

Índices de adesão ao padrão alimentar mediterrânico – a base metodológica para estudar a sua relação com a saúde

Palavras-chave: Dieta Mediterrânica, Índice de adesão; Padrão alimentar

Resumo

A maioria do conhecimento científico usado como evidência para as recomendações alimentares que hoje conhecemos baseia-se no efeito de determinados alimentos ou nutrientes isolados na saúde. Contudo, é no equilíbrio da quantidade e qualidade de alimentos e nutrientes ingeridos que reside o benefício da alimentação, pelo que é fundamental considerar o seu efeito cumulativo e de interação. Na Europa, a adesão ao Padrão Alimentar Mediterrânico tem sido amplamente estudado e, para compreender em que medida as práticas dos indivíduos se aproximam daquilo que as recomendações preconizam, uma abordagem *a priori* tem sido utilizada: os componentes da alimentação são classificados e ponderados e daí resulta uma pontuação que reflete a sua qualidade global, facilmente entendida pelos consumidores e profissionais de saúde. O índice original de adesão ao Padrão Alimentar Mediterrânico foi publicado no ano de 1995 na Grécia e dele derivam diversas versões (aqui sumariamente apresentadas e descritas), criadas para avaliar a sua aplicação em grupos populacionais distintos. Destaca-se o instrumento PREDIMED, desenvolvido em Espanha com o objetivo de testar a eficácia da Dieta Mediterrânica na prevenção primária da doença cardiovascular, pela sua praticidade de utilização em contexto clínico.

Padrão alimentar mediterrânico: origem e abordagens metodológicas para o seu estudo

Historicamente, em estudos epidemiológicos, na sua maioria de natureza observacional, a alimentação de populações do Mediterrâneo teve especial destaque pela constatação de que os adultos residentes na proximidade do mar Mediterrâneo apresentavam menor incidência de doenças crónicas, vivendo por mais anos, com mais saúde¹. O estudo do impacto da Dieta Mediterrânica na saúde das populações teve a sua origem no trabalho desenvolvido por Ancel Keys, iniciado em 1952 e que pretendeu compreender as reduzidas taxas de doença cardiovascular nesta região². Keys descreveu este tipo de alimentação como «não muito calórica, baseada em produtos frescos, locais e sazonais» e sublinhou a importância de dela retirar algumas práticas para promover ganhos em saúde: «restringir o consumo de gordura saturada, promover o consumo de gordura de origem vegetal (como o azeite) tendo o cuidado que não ultrapasse os 30% do consumo energético diário, favorecer o consumo de vegetais, fruta e laticínios com baixo teor em gordura e reduzir o consumo de açúcares simples e sal¹⁻³».

Assim, é na combinação de um conjunto de práticas que reside o benefício da Dieta Mediterrânica e estudar o seu impacto na

saúde deve significar muito mais do que a análise do efeito de um nutriente ou alimento isolados. No entanto, a maioria do conhecimento científico usado como evidência para as recomendações alimentares que hoje conhecemos teve por base os efeitos que determinados alimentos ou nutrientes isolados apresentam na saúde e muitas destas recomendações são frequentemente interpretadas isoladamente. Embora esta abordagem clássica tenha produzido conhecimento científico importante, ela apresenta limitações conceptuais e metodológicas óbvias⁴⁻⁶, centradas essencialmente no facto do efeito da ingestão conjunta de um grupo de alimentos ou nutrientes poder não corresponder à soma da sua ação isolada, dado o seu efeito sinérgico e de interação. Adicionalmente, o efeito de um determinado nutriente pode ser demasiado pequeno para ser detetado por si só ou ainda atenuado ou modificado pelos restantes componentes da alimentação.

Por estes motivos o estudo dos padrões alimentares, como o da Dieta Mediterrânica, tem sido amplamente utilizado, dado que permite avaliar o efeito cumulativo de vários alimentos, nutrientes e mesmo práticas alimentares na prevenção ou tratamento de di-

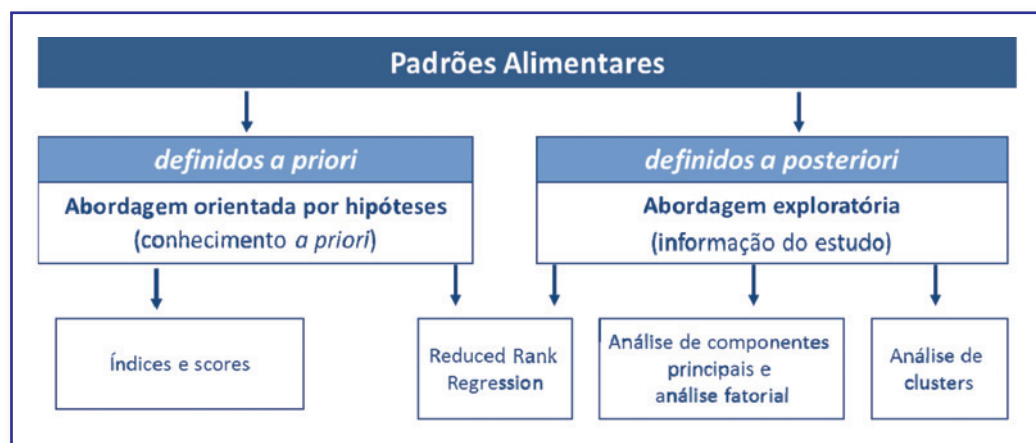
versas doenças, como a doença coronária e o acidente vascular cerebral, para as quais sabemos que múltiplos componentes alimentares contribuam⁴.

Duas abordagens têm sido utilizadas para definir padrões alimentares, em estudos observacionais (Figura 1): 1) abordagem orientada por hipóteses (também designada de *a priori*) que produz uma pontuação com base na adesão ao consumo de vários itens alimentares e/ou nutricionais, selecionados de acordo com evidência científica prévia; 2) abordagem exploratória (também designada de *a posteriori*), que define padrões puramente empíricos, com base em técnicas estatísticas como a análise fatorial, a análise de componentes principais ou de *clusters*⁵. A primeira abordagem, utilizada quando definimos um Padrão Alimentar Mediterrânico, permite uma visão holística da alimentação, sendo também um método de fácil reprodutibilidade, comparabilidade, interpretação e tradução para o público em geral⁴⁻⁵⁻⁷. Mais concretamente, um padrão alimentar *a priori* ou índice resulta num valor que representa o nível de adesão às recomendações alimentares e/ou reflete a qualidade global da alimentação, tornando-se mais facil-

Figura 1

Diferentes abordagens metodológicas para definir Padrões Alimentares.

O Padrão Alimentar Mediterrânico enquadra-se na abordagem orientada por hipóteses.



Traduzido e adaptado de Schulze et al. *The british journal of nutrition* 2006; 95:860-869

mente entendido pelos consumidores, profissionais de saúde e mesmo decisores políticos⁸.

Padrão alimentar mediterrânico: definição e versões descritas na literatura

Existem vários padrões alimentares definidos *a priori* descritos na literatura (Figura 2). Estes têm essencialmente o objetivo de investigar a adesão a padrões alimentares específicos ou avaliar a associação da alimentação com resultados em saúde ou risco de mortalidade⁹.

Essencialmente na Europa, o Padrão Alimentar Mediterrânico é o mais amplamente utilizado e foi originalmente criado para ava-

liar o grau de adesão à Dieta Mediterrânica na Grécia¹⁰. O índice original, publicado no ano de 1995, reúne 8 componentes: 1) elevada razão de gordura monoinsaturada/saturada; 2) consumo moderado de bebidas alcoólicas; 3) consumo elevado de leguminosas, 4) de cereais (incluindo pão e batata), 5) de fruta e 6) de vegetais; 7) consumo baixo de carne e produtos cárneos e 8) consumo moderado de leite e produtos lácteos. Para a sua operacionalização é necessário avaliar previamente o consumo de alimentos e nutrientes e posteriormente é atribuída uma pontuação de 0 ou 1, de acordo com a ingestão diária dos oito componentes (1 se o consumo dos componentes característicos da Dieta Mediterrânica for superior à mediana

Figura 2

Exemplos de alguns padrões alimentares a priori descritos na literatura.

Europa
Mediterranean Diet Score (MDS) Mediterranean Adequacy Index (MAI) Mediterranean dietary pattern Mediterranean-like diet score (MLDS) Mediterranean-Dietary Quality Index (Med-DQI) Mediterranean Diet Quality Index in children and adolescents (KIDMED) Mediterranean Diet Adherence Screener (MEDAS) Italian Mediterranean Index (IMI)
Healthy Diet Indicator (HDI) Healthy Food Index (HFI)

Estados Unidos
Diet Quality Index (DQI) Diet Quality Index Revised (DQI-R) Diet Quality Index-International (DQI-I) Healthy Eating Index (HEI) and Alternate Healthy Eating Index (AHEI) Recommended Food Score (RFS) Dietary Variety Score Food Group Score and Serving Score Comprehensive Healthy Dietary Pattern
Alternate Mediterranean Diet Score (aMDS) Mediterranean Style Dietary Pattern Score (MSDPS) Mediterranean Score (MS)

Quadro 1

Descrição de vários padrões alimentares mediterrânicos descritos na literatura.

Designação	Primeiro autor (país, ano e referência)	Componentes alimentares e/ou nutricionais incluídos na definição do índice
Mediterranean Diet Score (MDS)	Trichopoulou (Grécia 1995 ¹¹)	8 componentes: razão ácidos gordos monoinsaturados/saturados, leguminosas, cereais, fruta e oleaginosas, hortícolas, carne e produtos cárneos, lacticínios e álcool. <i>A partir desta versão, outros índices foram criados com pequenas variações</i> ^{12,13-15}
Mediterranean Adequacy Index (MAI)	Alberti-Fidanza (Itália 1999 ¹⁶)	4 componentes: alimentos ricos em hidratos de carbono (pão, cereais, leguminosas secas, batatas), alimentos protetores (hortícolas, leguminosas frescas, fruta, peixe, bebidas alcoólicas como vinho tinto, óleos vegetais), alimentos de origem animal (leite, queijo, carne, ovo, gorduras animais e margarinas), doces (bebidas açucaradas, bolos, tartes, bolachas, açúcar).
Mediterranean-Dietary Quality Index (Med-DQI)	Gerber (França 2000 ¹⁷)	7 componentes: ácidos gordos saturados, colesterol, carnes, azeite, peixe, cereais e hortofrutícolas.
Mediterranean dietary pattern (Case-control study in Navarra, Spain)	Martínez-González (Espanha 2002 ¹⁸)	8 componentes: azeite, fibra, fruta, hortícolas, peixe e álcool (considerados protetores); carne/produtos cárneos e itens com elevada carga glicémica (pão, massa e arroz).
Mediterranean dietary pattern (Spanish EPIC cohort)	González (Espanha 2002 ¹⁹)	9 componentes: vegetais, fruta, leguminosas, cereais, carne vermelha, peixe, azeite, leite e derivados e vinho.
Mediterranean dietary pattern (Prospective cohort study in Navarra, Spain)	Sánchez-Villegas (Espanha 2002 ²⁰)	9 componentes: leguminosas, cereais (incluindo pão e batatas), fruta, hortícolas, carne, leite (incluindo produtos lácteos), álcool, razão ácidos gordos monoinsaturados/saturados e ácidos gordos trans.
Mediterranean Score (MS)	Goulet (Canadá 2003 ²¹)	11 componentes da pirâmide Mediterrânica: cereais, fruta, hortícolas, leguminosas/frutos gordos/sementes, azeite, produtos lácteos, peixe, aves, ovos, doces e carne vermelha/carne processada.
Mediterranean Diet Score (ATTICA study)	Chrysohoou e Panagiotakos (Grécia 2004 ²²)	11 componentes: produtos lácteos, peixe, fruta e oleaginosas, carne vermelha e produtos cárneos, cereais não refinados, batatas, aves, leguminosas, hortícolas, doces, vinho.
Mediterranean Diet Quality Index in children and adolescents (KIDMED)	Serra-Majem (Espanha 2004 ²³)	16 componentes: consumo diário de fruta ou sumo de fruta, quantidade de fruta, consumo diário de hortícolas, quantidade hortícolas frescos ou no prato, peixe, ida a restaurantes fast-food, gostar de leguminosas, massas/arroz, cereais ou pão ao pequeno-almoço; oleaginosas, uso de azeite, toma de pequeno-almoço diariamente, consumo de lacticínios ao pequeno-almoço, consumo de produtos de confeitaria ao pequeno-almoço, iogurtes/queijo, guloseimas.
Alternate Mediterranean Diet Score (aMDS)	Fung (Estados Unidos da América 2005 ²⁴)	9 componentes: razão ácidos gordos monoinsaturados/saturados, leguminosas, cereais integrais, fruta, oleaginosas, hortícolas, peixe, carne e produtos cárneos e álcool.

Designação (cont.)	Primeiro autor (país, ano e referência) (cont.)	Componentes alimentares e/ou nutricionais incluídos na definição do índice (cont.)
Mediterranean Style Dietary Pattern Score (MSDPS)	Rumawas (Estados Unidos da América 2009 ²⁵)	13 componentes da pirâmide Mediterrânica: cereais integrais, fruta, hortícolas, lacticínios, vinho, peixe, aves, azeitonas/leguminosas/oleaginosas, batatas, ovos, doces, carne e azeite.
Mediterranean Diet Adherence Screener (MEDAS) – Mediterranean food pattern PREDIMED Study (MeDiet-PREDIMED)	Schroder (Espanha 2011 ²⁶)	14 componentes: uso de azeite na confeção, azeite, hortícolas, fruta, carne vermelha e produtos cárneos, manteiga/margarina/natas, bebidas açucaradas gaseificadas, vinho, leguminosas, pescado/marisco, doces/ bolachas/bolos comerciais, oleaginosas, preferência por carnes brancas, refogados à base de tomate.
Mediterranean-like diet score (MLDS)	Benitez-Arciniega (Espanha 2011 ²⁷)	13 componentes: cereais, fruta, hortícolas, leguminosas, peixe, azeite, oleaginosas, carne, lacticínios e vinho tinto, refrigerantes açucarados e açúcares adicionados, produtos de pastelaria e fast-food.
Italian Mediterranean Index (IMI)	Agnoli (Itália 2011 ²⁸)	11 componentes: massa, hortícolas tipicamente Mediterrânicos como tomates, hortícolas folhosos, cebolas, alho, saladas, fruta, leguminosas, azeite e peixe (considerados tipicamente Mediterrânicos); refrigerantes, manteiga, carne vermelha e batatas (considerados não-Mediterrânicos); consumo de álcool.

Os padrões descritos nesta tabela resultam de uma pesquisa exaustiva, no entanto ressalva-se a possibilidade de existirem padrões não identificados dada a natureza não sistemática da pesquisa levada a cabo.

da população em estudo e o se o consumo for inferior ao consumo mediano da população). Para se obter uma pontuação final, a pontuação obtida para cada componente é somada e no geral uma pontuação final de 4 ou mais (variação possível de 0 a 8) é considerada uma adesão satisfatória ao padrão e a melhores resultados em saúde. A partir deste índice, inúmeras versões de Padrão Alimentar Mediterrânico foram então criadas para avaliar a sua aplicação em grupos populacionais distintos. No Quadro 1 descrevem-se vários Padrões Alimentares Mediterrânicos descritos na literatura.

Alguns padrões são calculados tendo por base informação do consumo alimentar previamente recolhida, não específica para avaliar a Dieta Mediterrânica, ou podem ainda ser obtidos com base em ferramentas específicas, criadas pelos autores para o efeito⁹, como é o caso do instrumento PREDIMED, que aqui destacamos pela sua praticidade de

utilização em contexto clínico. O estudo PREDIMED (PREvenición com DIeta MEDiterránea)²⁹ foi desenvolvido em Espanha com o objetivo de testar a eficácia da Dieta Mediterrânica na prevenção primária da doença cardiovascular e observar o seu efeito a longo prazo em participantes com elevado risco cardiovascular. Os autores desenvolveram um questionário com 14 itens (ver Quadro 2, onde propomos uma tradução do seu conteúdo)³⁰, a partir do qual, de uma forma rápida e prática, se consegue categorizar o indivíduo como tendo uma boa ou fraca adesão à Dieta Mediterrânica. A resposta a cada um dos 14 itens é pontuada com 1 no caso de cumprir os critérios definidos como característicos deste tipo de alimentação (âmbito de variação possível 0-14 pontos). O instrumento está também disponível *online* (versão em inglês)³¹. Quer no sítio eletrónico quer em publicações científicas, os autores consideram uma pontuação final

Quadro 2

Descrição do instrumento PREDIMED.

		Critérios para atribuir 1 ponto
1	Utiliza azeite como principal gordura culinária?	Sim
2	Que quantidade de azeite consome num dia (incluindo uso para fritar, temperar saladas, refeições fora de casa, etc.)?	≥ 4 colheres sopa
3	Quantas porções de produtos hortícolas consome por dia? (1 porção: 200 g; considere acompanhamentos como metade de uma porção)	≥ 2 porções por dia (ou ≥1 porção crua ou em salada)
4	Quantas peças de fruta (incluindo sumos de fruta natural) consome por dia?	≥ 3 por dia
5	Quantas porções de carne vermelha, hambúrguer ou produtos cárneos (presunto, salsicha, etc.) consome por dia? (1 porção: 100-150 g)	< 1 porção por dia
6	Quantas porções de manteiga, margarina, ou natas consome por dia? (1 porção: 12 g)	< 1 porção por dia
7	Quantas bebidas açucaradas ou gaseificadas bebe por dia?	<1 por dia
8	Quantos copos de vinho bebe por semana?	≥ 7 copos por semana
9	Quantas porções de leguminosas consome por semana? (1 porção: 150 g)	≥ 3 por semana
10	Quantas porções de peixe ou marisco consome por semana? (1 porção: 100-150 g de peixe ou 4-5 unidades ou 200 g de marisco)	≥3 por semana
11	Quantas vezes por semana consome produtos de pastelaria ou doces comerciais (não caseiros), como bolos, bolachas, biscoitos?	<3 vezes por semana
12	Quantas porções de oleaginosas (nozes, amêndoas, incluindo amendoins) consome por semana? (1 porção 30 g)	≥ 3 por semana
13	Consome preferencialmente frango, peru ou coelho em vez de vaca, porco, hambúrguer ou salsicha?	Sim
14	Quantas vezes por semana consome hortícolas, massa, arroz ou outros pratos confeccionados com um refogado (molho à base de tomate, cebola, alho-francês ou alho e azeite)?	≥ 2 vezes por semana
BOA ADESÃO À DIETA MEDITERRÂNICA		→ PONTUAÇÃO FINAL ≥ 10

Traduzido e adaptado de Martínez-González M, et al. *Plos One* 2012; 7 (8): e43134. doi:10.1371/journal.pone.0043134.t001

≥10 como representando uma boa adesão à Dieta Mediterrânica. Este instrumento foi previamente validado³², comparando a pontuação final com a informação obtida por um questionário de frequência alimentar. Foram encontradas associações para os diferentes consumos alimentares na mesma direção dos reportados pelo questionário de frequência alimentar e correlações inversas com os níveis de glicose em jejum, razão colesterol total-HDL, triglicérides e o risco estimado a 10 anos de doença coronária, suportando a validade deste instrumento.

Outros índices foram criados com base nas recomendações da Pirâmide da Dieta Mediterrânica^{3,21}, guia desenvolvido em 1994, com o objetivo de traduzir, de uma forma mais intuitiva, a proporção e frequência de consumo dos diferentes grupos alimentares que este padrão preconiza. Várias adaptações têm sido também efetuadas para estudar associações com diferentes doenças em populações mais específicas, como a população infantil. A título de exemplo refere-se o índice KIDMED³³, que surge no âmbito do Enkid Study, em Espanha, e que avalia o grau de adesão ao Padrão Alimentar Mediterrânico por crianças. Variantes para a aplicação deste padrão nos EUA foram também desenvolvidas³⁴, o que reforça o interesse e importância deste Padrão Alimentar a nível mundial.

Bibliografia

1. Nestle M. Mediterranean diets: historical and research overview. *Am J Clin Nutr.* Jun 1995;61(6 Suppl):1313S-1320S.
2. Keys A, Menotti A, Karvonen MJ, et al. The diet and 15-year death rate in the seven countries study. *Am J Epidemiol.* 1986;124:903-915.
3. Willett WC, Sacks F, Trichopoulos A, et al. Mediterranean diet pyramid: a cultural model for healthy eating. *Am J Clin Nutr.* 1995;61(6 Suppl):1402S-1406S.
4. Hu FB. Dietary pattern analysis: a new direction in nutritional epidemiology. *Curr Opin Lipidol.* 2002;13:3-9.
5. Schulze MB, Hoffmann K. Methodological approaches to study dietary patterns in relation to risk of coronary heart disease and stroke. *Br J Nutr.* 2006;95:860-869.
6. Willett WC. *Nutritional Epidemiology.* 2nd ed. New York: Oxford University 1998.
7. Kant AK. Dietary patterns and health outcomes. *J Am Diet Assoc.* 2004;104:615-635.
8. Lazarou C, Newby PK. Use of dietary indexes among children in developed countries. *Advances in nutrition (Bethesda, Md.).* Jul 2011;2(4):295-303.
9. Bach A, Serra-Majem L, Carrasco JL, et al. The use of indexes evaluating the adherence to the Mediterranean diet in epidemiological studies: a review. *Public Health Nutr.* 2006;9:132-146.
10. Trichopoulos A, Kouris-Blazos A, Wahlqvist ML, et al. Diet and overall survival in elderly people. *BMJ (Clinical research ed.).* 1995;311:1457-1460.
11. Trichopoulos A, Kourisblazos A, Wahlqvist ML, et al. Diet and Overall Survival in Elderly People. *BMJ.* 1995;311:1457-1460.
12. Trichopoulos A, Grp E-EPS. Modified Mediterranean diet and survival: EPIC-elderly prospective cohort study. *BMJ.* 30 2005;330:991-995.
13. Buckland G, Gonzalez CA, Agudo A, et al. Adherence to the Mediterranean Diet and Risk of Coronary Heart Disease in the Spanish EPIC Cohort Study. *Am J Epidemiol.* 2009;170:1518-1529.
14. Schroder H, Marrugat J, Vila J, et al. Adherence to the traditional Mediterranean diet is inversely associated with body mass index and obesity in a Spanish population. *J Nutr.* 2004;134:3355-3361.

15. Sanchez-Villegas A, Bes-Rastrollo M, Martinez-Gonzalez MA, et al. Adherence to a Mediterranean dietary pattern and weight gain in a follow-up study: the SUN cohort. *Int J Obes.* 2006;30:350-358.
16. Alberti-Fidanza A, Fidanza F, Chiuchiu MP, et al. Dietary studies on two rural Italian population groups of the Seven Countries Study. 3. Trend Of food and nutrient intake from 1960 to 1991. *Eur J Clin Nutr.* 1999;53:854-860.
17. Gerber MJ, Scali JD, Michaud A, et al. Profiles of a healthful diet and its relationship to biomarkers in a population sample from Mediterranean southern France. *J Am Diet Assoc.* 2000;100:1164-1171.
18. Martinez-Gonzalez MA, Fernandez-Jarne E, Serrano-Martinez M, et al. Mediterranean diet and reduction in the risk of a first acute myocardial infarction: an operational healthy dietary score. *Eur J Nutr.* 2002;41:153-160.
19. Gonzalez CA, Argilaga S, Agudo A, et al. Sociodemographic differences in adherence to the Mediterranean dietary pattern in Spanish populations. *Gaceta sanitaria / S.E.S.P.A.S.* May-Jun 2002; 16:214-221.
20. Sanchez-Villegas A, Martinez JA, De Irala J, et al. Determinants of the adherence to an "a priori" defined Mediterranean dietary pattern. *Eur J Nutr.* 2002;41:249-257.
21. Goulet J, Lamarche B, Nadeau G, et al. Effect of a nutritional intervention promoting the Mediterranean food pattern on plasma lipids, lipoproteins and body weight in healthy French-Canadian women. *Atherosclerosis.* 2003;170:115-124.
22. Chrysohoou C, Panagiotakos DB, Pitsavos C, et al. Adherence to the Mediterranean diet attenuates inflammation and coagulation process in healthy adults - The ATTICA study. *J Am Coll Cardiol.* 2004;44:152-158.
23. Serra-Majem L, Ribas L, Ngo J, et al. Food, youth and the Mediterranean diet in Spain. Development of KIDMED, Mediterranean Diet Quality Index in children and adolescents. *Public Health Nutr.* 2004;7:931-935.
24. Fung TT, McCullough ML, Newby PK, et al. Diet-quality scores and plasma concentrations of markers of inflammation and endothelial dysfunction. *Am J Clin Nutr.* 2005;82:163-173.
25. Rumawas ME, Dwyer JT, McKeown NM, et al. The development of the Mediterranean-style dietary pattern score and its application to the American diet in the Framingham Offspring Cohort. *J Nutr.* 2009;139:1150-1156.
26. Schroder H, Fito M, Estruch R, et al. A Short Screener Is Valid for Assessing Mediterranean Diet Adherence among Older Spanish Men and Women. *J Nutr.* 2011;141:1140-1145.
27. Benitez-Arciniega AA, Mendez MA, Baena-Diez JM, et al. Concurrent and construct validity of Mediterranean diet scores as assessed by an FFQ. *Public Health Nutr.* 2011;14:2015-2021.
28. Agnoli C, Krogh V, Gioni S, et al. A priori-defined dietary patterns are associated with reduced risk of stroke in a large Italian cohort. *J Nutr.* 2011;141:1552-1558.
29. Martinez-Gonzalez MA, Corella D, Salas-Salvado J, et al. Cohort profile: design and methods of the PREDIMED study. *Int J Epidemiol.* 2012;41:377-385.
30. Martinez-Gonzalez MA, Garcia-Arellano A, Toledo E, et al. A 14-item Mediterranean diet assessment tool and obesity indexes among high-risk subjects: the PREDIMED trial. *PLoS One.* 2012;7:e43134.
31. Barcelona Uo. Quiz: Do You Have a Mediterranean Diet? 2013; http://www.nytimes.com/interactive/2013/02/26/health/26diet.html?ref=health&_r=1&.
32. Schroder H, Fito M, Estruch R, et al. A short screener is valid for assessing Mediterranean diet adherence among older Spanish men and women. *J Nutr.* 2011;141:1140-1145.
33. Serra-Majem L, Ribas L, Ngo J, et al. Food, youth and the Mediterranean diet in Spain. Development of KIDMED, Mediterranean Diet Quality Index in children and adolescents. *Public Health Nutr.* 2004;7:931-935.
34. Fung TT, Rexrode KM, Mantzoros CS, et al. Mediterranean diet and incidence of and mortality from coronary heart disease and stroke in women. *Circulation.* 2009;119:1093-1100.



Jacinto Gonçalves

Médico Cardiologista
Vice-Presidente da Fundação Portuguesa de Cardiologia
Membro da Comissão da Candidatura Nacional da Dieta Mediterrânica
a Património Cultural Imaterial da UNESCO

Dieta Mediterrânica — das origens à actualidade

Palavras-chave: *Dieta Mediterrânica; Medicina preventiva; Património cultural*

Resumo

No Mediterrâneo floresceram as grandes civilizações da cultura ocidental e as três grandes religiões monoteístas. A geografia moldou o clima e este a agricultura e as gentes. Desenvolveu-se um padrão alimentar e um estilo de vida que provou ser benéfico para a saúde. Na dieta mediterrânica importa realçar o elevado consumo de vegetais e o azeite como principal gordura alimentar. No estilo de vida, a prática regular de exercício físico é fundamental. 51% dos portugueses ainda desconhecem o conceito de dieta mediterrânica. 35% da população inquerida pratica muito pouco ou nenhum exercício físico. Há que alterar esta situação e conseguir que o estilo de vida mediterrânico dê mais saúde a todos os portugueses.

Dieta Mediterrânica

«Medi-terrâneo»: O mar no meio das terras. Se o vale do Rift em Africa foi o berço da humanidade, com a diáspora dos primeiros homens, o Mediterrâneo foi sem dúvida o berço da civilização e da cultura ocidentais.

A partir dos primeiros estabelecimentos no chamado Crescente Fértil no Mediterrâneo Oriental onde hoje estão o Egipto, a Palestina, a Síria e o Iraque, o homem ocupou a pouco a pouco toda a bacia mediterrânica¹. Aqui floresceram as grandes civilizações mediterrânicas, como a minoica, cujo brilho foi

recentemente redescoberto, a egípcia, a grega, a romana, a judaica-cristã.

Aqui nasceram as três grandes religiões monoteístas, precedidas pelo monoteísmo efêmero de Akineton ou Amenofis IV no Egipto.

A vida social estruturava-se com base na vida e na produção agrícolas. Com ciclos semanais, mensais e anuais. Nas feiras semanais ou mensais, trocavam-se os produtos frescos. E o ano era pautado pelos rituais das sementeiras, das colheitas, das vindimas. Para celebrar e agradecer as boas colheitas, havia as festas, as romarias ao mesmo tempo religiosas e profanas. Mas as festas que faziam voltar à terra os parentes afastados, era sempre fartas, ruidosas, alegres. Porque a «Diaita» Mediterrânica, tal como a definiu a UNESCO², não é apenas uma «forma de comer». É muito mais do que isso, «é uma forma de viver», baseada na partilha, na tolerância, na convivência. Ter companhia: ter alguém com quem partilhar o pão. Uma cultura baseada na aceitação do outro...

Fora dos períodos conturbados das cruzadas, das heresias, dos salafitas e da Inquisição, as religiões conviviam pacificamente em toda a bacia mediterrânica. Quando Lisboa foi conquistada na 2.^a cruzada, coexistiam ali e em paz, islamitas, judeus e cristãos de heresia ariana.

«Diaita», uma forma de viver, que forjou homens como Platão, Homero, Adriano, e

Almutamid, o rei poeta de Silves.

Adriano, nascido na Bética, província romana de Hispânia, e depois imperador de Roma, que na sua pergola toscana, pela mão de Marguerite Yourcenar, nos fala de «sementeira de ideias com que a Grécia fecundou o Mundo»³: ideias fecundas como cidadania, república, democracia; ideias como a consciência de si próprio e a consciência do Universo em que estamos mergulhados.

No Mediterrâneo, a geografia moldou o clima. E o clima moldou a agricultura e as gentes. O clima caracteriza-se por invernos húmidos e temperados, e verões secos e quentes. Para além do Mediterrâneo, há quatro zonas no mundo com este tipo de clima, que se localizam entre os 30º e os 45º de latitude norte e sul, na costa ocidental dos continentes, frente a águas relativamente frias. São elas:

- A Califórnia central e meridional na América do Norte;
- A Costa chilena na região de Santiago na América do Sul;

- A região da cidade do Cabo na África do Sul;
- A Austrália sul-ocidental.

Em todas elas crescem a oliveira e a vinha, marcadores deste clima mediterrânico. Mas só na Mediterrânea, houve o cruzar sucessivo de povos e culturas num cadinho que gerou a cultura ocidental. Que criou uma forma de viver, uma «diaita», um estilo de vida, uma maneira de estar com um padrão alimentar.

Baseada na Trilogia de Braudel⁴, o pão, o azeite e o vinho que, desde cedo, foram sacralizados como símbolos nas religiões. O azeite estava na candeia do Sabbath. O azeite é a luz que mostra o caminho nas trevas. O pão e o vinho foram o corpo e o sangue de Cristo.

1. O pão

Quando o homem caçador-recolector conseguiu domesticar as gramíneas selvagens,

O pão fazia-se em casa e era uma tarefa da mulher

cedo se estabeleceu em locais privilegiados, próximos de cursos de água, o que facilitava a cultura dessas gramíneas domesticadas. A aveia, o centeio e o trigo foram progressivamente incorporados na alimentação.

Inicialmente os grãos eram simplesmente mastigados. Depois, foram esmagados e a farinha misturada com água. A massa obtida deixada a repousar umas horas, fermentava,



«crescia» porque se libertava anidrido carbónico no seu interior. E esta massa levedada quando cozida, transformava-se em pão.

Pensa-se que o pão apareceu pela primeira vez na Mesopotâmia por volta de 10 000 anos antes de Cristo (A.C.).

O pão fazia-se em casa e era uma tarefa da mulher. Era no **lar** que estava o fogo, era no lar que se cozia o pão. O lar era o centro e o símbolo da família, pedra angular de toda a estrutura social.

O pão não era apenas um alimento, era o **alimento**, o «sustento que se pedia a Deus: Dai-nos Senhor, o pão nosso para cada dia». Pão nosso para partilhar na família e com os companheiros.

A preparação do pão estava cheia de gestos com significados simbólico-religiosos³ «Amassava-se cerca de uma hora no alguidar de barro até a massa ficar macia e a fazer bolhas. Voltava-se a benzer e recitava-se:

*Em nome de Deus, Primeiramente
São Vicente te acrescente*

*São Mamede te levedo São João te faça
pão...»*

Ainda hoje continua a haver dois grandes tipos de pão: o «ázimo» e o levedado. O pão ázimo ou não levedado foi usado pelo povo judaico na fuga do Egipto, e é também utilizado pelos cristãos no ritual da comemoração da última ceia de Cristo.

O pão levedado, o mais consumido, pode ser de «massa velha» ou de fermento industrial. O pão de massa velha é mais saboroso e obtém-se juntando à massa recém-amassada, um pedaço de amassadura anterior. Encontra-se ainda em muitas variedades de pão oriundas de zonas rurais, como no Alentejo. O pão nas suas inúmeras variedades e transformações era a base da dieta mediterrânica.

2. O azeite

A oliveira é a espécie vegetal que melhor caracteriza o espaço geográfico mediterrânico. É «o espaço até onde chegam as oliveiras». A sua cultura teve um papel essencial na socialização mediterrânica. Tucidade escrevia no século V (A.C.) que «os povos do Mediterrâneo começaram a sair da barbária quando iniciaram o cultivo da oliveira e da vinha».

Em Portugal, o consumo de azeite é de cerca de 7 Kg por pessoa/ano⁶. Países como a Espanha e a Itália, consomem cerca do dobro, a Grécia quase o triplo.

A oliveira era a árvore dos deuses. Trepava nas encostas do Olimpo. Coroava os heróis e os vencedores. Era o símbolo da eternidade.



Em Portugal, foi recentemente datada por investigadores da Universidade de Trás os Montes e Alto Douro uma oliveira em Monzaraz com mais de 2400 anos de idade. Tinha quatro séculos quando o Cristo nasceu.

A oliveira é a espécie vegetal que melhor caracteriza o espaço geográfico mediterrânico

O azeite estava nos «Santos óleos», divinizado, purificador. E foi um ramo de oliveira que a pomba do dilúvio trouxe de volta a Noé. É o símbolo da Paz, do Perdão e da Bênção divina.

3. O vinho

A vinha relacionava-se também pela sua perenidade como a ideia da imortalidade.

No antigo Egipto, o vinho era considerado uma dádiva dos Deuses e estava reservado às classes sociais mais elevadas.

As classes mais baixas tinham apenas acesso a uma bebida aparentada com a cerveja, originada pela fermentação de cereais.

O vinho era usado nos ritos funerários de embalsamento com um simbolismo purificador.

No seu tempo, Hipócrates considerava o vinho essencial para uma dieta saudável. Paracelsus no século XVI afirmava: «O vinho é alimento, remédio ou veneno conforme a dose».

Recentemente foi encontrado no vinho tinto um potente anti-oxidante, o resveratrol, que poderá ser um dos responsáveis pelos efeitos benéficos do vinho.

4. O peixe

Em Portugal, sobretudo nas regiões costeiras e em certas épocas do ano, havia um grande consumo de peixe, sobretudo peixes gordos ou «azuis» como a sardinha, o carapau, a sarda ou a cavala. Com «artes de pesca» mais elaboradas apanhava-se o atum

É o grande consumo de peixe que caracteriza a dieta mediterrânica portuguesa

e o espadarte. É o grande consumo de peixe que caracteriza a dieta mediterrânica portuguesa, comido fresco ou conservado em azeite ou sal.

O padrão alimentar manteve-se estável até a mecanização da agricultura que, na região mediterrânica, só foi iniciada depois da 2.^a guerra mundial.

5. A horta de proximidade e a partilha da água

Os povos islâmicos que tinham invadido a península e nela permaneceram até ao fim do século XV, conhecidos entre nós por mouros dada a sua origem na Mauritânia, tinham desenvolvido tecnologia de localização dos níveis de água subterrânea pelos chamados vedores e a sua captação através de minas ou de poços. A nora, introduzida por este povo era conhecida pelo engenho mourisco. Esta tecnologia foi assinalada pelos povos do Mediterrâneo e foi desenvolvida uma cultura de preservação da água. Havia a partilha de águas colectivas e mesmo um juiz das águas que dirimia questões com essa partilha. Esse domínio da água tornou possível o progresso da horticultura. A horta e o pomar de proximidade da habitação eram uma constante nos meios rurais. O consumo de hortaliças, legumes e frutos (frescos e secos) é uma das características essenciais da dieta mediterrânica, que lhe dá uma grande quantidade de fibra essencial para uma alimentação saudável.

Conceito da dieta mediterrânica

O conceito da dieta mediterrânica foi elaborado por Ancel Keys que em 1986, publicou o resultado da sua investigação no *Seven Countries Study*⁷. Demonstrou que havia

uma estrita relação entre o consumo de gorduras e a mortalidade por doença coronária que era tanto mais frequente quanto mais elevado fosse o consumo de gordura. A excepção verificou-se apenas nos povos da bacia do Mediterrâneo, que apesar de terem um elevado consumo de gordura sofriam de relativamente poucos enfartes do miocárdio. Esta excepção, segundo Keys, devia-se ao tipo de gordura consumida, que no Mediterrâneo era sobretudo gordura insaturada (azeite).

Tal noção foi aprofundada e estudado o tipo de gordura na dieta. Além da relação entre gorduras saturadas e insaturadas, verificou-se que certas gorduras poli-insaturadas não são sintetizadas pelo organismo humano apesar de serem essenciais para a saúde; pertencem a duas grandes famílias: os ácidos gordos ómega 3 e os ácidos gordos ómega 6. Os ómega 3 são abundantes nos peixes gordos, nas sementes e nos frutos secos; encontram-se os ómega 6 na gordura animal e nos óleos vegetais. Desde a sua origem, a dieta mediterrânica devido à sua riqueza em peixes, sementes e frutos secos tem um aporte equilibrado em ómega 3 e ómega 6, o que é benéfico para a saúde.

A pirâmide alimentar mediterrânica

O conceito de Ancel Keys foi aprofundado e alargado. Além da composição do cabaz de alimentos, é importante a frequência da sua ingestão. Foi assim que nasceu o conceito de pirâmide dos alimentos que relaciona estes dois aspectos.

Mais tarde, na base da pirâmide foi colocado o **exercício** e a necessidade da sua prática diária. Uma padrão alimentar - **uma dieta** - tinha evoluído para um **estilo de vida** que o integrava, mas que era muito mais do que isso. Era a «**diaita**» ou estilo de vida, classificado pela UNESCO Património Imaterial da Humanidade.

Os aspectos culturais, tais como feiras, romarias, festivais, foram também valorizados e integrados no conjunto bio psico-social que caracteriza o estilo de vida mediterrânico. Além disso, as refeições são tomadas

com tempo para saborear os alimentos, a bebida e a companhia, ao contrário das refeições de tipo *fast-food*.

A primeira grande diferença entre a dieta mediterrânica e outros padrões alimentares é a ingestão quotidiana de verduras, legumes e frutos (frescos e secos), o que lhe dá um grande aporte de fibra.

A segunda grande diferença é a utilização do azeite como principal gordura alimentar. A terceira diferença é o baixo consumo de carne vermelha e a preferência dada ao peixe, sobretudo peixe gordo como sardinha, cavala, carapau, etc..., e às carnes brancas.

O vinho, sobretudo tinto, é bebido às refeições com moderação, a água com abundância.

Os Portugueses e a Dieta Mediterrânica

Dada a inexistência de estudos sobre a notoriedade da Dieta Mediterrânica em Portugal a Fundação Portuguesa de Cardiologia solicitou em 2013 à firma GFK um trabalho para avaliar o conhecimento que a população portuguesa tem deste padrão alimentar.

Notoriedade da Dieta Mediterrânica em Portugal

I. Introdução

É do conhecimento geral que uma alimentação equilibrada é um dos factores mais importantes para manter e melhorar a saúde. A Dieta Mediterrânica é o padrão alimentar que atualmente reúne mais evidência científica sobre benefícios para a saúde, muito particularmente para a melhoria da saúde cardiovascular.

A Fundação Portuguesa de Cardiologia contactou a GFK tendo em vista a realização de um projecto de investigação com o principal objectivo de aferir a notoriedade da Dieta Mediterrânica em Portugal.

II. Problemática central de investigação

O estudo tem como objectivo avaliar os conhecimentos dos portugueses sobre Dieta Mediterrânica, seus benefícios para a saúde e quantificar a adoção de alguns comportamentos preconizados pela dieta mediterrânica.

III. Metodologia de investigação

Para a presente investigação, coordenada por Patrícia Antunes, o universo foi a população portuguesa.

Foi realizada uma amostra de 400 indivíduos, com uma distribuição não proporcional por região (Fig. 1):

Dado a amostra não ser proporcional à população, procedeu-se posteriormente à ponderação dos resultados, de forma a que estes fossem representativos de Portugal Continental.

A ponderação foi feita com base nas variáveis Sexo, Idade e Região (NUTS II), utilizando os resultados do Recenseamento

Geral da População de 2001 (INE).

A informação foi recolhida através de entrevista telefónica, pelo sistema CATI (*Computer Assisted Telephone Interviewing*). O questionário foi elaborado pela GFK, a partir dos objectivos enumerados e com base nas indicações da Fundação Portuguesa de Cardiologia, aprovando esta a formulação final do questionário. Os trabalhos de campo foram realizados por 34 entrevistadores com experiência em estudos telefónicos através do sistema CATI, recrutados e treinados pela GFK, que receberam uma formação adequada às especificidades deste estudo. Os trabalhos de campo decorreram entre os dias 11 a 13 de Abril de 2013.

Foram colocadas as seguintes questões: Já ouviu falar em dieta mediterrânica? E sabe o que é a dieta mediterrânica? Qual ou quais os aspectos que fazem parte da dieta mediterrânica? Quais as doenças que podem ou não ser prevenidas com a dieta mediterrânica? Quais os alimentos consumidos pelos inquiridos? Frequência com que praticam exercício físico?

IV. Resultados

66% dos portugueses dizem já ter ouvido falar na Dieta Mediterrânica. As respostas à pergunta *Sabe o que é a dieta Mediterrânica?* e a caracterização por género, idade, *status* social e região encontra-se na Fig 1.

51% dos inquiridos não conhecem a dieta mediterrânica (já ouviram falar da DM, mas não sabem o que é e/ou nunca ouviram falar da dieta e não sabem o que é).

Em relação ao conhecimento sobre o que constitui a Dieta Mediterrânica, verificou-se que (Fig 2): 79% associam-na a um consumo elevado de frutas e legumes frescos; 78% associam-na a confecção de alimentos com azeite, muitas especiarias e pouco sal; 72% associam-na a um maior consumo de peixe do que de carne; 57% associam-na a prática regular de exercício físico; 56% associam-na à existência de um ritual de refeição, a que se dedica um determinado tempo; 52% as-

Figura 1

Distribuição da amostra por região

Região	Entrevistas	%
Norte Litoral	84	21%
Grande Porto	63	16%
Interior	40	10%
Centro Litoral	61	15%
Grande Lisboa	119	30%
Alentejo	19	5%
Algarve	14	4%
Total	400	100%

Universo: População Portuguesa
Amostra: constituída por 400 indivíduos com a seguinte distribuição não proporcional por Região:

Figura 2

Caracterização da amostra: género, idade, status social e região e resposta à pergunta: Sabe o que é a Dieta Mediterrânica?

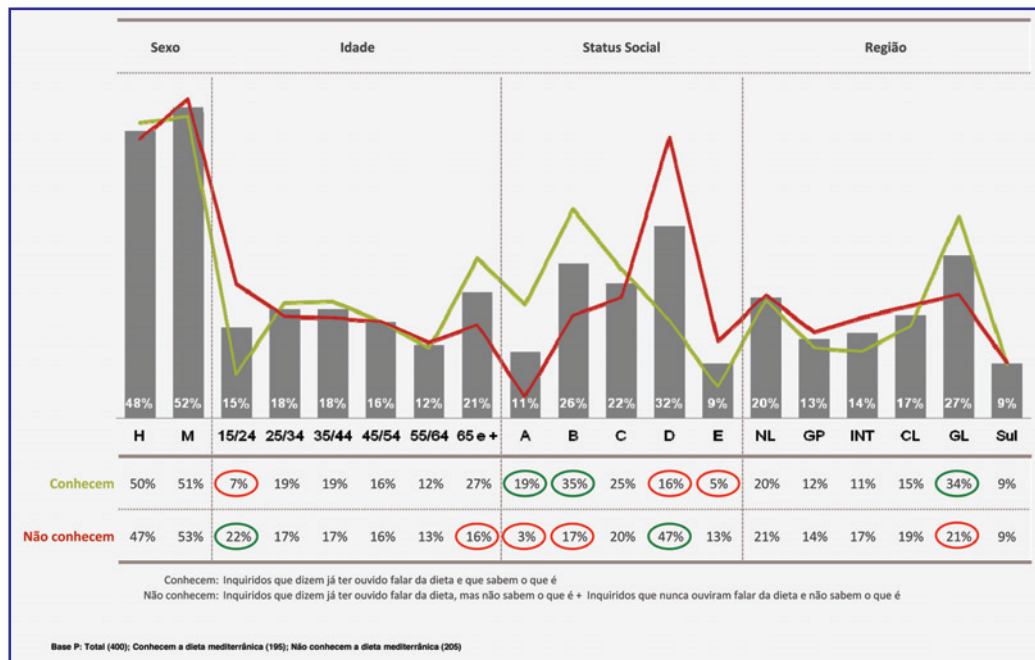
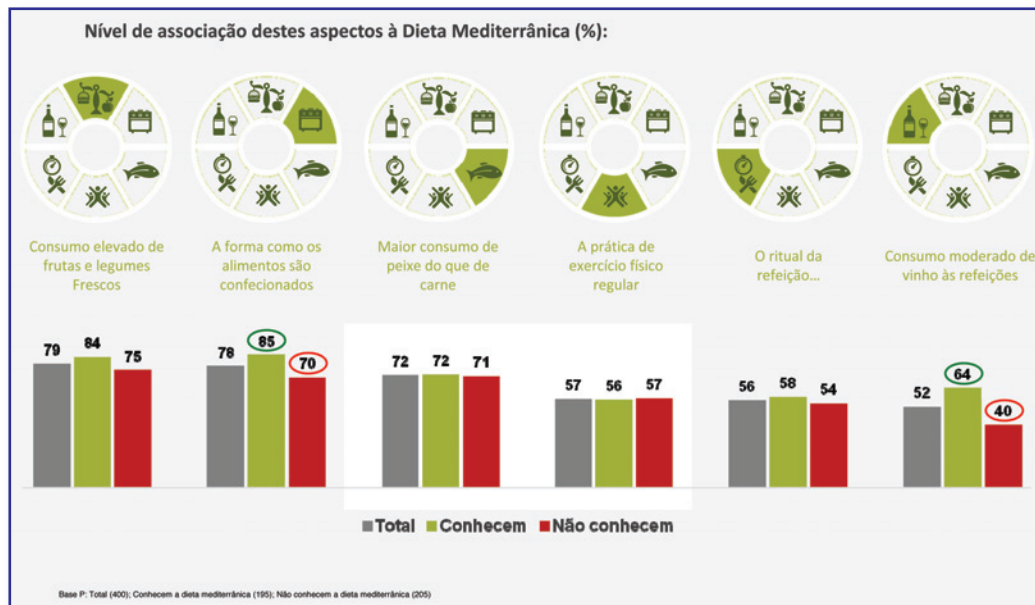


Figura 3

Qual ou quais os aspectos que fazem parte da dieta mediterrânica?



sociam-na a um consumo moderado de vinho à refeição.

O conhecimento científico demonstra que este tipo de estilo de vida e de alimentação ajuda a prevenir algumas doenças. Em resposta à pergunta *Quais as doenças que podem ou não ser prevenidas com a dieta mediterrânica?* a percepção da população sobre as situações que são passíveis de prevenção com este padrão alimentar são as seguintes (Fig. 3): 86% Doenças cardiovasculares; 84% Hipertensão; 83% Colesterol elevado; 77% Diabetes; 51% Tumores; 43% Reumatismo; 42% Doenças respiratórias; 39% Doenças dos olhos.

Procurou-se conhecer em que medida as características da alimentação percebidas como associadas à DM fazem parte da dieta adoptada pela população portuguesa. Os resultados foram os seguintes: 56% con-

somem abundantemente frutas e legumes frescos; 39% utilizam abundantemente azeite; 51% fá-lo moderadamente; 26% consomem abundantemente cereais e leguminosas e 49% fá-lo moderadamente; 28% consome vinho tinto de forma moderada, 48% afirma que nunca consumiu esta bebida; 55% afirmam nunca consumir vinho branco; 56% consome moderadamente carne de aves (frango/peru) e 37% consome abundantemente; 56% consome peixe abundantemente e 30% fá-lo moderadamente.

No que diz respeito à prática de exercício, 47% da população afirma que pratica pelo menos 3 vezes por semana (20% todos os dias e 28% 2 a 3 vezes por semana), 14% pratica 1 vez por semana, 3% de 15 em 15 dias, 8% 1 vez por mês e 27% não fazem exercício físico (Fig. 4).

Figura 4

Percepção das doenças que a Dieta Mediterrânica pode ajudar a prevenir

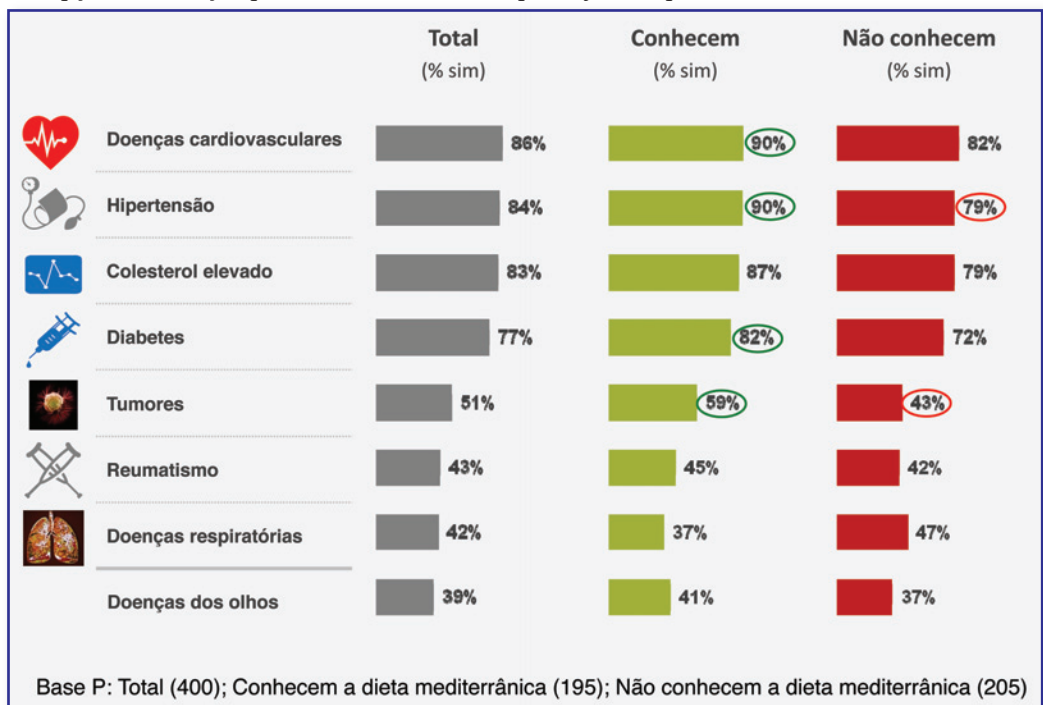
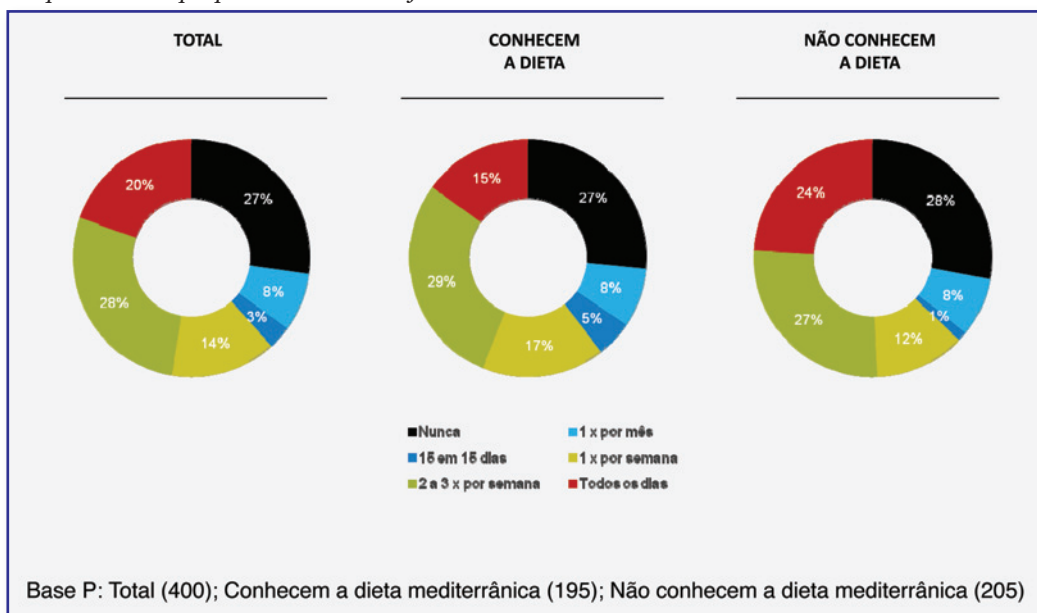


Figura 5

Frequência com que praticam exercício físico



V. Conclusões

- 2/3 da população já ouviu falar da Dieta Mediterrânica;
- Apenas metade da população declara saber o que é a Dieta Mediterrânica e esta caracteriza-se, no seu entender, pelo consumo elevado de frutas e legumes frescos, na forma como os alimentos são confeccionados (utilizando azeite, muitas especiarias e pouco sal) e num maior consumo de peixe do que carne;
- Globalmente, os portugueses consideram que a Dieta Mediterrânica ajuda a prevenir um conjunto vasto de doenças, sobretudo do foro cardiovascular;
- Dos alimentos referidos como associados à dieta mediterrânica são os legumes e frutas frescas, o peixe e o azeite os que são consumidos abundantemente com mais frequência;
- 47% dos portugueses assume que pra-

tica exercício físico pelo menos duas a três vezes por semana. No entanto existe uma parcela significativa que pratica muito pouco ou nenhum exercício físico (35%).

Dieta Mediterrânica: um património a preservar

Face à realidade portuguesa em que grande parte dos inqueridos não conhece e não pratica a dieta mediterrânica, a Fundação Portuguesa de Cardiologia aponta alguns objectivos prioritários:

1 – Divulgar a todos os portugueses o conceito da Dieta Mediterrânica como um **estilo de vida saudável** que combina um padrão alimentar agradável e saboroso com uma actividade física regular e uma vida comunitária participada.

2 – Insistir na capacidade preventiva do estilo de vida mediterrânico para um conjunto de doenças, do foro cardiovascular, da diabetes, da obesidade e do cancro.

3 – Encorajar a actividade física regular e o desporto, sobretudo nas camadas jovens.

4 – Promover o consumo regular de hortaliças, legumes e fruta e reduzir o consumo exagerado de farináceos altamente calóricos (batata frita e arroz como acompanhamento universal no restaurante).

5 – Aumentar o consumo de azeite.

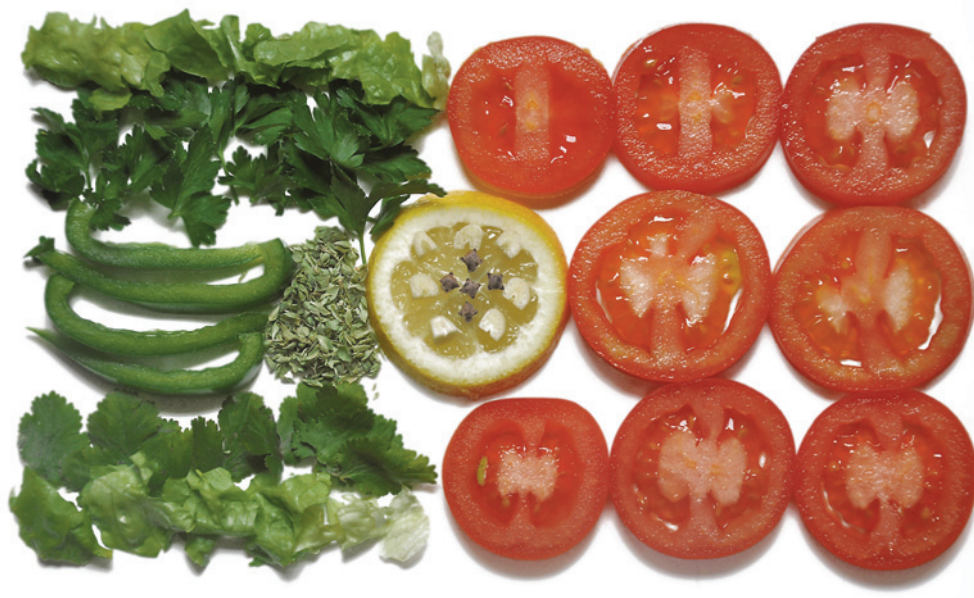
6 – Promover o consumo de peixe melhorando os circuitos de captura e distribuição.

7 – Sensibilizar o poder político para o investimento na prevenção primária da saúde através de uma alimentação mais saudável e um estilo de vida mais mediterrânico. **PREVENIR É MAIS BARATO DO QUE TRATAR.**

8 – Sensibilizar o poder político para uma intervenção nas áreas da produção, distribuição e comercialização de produtos mediterrânicos de qualidade e na alavancagem que esta política pode ter na agricultura, na gastronomia e no turismo.

Bibliografia:

1. Braudel, Fernand. “O Mediterrâneo: o espaço e a história” Ed. Teorema, Lisboa 1987.
2. UNESCO Representative List of the Intangible Cultural Heritage of Humanity <http://www.unesco.org/culture/ich/index.php?lg=en&pg=00011&RL=00884>
3. Yourcenar, Marguerite. “Mémoire d’Hadrien”. Ed. Gallimard 1974.
4. Braudel, Fernand. “O Mediterrâneo: o espaço e a história” Ed. Teorema, Lisboa 1987.
5. Linel, Marta. “B.I. do Pão”. Ed. Apenas Livros Lda, 2006
6. Fonte: INE e Casa do Azeite <http://www.casadoazeite.pt/DADOSSECTOR/consumo/tabid/95/Default.aspx>
7. Keys A, Menotti A, Karvonen MJ, Aravanis C, Blackburn H, Buzina R, Djordjevic BS, Dontas AS, Fidanza F, Keys MH, et al. The diet and 15-year death rate in the seven countries study. *Am J Epidemiol.* 1986 Dec;124(6):903-15.





Joana Gaspar de Freitas

Doutorada em História Contemporânea. Investigadora do Instituto de Estudos de Literatura Tradicional – Patrimónios, Artes e Culturas (IELT), Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade Nova de Lisboa

Dieta Mediterrânica. Uma Herança para o Futuro

Palavras-chave: *Dieta Mediterrânica; Património cultural; Tradição popular*

A Dieta Mediterrânica é alimentação, o pão que serve de conduto, o azeite que oferece o sabor, os legumes que dão a cor e as ervas aromáticas que trazem o cheiro à cozinha, à mesa, ao prato. É o território, a paisagem específica onde crescem os produtos alimentares que a definem, que é comum aos povos que se dizem «mediterrânicos». É ainda o saber-fazer dos que lançam a semente à terra, que colhem no tempo certo, que preparam os alimentos com a sabedoria própria de quem sempre o fez e viu fazer aos que vieram antes. A Dieta Mediterrânica é feita de histórias, de cantigas, de máximas, de rituais e de expressões, dos que contam e ensinam, dos que ouvem e aprendem. É uma herança de saberes e de sabores. A Dieta Mediterrânica é a comida de cada dia, é a terra que é nossa, é a mão que reparte, é o coração que palpita, é a partilha da comunidade, é a tradição de todos nós.

Introdução

Com a inscrição da Dieta Mediterrânica na lista do Património Cultural Imaterial da Humanidade¹ foi reconhecido o seu estatuto de património ainda vivo e a proteger, valorizando-se a alimentação mediterrânica e a cultura que lhe está associada como factores de identidade comum entre os países e os povos da bacia do Mediterrâneo. A UNESCO salientou, como argumento de apoio à sua

decisão, a relevância das tradições e simbologias transmitidas de geração em geração, sobretudo através da família, baseadas em práticas alimentares, que funcionam como elemento de partilha social e de celebração, promovendo um sentimento de pertença e identidade comuns².

O texto da candidatura³ destaca a importância da Dieta Mediterrânica enquanto património cultural imaterial, que se traduz numa prática social baseada num conjunto de técnicas, saberes-fazer, práticas e tradições que abrangem um vasto leque de aspectos que vão desde a paisagem à gastronomia, tendo em conta as diferentes etapas dos processos de produção, conservação, processamento, preparação e consumo alimentar. A Dieta Mediterrânica é definida por um modelo nutricional específico - baseado no consumo de azeite, cereais, frutos e vegetais, na utilização de condimentos e especiarias e na ingestão moderada de peixe, carne e vinho -, um padrão alimentar intrínseco às características naturais dos solos e do clima do Mediterrâneo. A Dieta Mediterrânica não se reduz, contudo, a um contexto de consumo e produção alimentar, tendo-se convertido ao longo de séculos num estilo de vida único:⁴ que contribui para aproximar as pessoas e reforçar os laços sociais e intergeracionais, através da reunião das famílias e das comunidades à volta da mesa no dia-a-dia e

por ocasião de festas e rituais;² que ajuda à preservação das paisagens, dos recursos naturais e das actividades tradicionais, pelo respeito pelos ciclos naturais e sazonalidade das espécies, pela eficiência no uso da água, pela utilização de práticas agrícolas secula-

mente rústica, os seus marinheiros são camponeses nas horas vagas; é o mar dos olivais e das vinhas, tanto como dos esguios barcos (...), e a sua história não pode ser separada do mundo terrestre que o envolve, tal como a argila o não pode ser do artesanato que a mo-

A Dieta Mediterrânica é a comida de cada dia, é a terra que é nossa,
é a mão que reparte, é o coração que palpita,
é a partilha da comunidade, é a tradição de todos nós.

res em harmonia com o equilíbrio dos ecossistemas, que observam o respeito pelo território e pela biodiversidade, assegurando a sua conservação e sobrevivência;³ que reforça a identidade comum de várias comunidades através do sentimento de pertença e da noção de continuidade no tempo e no espaço. No contexto da Dieta Mediterrânica, as mulheres possuem um papel fulcral na transmissão do conhecimento, na perpetuação dos rituais, dos gestos e das celebrações, bem como na preservação de uma sabedoria ancestral que une a comunidade e lhe confere identidade própria.



Um território, sua gente e tradições

A Dieta Mediterrânica enquanto património colectivo de vários povos nasceu da partilha de um território: o Mediterrâneo e a sua área de influência. Segundo Braudel «o Mediterrâneo nem sequer é um *mar*, antes é um «complexo de mares», de mares peçados de ilhas, cortados por penínsulas, cercados por costas rendilhadas; a sua vida está ligada à terra, a sua poesia é predominante-

dela»⁴. Do contacto estreito das comunidades com o meio nasceu um conhecimento e um conjunto de práticas desenvolvidos com base na experiência acumulada através dos séculos e adaptada à cultura e ambiente locais, transmitidos oralmente de geração em geração. Uma propriedade colectiva que assume a forma de histórias, músicas, folclore, provérbios, valores culturais, crenças, rituais, leis comunitárias, linguagem local e práticas agrícolas. Um conhecimento tradicional que é sobretudo de natureza prática, especialmente no que diz respeito à agricultura, à pesca, à saúde, à horticultura e à silvicultura⁵.

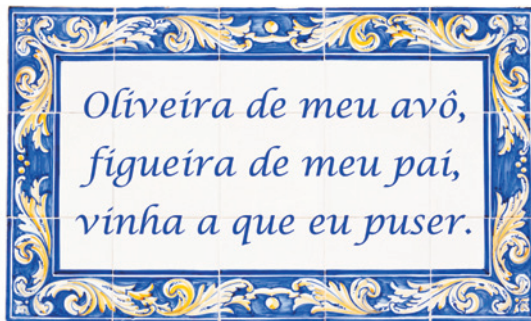
As paisagens da Dieta Mediterrânica são espaços de produção alimentar. Resultam de um cuidar laborioso do homem que gerindo recursos e saberes articulava em seu proveito uma produção agrícola limitada, sujeita às irregularidades climáticas e à escassez de água. O exemplo da região algarvia é eloquente: o seu sistema misto silvo-agro-pastoril é antiquíssimo. A amendoeira, a alfarrobeira, a figueira e a oliveira, associavam-se à cultura

dos cereais (trigo, cevada e aveia) e das leguminosas (fava, ervilha, grão, chícharos e lentilhas). Os terrenos de pousio, matos, montados e manchas florestais, que revestiam a zona serana, serviam para o pascigo dos gados e o aproveitamento de madeiras e cortiças. A estabilidade e equilíbrio deste ecossistema – de feição mediterrânica – resultou de um feliz associação de espécies a um meio nem sempre fácil

para a produção vegetal, permitindo o aproveitamento integral do espaço agricultado⁶. Uma coexistência secular que deu origem a um conjunto de paisagens típicas do território algarvio, descritas por vários autores desde o século XVI até ao século XX⁷. Adolfo Coelho (1847-1919) escreveu sobre os «produtos desta terra de Primavera eterna e até mesmo de Verão ardente» o seguinte: «amêndoas incomparáveis, figos magníficos, origem e razão duma das suas mais valiosas indústrias, laranjas primorosas, pimentos e tomates que são os dois componentes insubstituíveis da culinária peninsular. Deixamos propositadamente para o fim as uvas, extremamente doces, que vivem eternamente enlaçadas com a figueira, a alfarrobeira, a oliveira e a amendoeira, e com as quais se faz um vinho demasiadamente forte»⁸.

O conhecimento da terra e das técnicas de cultura, aprendidas por processos naturais

de repetição e de observação continuada (milénar) do trabalho no campo, permitiu criar espaços domesticados onde a natureza foi posta ao serviço da comunidade. Mas, em simultâneo, houve também a necessidade de o ser humano se adaptar às circunstâncias existentes, de respeitar as regras básicas de ocupação do território e de fazer uma gestão equilibrada dos recursos. Os homens aprenderam a viver num ritmo quotidiano



que se adaptava ao ritmo do cosmos. O arqueólogo Cláudio Torres, a trabalhar em Mértola há mais de vinte anos disse, no Colóquio «Falas do Mar e do Rio»⁹, que o espaço camponês denota uma indelével continuidade histórica. Na Serra Algarvia, onde predomina uma agricultura de sobrevivência que serviu e ainda serve de complemento a uma pastorícia extensiva, os vestígios arqueológicos revelam a presença de uma mesma



população na utilização continuada do território. A maioria das aldeias do Baixo Alentejo ocupa o local dos povoados pré-romanos e de época islâmica, onde o velho poço e as mesmas hortas continuam a ser utilizados. Nas terras pobres da Serra, camponeses e pastores construíram um equilíbrio precário que permitiu a sua subsistência. Nos solos esqueléticos, as hortas apenas eram viáveis no fundo de pequenos vales, escavados por torrentes sazonais. Utilizando os locais mais frescos e humede-

cidos, as comunidades camponesas cultivavam o antigo leito dos barrancos, previamente cheios de terra, transportada no lombo de mulas, ao longo de várias gerações. Para que a próxima enxurrada não viesse destruir todo este trabalho ciclópico, os cursos de água foram desviados e contidos por laboriosos e frágeis muros de suporte. Era nestes pequenos campos artificiais, únicos pedaços de terra fértil, que tudo era cultivado, desde os pomares aos favais e às videiras. Todos os anos, depois de cada inverno, os muros eram reparados e consolidados, eram reabertas as valas de drenagem e repostas as terras arrastadas. Em alguns sítios estas práticas ainda se mantêm. É a gestão humana de um território, onde se repetem os mesmos gestos, por vezes há 3/4 milhares de anos. São estas courelas que garantem a biodiversidade da região. Toda a vida selvagem das redondezas é alimentada pela água dos açudes e pela diversidade de plantas, insectos e roedores que vivem nestes pequenos oásis no meio da secura e da aridez dos penhascos de xisto e esteva.

«O mundo rural, pacientemente construído ao longo dos tempos, (...), assenta numa permanente adaptação dos seres humanos às condições do meio físico, com laços estabelecidos entre os indivíduos e a terra, lentamente fixados pela tradição»¹⁰. O conhecimento da terra, das plantas, dos animais, do clima, das estações, das regras (implícitas) de uma gestão equilibrada do solo, da água, dos recursos naturais, espelha-se nos textos da nossa tradição popular, que transmitem uma sabedoria prática que ajuda ao quotidiano de quem os transmite. Estes textos representam a memória de um povo, «uma leitura dos lugares, das hierarquias, enfim da cosmovisão que gerações de antepassados conceberam e viveram, herdaram e ofereceram como herança através de muitas palavras faladas»¹¹. Para exemplificar o que dizemos, vejamos alguns provérbios, coligidos por Ana Eleonora Borges¹², sobre as lides dos campos, o plantio e as colheitas, as épocas agrícolas e os frutos de tal labor:

*A figueira quer o pé na água e a cabeça ao sol.
 Nem vinha em baixa, nem trigo em cascalho.
 Terra branca não dá bom pão.*

*Pelo S. Matias [25 Fev.] começam as enxertias.
 Secura de Março, ano de vinho.*

Abril frio e molhado enche o celeiro e farta o gado.

Água de Maio, pão para todo o ano.

Nevoeiro no S. João estraga o vinho e não dá pão.

Em dia de S. Pedro [29 Jun.] vai à tua oliveira e, se vires um grão, espera um cento.

No São Simão [Outubro], favas no chão.

Aí por S. Clemente [23 de Nov.?), lança mão de semente.

Cava fundo em Novembro, para plantares em Janeiro.

Pelo Natal, sacha o faval.

Julho ceifa o trigo e a debulha.

Agosto amadurece, Setembro vindima-se.

Janeiro, gear; Fevereiro, chover; Março, encanar; Abril, espigar; Maio, engrandecer; Junho, a ceifar; Julho, debulhar; Agosto, engravelar; Setembro, vindimar; Outubro, revolver; Novembro, semear; Dezembro, nasceu Deus para nos salvar.

Oliveira de meu avô, figueira de meu pai, vinha a que eu puser.

Em Maio, as cerejas uma a uma leva o gaio; em Junho, a cesta e o punho.

Com melão, vinho bom; com melancia, água fria.

Come pão, bebe água, viverás sem mágoa.

Uvas, figo e melão é sustento de nutrição.

Não pode colher pepinos, quem semeia tomates.

Não se pode ter sol na eira e chuva no nabal.

Não procures o figo na ameixoeira.

Quem pelo alecrim passou e um raminho não apanhou, do seu amor não se lembrou.

Um tempo de mudança

A segunda metade do século XX representou um tempo de mudança para o nosso país. As características da terra algarvia (porque é esta a região que conhecemos melhor!) – marcadas na paisagem e na cultura das suas gentes – permaneceram vivas pelo século XX adentro favorecidas pelo isolamento propiciado pelas dificuldades de comunicação. O fenómeno do turismo de massas, que despontou em meados da década de 1960, foi o responsável por imprimir uma reviravolta brusca e inexorável no quotidiano algarvio. A euforia ligada ao crescimento do turismo e aos lucros obtidos neste sector conduziu à terciarização das actividades, registando-se o abandono progressivo dos ofícios tradicionais, nomeadamente das práticas agrícolas e piscatórias. A agricultura passou a enfrentar também os efeitos da competição directa com o mercado imobiliário na disputa pelas melhores terras – as da orla costeira e do barrocal – ficando em clara desvantagem e relegada para as terras mais pobres. Com o abandono da agricultura e das práticas antigas ficaram ao Deus dará os sistemas tradicionais de luta contra a erosão e de correcção dos regimes torrenciais. Os terraços, valados e muros utilizados para sustentar as terras e cortar a forças das águas perdem-se por falta de manutenção. As manchas florestais que cobriam as zonas serranas diminuem por falta de cuidados, devoradas pelos incêndios. A desagregação do equilíbrio ecológico tradicional, posto em causa por sucessivas interferências externas – como a Campanha do Trigo e o advento do turismo –, tem consequências a vários níveis, entre elas a erosão e esterilidade dos solos e a diminuição dos recursos



aquíferos, assistindo-se à degradação da qualidade ambiental de toda a região. A tradição que era apanágio dos mais velhos está a desaparecer. As tais pessoas de idade que conheciam os ritmos da natureza, o tempo de semear e de colher, que perscrutavam os céus em busca de água ou de sol, que viviam da terra e a trabalhavam com o seu saber-fazer, que possuíam a ciência prática da inter-relação entre os seres vivos, não estão a passar este saber acumulado. O progresso económico é muitas vezes alheio a este património, votando ao esquecimento recursos potencialmente valiosos. Como diz (e bem) Cristina Garcia, «a leitura e valorização dos elementos particulares (...) que coexistem no território e que se manifestam sob a forma de atitudes e comportamentos, actividades e modos de vida, cultos e festividades, espécies e paisagens, objectos e construções, permitem compreender o percurso histórico do território e trazer coesão às populações»¹³. «O que está em causa é como atingir o equilíbrio entre a memória do passado e a vivência do presente, reinserindo o passado no futuro das populações»¹⁴. A salvaguarda dos aspectos específicos da Dieta Mediterrânica ultrapassa em muito a questão da alimentação e da adopção de um estilo de vida saudável. A produção dos bens alimentares que lhe são inerentes depende da manutenção de espaços específicos e da protecção do saber-fazer naqueles que os construíram e exploraram em prol da sua subsistência. A sobrevivência deste mundo passa hoje pela compreensão do seu papel no contexto moderno. A valorização da Dieta Mediterrânica pode ser uma forma de reconhecer a importância das comunidades locais na gestão e desenvolvi-

aquíferos, assistindo-se à degradação da qualidade ambiental de toda a região.

A tradição que era apanágio dos mais velhos está a desaparecer. As tais pessoas de idade que conheciam os ritmos da natureza, o tempo de semear e de colher, que perscrutavam os céus em busca de água ou de sol, que viviam da terra e a trabalhavam com o seu saber-fazer, que possuíam a ciência prática da inter-relação entre os seres vivos, não estão a passar este saber acumulado. O progresso económico é muitas vezes alheio a este património, votando ao esquecimento recursos potencialmente valiosos. Como diz (e bem) Cristina Garcia, «a leitura e valorização dos elementos particulares (...) que

coexistem no território e que se manifestam sob a forma de atitudes e comportamentos, actividades e modos de vida, cultos e festividades, espécies e paisagens, objectos e construções, permitem compreender o percurso histórico do território e trazer coesão às populações»¹³. «O que está em causa é como atingir o equilíbrio entre a memória do passado e a vivência do presente, reinserindo o passado no futuro das populações»¹⁴. A salvaguarda dos aspectos específicos da Dieta Mediterrânica ultrapassa em muito a questão da alimentação e da adopção de um estilo de vida saudável. A produção dos bens alimentares que lhe são inerentes depende da manutenção de espaços específicos e da protecção do saber-fazer naqueles que os construíram e exploraram em prol da sua subsistência. A sobrevivência deste mundo passa hoje pela compreensão do seu papel no contexto moderno. A valorização da Dieta Mediterrânica pode ser uma forma de reconhecer a importância das comunidades locais na gestão e desenvolvi-

mento do território, garantindo a preservação de espécies e ecossistemas para benefício das gerações presentes e futuras. Daí a ideia da Dieta Mediterrânica como uma herança para aqueles que virão depois de nós.

Bibliografia

1. Em 2010, a Dieta Mediterrânica foi inscrita na Lista Representativa do Património Cultural Imaterial da Humanidade, no seguimento de uma candidatura apresentada pela Espanha, Grécia, Itália e Marrocos. Em Dezembro de 2013 este reconhecimento estendeu-se a mais três países – Portugal, Croácia e Chipre.
2. Tradução livre (nossa) da decisão da Unesco relativa à candidatura 8.10 (2013) e que pode ser consultada em <http://www.unesco.org/culture/ich/index.php?lg=en&pg=66>
3. Tradução livre (nossa) de extractos do texto da candidatura que está disponível em <http://www.unesco.org/culture/ich/index.php?lg=en&pg=00011&RL=00884>
4. Fernand Braudel, *O Mediterrâneo e o Mundo mediterrânico na época de Filipe II*, vol. I, Lisboa, Publicações D. Quixote, 1995, pp. 21-22.
5. Leopoldo Gerhardinger, Maira Borgonha, Áthila Bertocini (eds.), *Memórias do Mar. Biodiversidade, Conservação e Cultural no Litoral brasileiro*, Florianópolis, Ecomares, 2010, pp. 21-22.
6. Pedro Simões, “O sistema pluvial silvo-agro-pecuário do barrocal algarvio, O Algarve na perspectiva da Antropologia Ecológica, Seminário realizado em 1987, s.l., INIC, 1989, pp. 340 e 345.
7. Frei João de São José, *Corografia do Algarve (1577), “Duas Descrições do Algarve do século XVI”, (apresentação, notas e glossário de) Manuel Viegas Guerreiro e Joaquim Romero de Magalhães, Cadernos da Revista de História Económica e Social, Lisboa, n.º 3, 1983; Henrique Fernandes Sarrão, História do Reino do Algarve (circa 1600) in “Duas Descrições do Algarve do século XVI”, (apresentação,*
8. Adolfo Coelho, *Digressões Gastronómicas no País das Uvas*, Chaves Ferreira Publicações, 2000, p. 12. Sobre a importância das paisagens na literatura destacamos o projecto Atlas das Paisagens Literárias, coordenado por Ana Isabel Queiroz. Disponível em <http://paisagensliterarias.ielt.org/>
9. O Colóquio “Falas do Mar e do Rio” realizou-se em Maio de 2012, em Mértola, tendo sido organizado pelo Instituto de Estudos de Literatura Tradicional e pelo Campo Arqueológico de Mértola. A comunicação de Cláudio Torres, aqui referida e em parte citada, está disponível em http://www.memoriamedia.net/central/index.php?option=com_content&view=article&id=1643&Itemid=1467
10. Cristina Garcia, *Cacela terra de levante. Memória da paisagem algarvia*, Vila Real de Santo António, C.M. de Vila Real de Santo António e Campo Arqueológico de Mértola, 2008, p. 163
11. Ana Paula Guimarães, “Ecologia e Tradição”, *Falas da Terra. Natureza e Ambiente na Tradição popular portuguesa*, organização de Ana Paula Guimarães, João L. Barbosa e Luís Cancela da Fonseca, Lisboa, Edições Colibri e Instituto de Estudos de Literatura Tradicional, 2004, pp. 32 e 52.
12. Ana Eleonora Borges, *Provérbios sobre Plantas*, Lisboa, Apenas Livros, 2005.
13. Cristina Garcia, *Op. cit.*, p. 164.
14. Idem, *Ibidem*, p. 170.



Bruno Sousa

Nutricionista no Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira E.P.E.
Professor Auxiliar Convidado na Faculdade de Ciências da Nutrição
e Alimentação da Universidade do Porto

O padrão alimentar mediterrânico em crianças e jovens

Palavras-chave: *Dieta Mediterrânica; Criança; Jovem*

O padrão alimentar mediterrânico é considerado um dos mais saudáveis do mundo. Associa-se a taxas de morbilidade e mortalidade mais baixas¹⁻⁴, a uma melhor qualidade de vida, promove ganhos na saúde, possibilita aumentar a esperança de vida, e reduzir os custos⁵.

Nas crianças e jovens, a alimentação desempenha um papel crucial, pois trata-se de uma fase exigente, que requer um equilibrado aporte nutricional para possibilitar um desenvolvimento adequado, sendo o padrão alimentar em fases de crescimento e de maturação biológica determinante para a saúde e bem-estar não só para estas crianças e jovens, mas também com grande responsabilidade no futuro, já na fase adulta. Para além disso, os hábitos alimentares são sobretudo formados em idades jovens, já na infância, e tendem a manter-se ao longo da vida, pelo que, tornam-se ainda mais relevantes as práticas alimentares nestas idades.

O tipo de alimentação na infância e adolescência tem também uma grande relação com inúmeras patologias das quais se destacam as metabólicas e cardiovasculares⁶⁻⁹. Desta forma, a alimentação nestas faixas etárias, desempenha um papel preventivo muito importante.

Em crianças, um padrão alimentar com alimentos típicos do mediterrâneo, está relacionado com um melhor perfil nutricional,

existindo uma menor prevalência de ingestão inadequada de micronutrientes¹⁰. Assim, uma alimentação do tipo mediterrânico, pode ser usada para políticas nutricionais em saúde pública, a fim de evitar deficiências nutricionais na maioria dos grupos populacionais mais vulneráveis.

Apesar de, nos adultos estarem muito bem fundamentados os benefícios para a saúde de uma alimentação do tipo mediterrânico, nas crianças e jovens são ainda escassos os estudos realizados sobre esta associação, mas os que têm sido feitos apoiam que o padrão alimentar mediterrânico constitui um fator promotor de saúde também para estas faixas etárias. Trata-se de um tipo de alimentação que proporciona uma qualidade nutricional adequada a estas idades¹¹, previne o excesso de peso e obesidade^{12,13}, e é protetor para situações de asma e alergia¹⁴⁻¹⁶.

Apesar de tudo, a adesão das famílias portuguesas ao padrão alimentar mediterrânico está decrescendo, existindo um distanciamento progressivo deste padrão alimentar saudável¹⁷⁻¹⁹. Portugal tem características propícias para uma alimentação do tipo mediterrânico, mas verifica-se que os jovens portugueses têm vindo a afastar-se desta tradição alimentar^{20,21}, verificando-se a mesma situação nas populações jovens em Espanha²² e na Grécia^{23,24}.

No nosso país, verifica-se, desde a década de 70, um grande aumento da prevalência do excesso de peso nas crianças em idade escolar²⁵, também relacionado com mudanças no estilo de vida, nomeadamente ao nível da alimentação e da atividade física. Alguns estudos desenvolvidos nos últimos anos, demonstram que os hábitos alimentares das crianças e jovens portugueses se encontram distantes de um padrão alimentar saudável.

Numa investigação desenvolvida em crianças dos 11 aos 13 anos de idade, de nove países da Europa, incluindo Portugal, ficou demonstrado que as crianças portuguesas apesar de apresentarem um dos valores mais altos no consumo de fruta e vegetais²⁶, ainda se encontravam abaixo das recomendações diárias da Organização Mundial de Saúde²⁷, isto é, somente 21,4% ultrapassavam os 400 gramas por dia^{26,28}.

Um outro trabalho, com adolescentes de Portugal continental, revelou uma qualidade alimentar abaixo da desejada, que inclusive decresce à medida que a idade avança, do 6.º ao 10.º ano de escolaridade. Foi verificado que a toma do pequeno-almoço é diária em somente 80,4% dos adolescentes, o consumo diário de fruta é de 41,6%, de vegetais é de 26,8%, e o consumo de doces e de refrigerantes é diário em 17,5% e 23,1% da amostra respetivamente^{29,30}.

mas foram encontradas prevalências de inadequação muito elevadas para o folato, vitamina E, cálcio, molibdénio e fibra. Para os macronutrientes, tendo em conta o contri-

Os hábitos alimentares são sobretudo formados em idades jovens

buto para o valor energético total, foram constatados valores superiores às recomendações da Organização Mundial de Saúde em 65,9% para as proteínas e em 78,8% para os lípidos. Para os hidratos de carbono, apenas 22% estavam de acordo com o recomendado. Neste estudo, verificou-se ainda uma elevada percentagem de crianças com uma ingestão de gordura saturada (81,4%), de açúcares (97,3%) e colesterol (53%) acima das recomendações³¹.

Desta forma, temos vindo a assistir ao abandono dos hábitos alimentares tradicionais nas sociedades mediterrânicas, com o desaparecimento de valores e referências culturais, menor predominância dos produtos alimentares locais, e à globalização do con-

O padrão alimentar mediterrânico proporciona uma qualidade nutricional adequada a estas idades, previne o excesso de peso e obesidade, e é protetor para situações de asma e alergia

Quando foi avaliada a ingestão nutricional numa amostra de crianças portuguesas dos 7 aos 9 anos de idade, verificou-se uma baixa prevalência de inadequação para as vitaminas A, B1, B2, B6, B12 e PP, e de magnésio, zinco, iodo, fósforo, selénio e ferro,

sumo, escolhas alimentares condicionadas pela oferta de produtos alimentares industrialmente processados, organolepticamente apelativos e muitos deles de baixo custo³², com um claro afastamento das raízes mediterrânicas.

Num estudo, realizado no concelho de Tavira, em crianças e jovens dos 3 aos 19 anos, verificou-se uma alta adesão ao padrão alimentar mediterrânico em 24,4% da amostra, uma adesão intermédia em 63% e baixa adesão em 12,7%. O nível de escolaridade da amostra revelou-se importante, na medida em que os da pré-escolar e 1.º ciclo diferiram

energética e nutricional desadequada, com uma elevada quantidade de proteínas animais, de lípidos, nomeadamente ricos em ácidos gordos saturados, e ainda açúcares²⁰.

Numa outra investigação, realizada na zona norte do país, em Póvoa de Lanhoso, envolvendo crianças dos 8 aos 10 anos de idade, verificou-se que 61,4% tinham uma

Entre os dados existentes em populações jovens portuguesas existem indicadores da insuficiente adesão ao padrão alimentar mediterrânico

significativa e favoravelmente dos restantes (37,7% de adesão elevada *versus* 13,9% e 16,4%, respetivamente nos 2.º e 3.º ciclos)³³. Num outro trabalho, envolvendo a região do Algarve, em adolescentes dos 11 aos 16 anos de idade, constatou-se que 52,5% dos jovens apresentaram uma alta adesão, 42% uma adesão de nível intermédia, e 5,4% um nível baixo de adesão, existindo uma ingestão

boa adesão ao padrão alimentar mediterrânico, 36,7% tinham uma adesão moderada e 1,8% uma fraca adesão³⁴. Ainda no norte do



país, em Guimarães, num estudo realizado em crianças dos 6 aos 12 anos, foi encontrada uma boa adesão em 4,6% da amostra, uma adesão intermédia de 69,1% e uma fraca adesão em 26,3%³⁵.

Podemos assim verificar que, entre os dados existentes em populações jovens portuguesas, existem algumas discrepâncias, mas mesmo assim, indicadores da insuficiente adesão ao padrão alimentar mediterrânico.

Apesar de a pouca informação científica sobre a alimentação mediterrânica em crianças e jovens, considerando os estudos disponíveis, apesar de todas as suas limitações, há claras indicações sobre a importância e benefícios de uma alimentação do tipo mediterrânica desde a infância, contudo, as crianças e jovens portugueses, ainda se encontram distantes deste tipo de alimentação. Por isso, é recomendável que a população jovem seja incentivada para um padrão alimentar mediterrânico, que se enquadra na nossa cultura e tradições, sendo o ambiente familiar o meio por excelência para o fazer, sendo também importante que exista a colaboração das escolas, entidades de saúde, autarquias, e de outros parceiros relevantes, envolvendo estratégias consertadas. Assim, em articulação, podemos contrariar as tendências atuais, e aproximarmo-nos deste padrão alimentar, que tantos benefícios pode trazer para a saúde das crianças e jovens, assim como para os adultos que estes virão a ser.

Realça-se ainda a necessidade de mais investigação sobre a alimentação mediterrânica, nesta faixa etária específica, que são as crianças e jovens.

Bibliografia

1. Sofi F, Cesari F, Abbate R, et al. Adherence to Mediterranean diet and health status: meta-analysis. *BMJ*. 2008;11:337:a1344.
2. Willett WC. The Mediterranean diet: science and practice. *Public Health Nutr*. 2006 ;9:105-10.
3. Estruch R, Ros E, Salas-Salvadó J, et al. Primary Prevention of Cardiovascular Disease with a Mediterranean Diet. *N Engl J Med*. 2013;4:368:1279-90.
4. Trichopoulou A, Bamia C, Trichopoulos D. Mediterranean diet and survival among patients with coronary heart disease in Greece. *Arch Intern Med*. 2005;25:165:929-35.
5. Saulle R, Semyonov L, La Torre G. Cost and cost-effectiveness of the Mediterranean diet: results of a systematic review. *Nutrients*. 2013; 5:4566-86.
6. Poyrazoglu S, Bas F, Darendeliler F. Metabolic syndrome in young people. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes*. 2014;21:56-63.
7. de Jonge LL, Langhout MA, Taal HR, et al. Infant feeding patterns are associated with cardiovascular structures and function in childhood. *J Nutr*. 2013;143:1959-65.
8. Guardamagna O, Abello F, Cagliero P, et al. Impact of nutrition since early life on cardiovascular prevention. *Ital J Pediatr*. 2012; 21:38:73.
9. Bel-Serrat S, Mouratidou T, Börnhorst C, et al. Food consumption and cardiovascular risk factors in European children: the IDEFICS study. *Pediatr Obes*. 2013;8:225-36.
10. Castro-Quezada I, Román-Viñas B, Serra-Majem L. The Mediterranean diet and nutritional adequacy: a review. *Nutrients*. 2014;6:231-48.
11. Serra-Majem L, Ribas L, García A, et al. Nutrient adequacy and Mediterranean Diet in Spanish school children and adolescents. *Eur J Clin Nutr*. 2003;57:Suppl 1:S35-9.
12. Kontogianni MD, Farmaki AE, Vidra N, et al. Associations between lifestyle patterns and body mass index in a sample of Greek children and adolescents. *J Am Diet Assoc*. 2010;110:215-21.
13. Larazarou C, Panagiotakos DB, Matalas AL. Physical activity mediates the protective effect of the Mediterranean diet on children's obesity status: The CYKIDS study. *Nutrition*. 2010;;26:61-7.

14. Chatzi L, Apostolaki G, Bibakis I, et al. Protective effect of fruits, vegetables and Mediterranean diet on asthma and allergies among children in Crete. *Thorax*. 2007;62:677-83.
15. de Batlle J, Garcia-Aymerich J, Barraza-Villarreal A, et al. Mediterranean diet is associated with reduced asthma and rhinitis in Mexican children. *Allergy*. 2008;63:1310-6.
16. Garcia-Marcos L, Canflanca IM, Garrido JB, et al. Relationship of asthma and rhinoconjunctivitis with obesity, exercise and Mediterranean diet in Spanish schoolchildren. *Thorax*. 2007;62:503-8.
17. Rodrigues SS, Caraher M, Trichopoulou A, et al. Portuguese households' diet quality (adherence to Mediterranean food pattern and compliance with WHO population dietary goals): trends, regional disparities and socioeconomic determinants. *Eur J Clin Nutr*. 2008;62:1263-72.
18. Cruz G, Rodrigues S. Adherence to the Mediterranean food pattern in Portugal - 1961 to 2007. *Ann Nutr Metab*. 2011;58(Suppl 3):134.
19. Rodrigues SSP, Naska A, Trichopoulou A, et al. Availability of foods and beverages in nationally representative samples of Portuguese households from 1990 to 2000: the DAFNE initiative. *J Public Health*. 2007; 15:211-20.
20. Mateus M. Adesão ao Padrão Alimentar Mediterrânico em jovens no Algarve [dissertação]. Porto: Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto;2012.
21. Guerra A, Feldi F, Koletzko B. Fatty acid composition of plasma lipids in healthy Portuguese children: is the Mediterranean diet disappearing? *Ann Nutr Metab*. 2001;45:78-81
22. Serra-Majem L, Ribas L, Ngo J, et al. Food, youth and Mediterranean diet in Spain. Development of KID-MED, Mediterranean Diet Quality Index in children and adolescents. *Public Health Nutr*. 2004;7: 931-5.
23. Karlén J, Lowert Y, Chatziarsenis M, et al. Are children from Crete abandoning a Mediterranean diet?. *Rural Remote Health*. 2008;8:1034.
24. Kontogianni MD, Vidra N, Farmaki AE, et al. Adherence rates to the Mediterranean diet are low in a representative sample of Greek children and adolescents. *J Nutr*. 2008;138:1951-6.
25. Padez C, Fernandes T, Mourao I, et al. Prevalence of overweight and obesity in 7-9-year-old Portuguese children: trends in body mass index from 1970-2002. *Am J Hum Biol*. 2004; 16:670-8.
26. Veia O. Consumption of fruit and vegetables and associated factors among 11- to 13- year-old children in Portugal. Oslo: Faculty of Medicine Department of Nutrition University of Oslo;2007.
27. WHO: World Health Organization. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: report of a joint WHO/FAO expert consultation – Technical Report Series 916. Geneva: WHO;2003.
28. Wind M, Veia O, Franchini B, et al. Gender and regional variation in fruit and vegetable consumption and determinants among 11 to 13 year old portuguese children. *Rev de Aliment Hum*. 2010; 16:8-18.
29. Matos MG, Simões C, Tomé G, et al. A Saúde dos Adolescentes Portugueses – Relatório do Estudo HBSCP 2010. CMDT-UNL/FMH-UTL. Lisboa;2012.
30. DGS: Direção-Geral da Saúde. Portugal - Alimentação Saudável em Números – 2013. Lisboa: DGS;2013.
31. Valente H, Padez C, Mourão I, et al. Prevalência de inadequação nutricional em crianças portuguesas. *Acta Med Port*. 2010;23:365-70.
32. Castells M. El Reconocimiento Internacional de la Dieta Mediterránea como Patrimonio Imaterial: Oportunidades para el Turismo Gastronómico Balear. *Boletín Gestión Cultural nº17: Gestión del Patrimonio Inmaterial 2008 Sep*; Citado em 2014 Jan 225. Disponível em:http://www.gestioncultural.org/ficheros/1_1316759290_bgc17-MCastells.pdf
33. Santos PM. A qualidade da dieta mediterrânica numa população jovem do sul de Portugal [dissertação]. Porto: Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto;2003.
34. Almeida ARC. Adesão ao padrão alimentar mediterrânico e associação ao estado nutricional em crianças das escolas de 1.º Ciclo da Póvoa de Lanhoso [dissertação]. Porto: Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto;2012.
35. Albuquerque AGM. Adherence to Mediterranean diet in children: is it associated with economic cost? [dissertação]. Porto: Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto;2011.

ESC CONGRESS

BARCELONA 2014

Where everything comes together

30 August – 3 September

Spotlight: **Innovation and the Heart**

Discover the
Scientific Programme



www.escardio.org/ESC2014programme

- Clinical case submission **Mid Jan - 1 March**
- Hot Lines, Clinical Trial Updates & Registries submission **Mid March - 1 May**
- Early Registration deadline **31 May**
- Late Registration deadline **31 July**

5 days of scientific Sessions **150** CV Topics
30 000 healthcare professionals from
140 countries **10 000** abstracts submitted
500 expert sessions **200** exhibiting companies
& all year long on ESC Congress **365**



EUROPEAN
SOCIETY OF
CARDIOLOGY®



Carla Alves¹,

¹Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto

²Departamento de Epidemiologia Clínica, Medicina Preditiva e Saúde Pública da Universidade do Porto



Andreia Oliveira^{1,2}

Caracterização sociodemográfica e comportamental da adesão a um padrão alimentar saudável: aplicação do KidMed a adolescentes de um meio rural

Palavras-chave: Dieta Mediterrânica; Índice de adesão; KidMed; Neofobia alimentar

Resumo

O papel da alimentação saudável no normal crescimento e desenvolvimento dos adolescentes e como determinante da sua saúde fundamenta a necessidade de conhecermos a adesão que este grupo populacional apresenta a padrões alimentares saudáveis e que determinantes marcam essa adesão para delineamento de futuras estratégias de promoção da saúde. O índice Kidmed foi desenvolvido como índice de qualidade da Dieta Mediterrânica em crianças e adolescentes. Neste estudo, foi objetivo avaliar a associação de características sociodemográficas e comportamentais com a adesão a um padrão alimentar saudável, definido através do instrumento Kidmed, em adolescentes de um meio rural. Foi realizado um estudo transversal com 281 adolescentes (15-18 anos). A informação sobre características sociodemográficas e comportamentais foi obtida através de questionários estruturados de administração direta. O consumo alimentar foi avaliado através de um questionário de frequência alimentar (QFA) e a adesão ao Padrão Alimentar Mediterrânico foi avaliada pelo índice KidMed, adaptado. As associações foram estimadas por regressão linear e respectivos intervalos de confiança a 95%. Adolescentes de ambos os sexos mais velhos, consumidores mais frequentes de fruta e com menor pontuação numa escala de neo-

fobia alimentar (menor relutância em experimentar alimentos novos) apresentaram uma maior adesão ao Padrão Alimentar Mediterrânico. Rapazes sem história prévia de consumo tabágico e que se auto perceberam como muito ativos em tempos livres apresentaram igualmente uma maior adesão ao Padrão Alimentar Mediterrânico.

Introdução

O papel da alimentação saudável no normal crescimento e desenvolvimento de crianças e jovens e, como determinante de saúde, encontra-se bem documentado na literatura. Doenças crónicas como diabetes *mellitus*, hipertensão arterial, doença cardiovascular e alguns tipos de cancro apresentam como determinante comum comportamentos alimentares opostos aos de um padrão alimentar saudável¹⁻³. A necessidade dos adolescentes em se ajustarem às normas sociais, a fome ou desejo por determinado alimento, o apelo organolético dos alimentos (sabor, cheiro, textura), o tempo disponível para a preparação dos alimentos⁴⁻⁶ e a ausência de sensibilidade para os potenciais problemas de saúde torna-os vulneráveis a um padrão alimentar genericamente caracterizado por alimentos ricos em gordura, por uma ingestão elevada de *fast-food* e um consumo reduzido de fruta, hortícolas e laticínios, bem como a comportamentos

alimentares incorretos como a omissão ou substituição de refeições⁷⁻¹⁰.

Diferenças de género têm sido reportadas por alguns autores, sendo que as adolescentes do sexo feminino fazem geralmente escolhas alimentares mais saudáveis, evitam com maior facilidade alimentos ricos em gordura saturada, consomem maior quantidade de fruta e alimentos ricos em fibra e apresentam menor ingestão de sal^{3,11}. Globalmente, as raparigas são apontadas como mais propensas a adotar o Padrão Alimentar Mediterrânico¹². O contexto socioeconómico do adolescente, frequentemente avaliado através da escolaridade e do estatuto socioeconómico dos pais, é um determinante chave dos hábitos alimentares dos adolescentes^{8,13,14}. Adolescentes pertencentes a agregados familiares mais escolarizados e com estatuto socioeconómico superior têm sido descritos como apresentando uma maior adesão a hábitos de alimentação saudável, nomeadamente a consumos superiores de carnes de aves, laticínios, fruta, produtos hortícolas, leguminosas e azeite^{12,15}. A residência em meio rural parece também influenciar as escolhas alimentares devido a uma menor variedade alimentar, o que poderá condicionar a qualidade da alimentação dos adolescentes¹⁶⁻¹⁸.

A adoção de escolhas alimentares mais saudáveis pelos adolescentes incluindo uma maior adesão ao Padrão Alimentar Mediterrânico tem também sido positivamente associada com a prática regular de exercício físico em tempo de lazer e ao número de refeições diárias, com destaque para a realização do pequeno-almoço^{12,19,20}.

Estudos mais recentes, realizados maioritariamente em crianças e idosos, têm procurado estabelecer a associação da neofobia alimentar, definida em adolescentes como a relutância em experimentar alimentos novos, com o consumo de determinados alimentos, sendo que a associação inversa mais convincentemente demonstrada foi descrita para a ingestão de produtos hortícolas e fruta^{21,22}.

Os comportamentos alimentares adotados durante a adolescência parecem manter-se

relativamente estáveis na idade adulta^{23,24}. O consumo desadequado de alimentos densamente energéticos e o consumo reduzido de outros nutricionalmente favoráveis à redução das elevadas prevalências de excesso de peso e obesidade, observadas durante a infância e adolescência²⁵ tornam premente a adoção de medidas que promovam hábitos alimentares saudáveis nesta faixa etária e em idades mais precoces^{3,26}.

Embora o estudo dos determinantes das escolhas alimentares durante a adolescência tenha já sido alvo de investigação de vários autores, a grande maioria fá-lo estudando a alimentação através de alimentos/nutrientes isolados, sem ter em conta o efeito cumulativo e de interação dos vários alimentos e nutrientes.

A realização deste trabalho contribuirá para um maior conhecimento sobre os determinantes sociodemográficos e comportamentais associados a padrões alimentares saudáveis de adolescentes rurais o que possibilitará o desenvolvimento de estratégias de intervenção especificamente elaboradas para jovens com características semelhantes às deste estudo e que conduzam à adoção de comportamentos promotores de saúde.

O objectivo deste estudo consistiu em avaliar a associação de características sociodemográficas e comportamentais com a adesão a um Padrão Alimentar Saudável, definido através do instrumento Kidmed, em adolescentes de um meio rural.

Métodos

Seleção dos participantes

Este estudo foi realizado no ano letivo de 2011/2012 na Escola Secundária Morgado de Mateus, localizada no concelho de Vila Real e selecionada por conveniência. A escola apresentou neste ano letivo 18 turmas com alunos de idades compreendidas entre os 15 e os 18 anos (10.º, 11.º e 12.º anos) (n=293). Os alunos eram provenientes de 15 freguesias do Concelho de Vila Real predominantemente do meio rural, ainda que se verifique que tem vindo a aumentar o nú-

mero de alunos residentes em zona urbana. Numa estimativa prévia à realização deste estudo, e tendo como decisão recrutar todas as turmas, estimou-se avaliar aproximadamente 300 adolescentes, indo de encontro aos recursos económicos e humanos disponíveis.

No ano letivo de 2011/2012, foram contactados 293 adolescentes e 95,9% aceitaram participar (n=281). Desta amostra inicial constituída por 281 adolescentes foram excluídos, na análise dos dados, 8 adolescentes por apresentarem uma ingestão energética total superior ou inferior a 1,5 distâncias interquartis do logaritmo da mediana. Este critério permitiu excluir potenciais *outliers* de consumo alimentar, que constituiu uma variável-chave nos resultados deste estudo.

Recolha de informação

A informação foi recolhida após consentimento informado escrito obtido dos alunos e dos respetivos encarregados de educação.

A informação foi obtida através de três questionários estruturados de administração direta durante uma sessão letiva, com uma duração média de 45 minutos.

O primeiro questionário compreendia questões relativas a género, idade, escolaridade dos pais (avaliada pelo maior número de anos de escolaridade completado por um dos progenitores), consumo de tabaco e de bebidas alcoólicas, prática de exercício físico e hábitos alimentares dos adolescentes de modo a permitir a caracterização demográfica e comportamental dos adolescentes.

Para avaliação do consumo alimentar utilizou-se um questionário semi-quantitativo de frequência alimentar (QFA) relativo aos 12 meses antecedentes ao seu preenchimento. O QFA era composto por uma lista de 86 itens alimentares e de uma seção «Outros alimentos» para registo de itens alimentares não incluídos na lista inicial. Para cada item de alimentos o adolescente indicava a categoria de frequência de consumo a variar entre «nunca ou menos de uma vez por mês» a «seis ou mais vezes por dia». O QFA

está disponível em formato de leitura óptica. Para estimar o consumo alimentar cada item alimentar foi multiplicado pela porção média padrão, em gramas, e pelo fator de variação sazonal, nos itens com indicação de sazonalidade. O consumo alimentar foi convertido em nutrientes através do software informático Food Processor Plus® software (Research, Salem-Oregon, 1997), adaptado a alimentos tipicamente portugueses.

O padrão alimentar dos adolescentes foi avaliado através de uma versão adaptada do índice Kidmed. A versão original contempla 16 itens²⁷, contudo neste estudo não foi obtida informação às questões «Consome cereais ou grãos (pão, etc.) ao pequeno-almoço» e «Consome um laticínio ao pequeno almoço (iogurte, leite, etc.)», pelo que o índice final apresenta 14 itens com uma pontuação a variar entre - 4 e 10 (Anexo 1). Às opções que traduzem comportamentos alimentares mais afastados ao padrão alimentar mediterrânico foi atribuída a pontuação -1, por sua vez as questões que refletem comportamentos alimentares próximos deste padrão foi atribuída a pontuação +1. Após a soma direta das pontuações, uma maior pontuação final representa uma maior adesão ao Padrão Alimentar Mediterrânico.

A versão traduzida para língua Portuguesa da escala de Neofobia Alimentar desenvolvida por Pliner e Hobden, 1992²⁸ foi preenchida pelos adolescentes, tendo-lhes sido explicado que deveriam indicar o grau de concordância com cada item, a variar entre «discordo totalmente» e «concordo totalmente». A escala de Neofobia Alimentar contém 10 itens e a pontuação de cada item ocorre através de uma escala bipolar de 7 pontos. Em cinco dos dez itens que compõem a escala, a pontuação encontra-se invertida (item número um, quatro, seis, nove e dez). A neofobia alimentar individual foi obtida através da soma das respostas aos itens da escala²⁹, sendo que uma pontuação elevada é indicativo de um elevado nível de neofobia alimentar e traduzir-se á numa menor receptividade para consumir alimentos novos.

Tabela 1

Características sociais, demográficas e comportamentais dos adolescentes.

	Total n = 274 (100)	Rapazes n = 137 (50,0)	Raparigas n = 137(50,0)	Valor-p*
Idade (Anos)				
15	51 (18,6)	26 (19,0)	25 (18,2)	0,649
16	105 (38,3)	57 (41,6)	48 (35,0)	
17	87 (31,8)	40 (29,2)	47 (34,3)	
18	31 (11,3)	14 (10,2)	17 (12,4)	
Escolaridade dos pais (anos)				
≤4	34 (12,4)	15 (10,9)	19 (13,9)	0,408
5-9	100 (36,5)	49 (34,3)	53 (38,7)	
10-12	78 (28,5)	40 (29,2)	38 (27,7)	
>12	47 (17,2)	26 (19,0)	21 (15,3)	
Missing	15 (5,6)	9 (6,6)	6 (4,4)	
Consumo de tabaco				
Não	172 (62,8)	88 (64,2)	84 (61,3)	0,051
Sim, mas já não fuma	49 (17,9)	17 (12,4)	32 (23,4)	
Fuma diariamente	31 (11,3)	20 (14,6)	11 (8,0)	
Fuma, mas não diariamente	19 (6,9)	11 (8,0)	8 (5,8)	
Missing	3 (1,1)	1 (0,7)	2 (1,5)	
Consumo de bebidas alcoólicas				
Não	52 (19,0)	23 (16,8)	29 (21,2)	0,005
Sim, mas já não bebe	55 (20,1)	26 (19,0)	29 (21,2)	
Semanal, mas não diariamente	25 (9,1)	21 (15,3)	4 (2,9)	
≤1 /semana	140 (51,1)	67 (48,9)	73 (53,3)	
Missing	2 (0,7)	0 (0,0)	2 (1,5)	
Consumo diário de pequeno-almoço				
Não	30 (10,9)	12 (8,8)	18 (13,1)	0,246
Sim	244 (89,1)	125 (91,2)	119 (86,9)	
Missing	0 (0,0)	0 (0,00)	0 (0,00)	
Consumo de fruta				
0-3 peças /semana	78 (28,5)	34 (24,8)	44 (32,1)	0,524
4-6 peças /semana	60 (21,9)	33 (24,1)	27 (19,7)	
≥ 1 - <2 peças /dia	83 (31,5)	41 (29,9)	42 (30,7)	
≥ 2 peças /dia	46 (16,8)	25 (18,2)	21 (15,3)	
Missing	7 (2,6)	4 (2,9)	3 (2,2)	
Ocupação dos tempos livres				
Maior parte do tempo sentado	75 (27,4)	37(27,0)	38 (27,7)	<0,001
Maior parte do tempo de pé e/ou andar	62 (22,6)	23 (16,8)	39 (28,5)	
Metade do tempo ativo e metade do tempo de pé sem outra atividade	75 (27,4)	32 (23,4)	43 (31,4)	
Maior parte do tempo muito ativo	61 (22,3)	45 (32,8)	16 (11,7)	
Missing	1 (4,0)	0 (0,0)	1 (0,7)	
Atividade dominante do fim de semana				
Ver TV, ouvir música, jogar PC	210 (76,6)	93 (67,9)	117 (85,4)	<0,001
Praticar exercício físico	53 (19,3)	38 (27,7)	15 (10,9)	
Missing 11 (4,0) 6 (4,4) 5 (3,6)				
Atividade desportiva extra-escolar				
Nunca	112 (40,9)	48 (35,0)	64 (46,7)	0,002
≤ 1 vez/semana	58 (21,2)	23 (16,8)	35 (25,5)	
2 a 6 vezes/semana	100 (36,5)	64 (46,7)	36 (26,3)	
Missing	4 (1,5)	2 (1,5)	2 (1,5)	

*Valor de prova obtido através de comparações efetuadas pelo teste de Qui-quadrado ou exato de Fisher sem contabilização da categoria Missing

A dimensionalidade da versão portuguesa da escala de Neofobia Alimentar aplicada à população deste estudo foi avaliada anteriormente tendo-se verificado a existência de um fator, que explica 26,8% da variância total dos itens. A avaliação da consistência interna da escala (α de Cronbach=0,69) e da sua validade de constructo apoiam que genericamente esta versão da escala de Neofobia Alimentar apresenta boas características psicométricas na avaliação da evasão a experimentar alimentos novos.

Análise estatística

As variáveis qualitativas são apresentadas sob a forma de proporção e comparadas através do teste de Qui-quadrado ou teste exacto de Fisher, quando apropriado. A magnitude das associações foi avaliada por regressão linear (coeficientes β e respetivos intervalos de confiança a 95%), após ajuste para os potenciais confundidores.

A análise estatística foi efetuada através do software Statistical Package for Social Sciences (SPSS), version 20.0 (SPSS Inc, Chicago, IL, USA).

Resultados

Na Tabela 1 são descritas as características sociais e demográficas e comportamentais dos adolescentes na amostra final e após

estratificação por género: 137 rapazes (50%) e 137 raparigas (50%), maioritariamente com 16-17 anos. Cerca de 50% dos pais tem escolaridade inferior ou igual ao 9.º ano. Aproximadamente 11% dos adolescentes referiu fumar diariamente, sendo esta proporção mais elevada nos rapazes (14,6% *versus* 8,0% nas raparigas); uma maior proporção de raparigas reportou já ter deixado de fumar (23,4% *versus* 12,4% nos rapazes) ($p=0,051$). Aproximadamente metade da amostra refere consumir bebidas alcoólicas com frequência inferior ou igual a vez por semana; uma frequência de consumo semanal, mas não diária foi significativamente superior nos rapazes (15,3 % *versus* 2,9%). Aproximadamente 90% dos adolescentes referiu tomar o pequeno-almoço diariamente. Quanto à prática de atividade física observaram-se diferenças significativas entre sexos; uma maior percentagem de rapazes autopercecionou-se como muito ativo (32,8 % *versus* 11,7%), refere como atividade dominante ao fim de semana a prática de exercício físico (27,7% *versus* 10,9 %) e envolve-se mais frequente em atividades desportivas extra-escolares (46,7% *versus* 26,3%).

Na Tabela 2 apresenta-se a distribuição da pontuação final do índice KidMed na amostra total e por sexos. A mediana da pontuação foi ligeiramente superior nas raparigas (4 *versus*

Tabela 2

Distribuição do Índice KidMed da amostra total e por sexos (mínimo, média, máximo, desvio padrão e percentis)

	Âmbito de variação	Mínimo	P25	P50	P75	Máximo	Média (dp)	Valor-p*
Total	-4; 10	-3	2	4	6	9	3,49 (2,36)	
Rapazes		-1	2	3	5	9	3,29 (2,26)	0,047
Raparigas		2	2	4	6	6	3,70 (2,45)	

*Valor de prova obtido através de comparação efetuada entre sexos pelo teste T-Student para amostras independentes. P25: percentil 25; P50: mediana; P75: percentil 75; dp: desvio padrão

Tabela 3

 Associação entre as características sociais, demográficas e comportamentais dos adolescentes e a pontuação final no Índice KidMed (coeficientes β e respetivos intervalos de confiança a 95%).

	Rapazes		Raparigas	
	β bruto (IC 95%)	β ajustado* (IC 95%)	β bruto (IC 95%)	β ajustado* (IC 95%)
Idade (anos)				
15	0	0	0	0
16	0,65 (-0,34; 1,64)	0,93 (-0,02; 1,89)	0,97 (-0,17; 2,11)	0,93 (-0,33; 2,18)
17	1,19 (0,14; 2,24)	1,12 (0,13; 2,12)	0,59 (-0,56; 1,74)	0,80 (-0,40; 2,01)
18	0,32 (-1,06; 1,71)	1,15 (-0,23; 2,53)	1,72 (0,26; 3,18)	2,20 (0,71; 3,70)
Escolaridade dos Pais (anos)				
≤ 4	0	0	0	0
5-9	-0,56 (-1,73; 0,62)	-0,74 (-1,78; 0,27)	1,57 (0,35; 2,78)	0,64 (0,49; 1,77)
9-12	-0,41 (-1,61; 0,80)	-0,44 (-1,50; 0,62)	1,12 (-0,16; 2,41)	-0,21 (-1,37; 0,95)
>12	0,23 (-1,07; 1,53)	-0,02 (-1,22; 1,19)	1,68 (0,22; 3,13)	0,33 (-1,11; 1,76)
Consumo de Tabaco				
Não	0	0	0	0
Sim, mas já não fuma	-1,30 (-2,41; -0,20)	-1,12 (-2,20; -0,04)	-0,22 (-1,20; 0,76)	0,14 (-0,80; 1,08)
Fuma diariamente	-0,02 (-1,05; 1,01)	0,01 (-0,98; 1,00)	-1,43 (-2,94; 0,08)	-0,69 (-2,36; 0,99)
Fuma, mas não diariamente	-0,14 (-1,47; 1,20)	-0,77 (-2,22; 0,69)	-0,75 (-2,49; 0,99)	-0,84 (-2,44; 0,76)
Consumo Bebidas alcoólicas				
Não	0	0	0	0
Sim, mas já não bebe	0,28 (-0,94; 1,49)	0,14 (-0,92; 1,19)	-0,14 (-1,37; 1,09)	0,26 (-0,89; 1,42)
Algumas vezes/semana mas não diariamente	-0,42 (-1,70; 0,86)	-1,37 (-2,68; -0,06)	-2,45 (-4,94; 0,04)	-1,67 (-4,63; 1,29)
≤1 /semana	0,03 (-0,99; 1,06)	-0,34 (-1,30; 0,63)	-0,57 (-1,60; 0,45)	-0,54 (-1,52; 0,44)
Consumo diário de pequeno-almoço				
Não	0	0	0	0
Sim	1,31 (0,05; 2,58)	1,47 (-1,91; 4,85)	1,39 (0,21; 2,56)	0,61(-0,64; 1,89)
Consumo de fruta				
0-3 peças /semana	0	0	0	0
4-6 peças /semana	0,42 (-0,56; 1,40)	0,18 (-0,71; 1,08)	1,50 (0,46; 2,55)	0,57 (-0,54; 1,68)
≥ 1 - < 2 peças /dia	0,61 (-0,33; 1,54)	-0,04 (-0,92; 0,83)	1,78 (0,86; 2,70)	1,27 (0,34; 2,21)
≥ 2 peças /dia	2,04 (0,98; 3,10)	1,57 (0,50; 2,64)	2,73 (1,60; 3,86)	1,94 (0,78; 3,13)
Ocupação dos tempos livres				
Maior parte do tempo sentado	0		0	0
Maior parte do tempo de pé /ou andar	0,83 (-0,27; 1,93)	0,56 (-0,46; 1,58)	0,29 (-0,77; 1,34)	-0,08 (-1,12; 0,96)

Tabela 3 (Continuação)

	Rapazes		Raparigas	
	β bruto (IC 95%)	β ajustado* (IC 95%)	β bruto (IC 95%)	β ajustado* (IC 95%)
Ocupação dos tempos livres (Continuação)				
Metade do tempo ativo e metade do tempo de pé sem outra actividade	1,23 (0,23; 2,23)	1,25 (0,29; 2,21)	0,14 (- 0,89; 1,17)	0,09 (-0,96; 1,55)
Maior parte do tempo muito ativo	0,98 (0,06; 1,90)	1,04 (0,13; 1,95)	1,49 (0,11; 2,87)	0,88 (-0,44; 2,20)
Atividade dominante do fim de semana				
Ver TV, ouvir música, jogar computador	0	0	0	0
Praticar exercício físico	0,84 (0,04; 1, 64)	0,76(- 0,05; 1,33)	1,17 (-0,10; 2, 43)	0,62 (- 0,56; 1, 79)
Atividade desportiva extra-escolar				
Nunca	0	0	0	0
≤ 1 vez/semana	0,86 (- 0,20; 1,93)	0,33 (- 0,68; 1,33)	0,03 (-0,93; 0,99)	-0,55 (-1,48; 0,39)
2 a 6 vezes/semana	0,38 (-0,43; 1,18)	-0,35 (- 1,14; -0,44)	1,46 (0,51; 2,40)	0,50 (-0,39; 1,39)
Neofobia alimentar				
Por unidade de pontuação	- 0,08 (-0,12; -0,03)	-0,04 (- 0,08; -0,01)	-0,07(-0,12;- 0,03)	-0,08 (-0,12; -0,03)

*Modelo ajustado para todas as variáveis da Tabela.

3, $p= 0,047$), no entanto nos rapazes houve uma maior dispersão da pontuação (variação de -1 a 9 *versus* 2 a 6 nas raparigas).

Na Tabela 3 são descritas as associações entre as características sociais, demográficas e comportamentais dos adolescentes e a adesão ao índice KidMed. Em análise univariada, observou-se uma associação positiva entre a pontuação final do índice KidMed e a idade dos adolescentes e escolaridade dos pais (significativa apenas no caso das raparigas). Foi também observada uma associação positiva significativa com o consumo diário de pequeno-almoço, em ambos os sexos. Nas raparigas, o consumo de fruta apresenta associação positiva e significativa com a adesão ao padrão alimentar mediterrânico, nos rapazes essa tendência apenas se verifica para

maiores frequências de consumo. Adolescentes de ambos os sexos que se auto perceberam como muito ativos apresentaram pontuações significativamente superiores no índice alimentar. Os rapazes cuja atividade dominante do fim de semana é a prática de exercício físico, comparativamente a atividades mais sedentárias, também mostraram uma maior adesão ao padrão alimentar mediterrânico. Particularmente nas raparigas, uma maior frequência de atividade desportiva extra-escolar associou-se positivamente com a pontuação no índice. A adesão ao padrão de alimentação saudável foi significativamente menor nos adolescentes mais neofóbicos de ambos os sexos.

Após ajuste para potenciais confundidores, observou-se em ambos os sexos uma

maior adesão ao índice KidMed nos adolescentes mais velhos, nos consumidores mais frequentes de fruta e nos adolescentes menos neofóbicos. As raparigas com pais mais escolarizados e os rapazes que se auto percionaram como muito ativos em tempos livres e sem história de hábitos tabágicos também mostraram uma maior adesão ao índice KidMed (Tabela 3).

Discussão e Conclusões

Nesta amostra de adolescentes de meio rural observou-se uma maior adesão ao índice KidMed nos adolescentes mais velhos e com estilos de vida indicativos de um padrão comportamental genericamente mais saudável (consumidores mais frequentes de fruta, menos neofóbicos, sem história de hábitos tabágicos e fisicamente mais ativos), o que corrobora o conceito de agregação de estilos de vida¹⁵. Esta agregação de comportamentos, no presente estudo, foi mais evidente nos rapazes, apesar de na literatura estar genericamente descrito que as raparigas apresentam hábitos de consumo mais saudáveis¹³ corroborada no nosso estudo por pontuações superiores na adesão ao índice KidMed¹². A ausência de algumas das associações nas raparigas pode prender-se com o facto de, particularmente nestas faixas etárias, estas não apresentarem ainda muita variabilidade relativamente aos hábitos tabágicos e de exercício físico (a grande maioria é sedentária e sem iniciação tabágica).

Um resultado menos esperado foi a incapacidade de mostrarmos uma asso-

ciação com o nível de escolaridade dos pais, extensivamente descrito na literatura como determinante chave da alimentação¹². Este resultado poderá ser explicado pela natureza desta população rural, em que mais de 50% dos pais apresenta apenas a escolaridade obrigatória.

Vários estudos apontam os efeitos da neofobia alimentar na qualidade da alimentação^{22, 30, 31}, embora sejam muito poucos os estudos que procuram a categorização dos indivíduos face à neofobia alimentar a partir das escolhas alimentares reais (tal como se procedeu no presente estudo). Também neste trabalho, os adolescentes com maiores pontuações na escala de neofobia apresentam menor adesão ao padrão KidMed. Indivíduos mais neofóbicos tendem a optar por uma escolha alimentar limitada quanto às fontes de energia e de nutrientes e uma menor diversidade alimentar, que geralmente têm sido descrita como mais acentuada em indivíduos de baixo estatuto socioeconómico e com residência em meio rural, o que espelha algumas das características da população em estudo¹⁶⁻¹⁸.



Outros trabalhos em adolescentes Portugueses têm mostrado o nível de adesão ao índice Kidmed. Na coorte EPITeen, os autores reportaram uma mediana de adesão de 5 pontos em adolescentes de 13 anos do Porto, semelhante entre rapazes e raparigas³², valores que são ligeiramente superiores aos reportados no presente estudo em adolescentes de um meio rural (pontuação mediana de 3 nos rapazes e de 4 nas raparigas). Também no sul de Portugal encontrou-se que 63% das crianças e adolescentes de Tavira com idades entre os 3 e os 16 anos apresentaram entre 4 e 7 pontos na pontuação final do índice³³, indicativo de que a adesão é moderada, mas que ainda são necessários ajustes para uma boa adesão ao Padrão de Dieta Mediterrânica. De um modo geral, a adesão das famílias portuguesas ao Padrão Alimentar Mediterrânico parece estar a diminuir^{34,35} e nomeadamente os jovens têm vindo a afastar-se desta tradição

alimentar, verificando-se o mesmo panorama nas populações jovens de outros países Europeus, como Espanha²⁷ e Grécia³⁶.

Uma das limitações do presente estudo é o facto de a amostra ser de conveniência, não sendo assim representativa de pessoas de diferentes contextos socioeconómicos o que não permite a generalização dos resultados obtidos a populações com características diferentes das presentes neste estudo. Adicionalmente, embora tenha sido efetuado um esforço para recrutar a totalidade da população-alvo na escola selecionada por conveniência, o reduzido tamanho da amostra, inerente às limitações de recurso humanos e técnicos, poderá ter mascarado algumas das diferenças a estudar, motivo pelo qual se tentou valorizar tanto as diferenças conceptualmente relevantes como as estatisticamente significativas. Contudo, a natureza transversal das associações aqui descritas limita o estabelecimento

Anexo 1

Itens e pontuação do índice KidMed²⁷.

- +1 Consome fruta ou sumo de fruta diariamente;
- +1 Consome uma segunda peça de fruta todos os dias;
- +1 Consome vegetais frescos ou cozinhados regularmente uma vez por dia;
- +1 Consome vegetais frescos ou cozinhados regularmente mais do que uma vez por dia;
- +1 Consome peixe regularmente (pelo menos 2 a 3 vezes por semana);
- 1 Vai a restaurantes de *fast-food* (hamburgers) mais do que uma vez por semana;
- +1 Gosta de leguminosas e consome-as mais do que uma vez por semana;
- +1 Consome massa ou arroz quase todos os dias (5 ou mais vezes por semana);
- +1 Consome cereais ou grãos (pão, etc.) ao pequeno-almoço*;
- +1 Consome frutos secos com regularidade (pelo menos 2 a 3 vezes por semana);
- +1 Utiliza azeite em casa;
- 1 Salta o pequeno-almoço;
- +1 Consome um lacticínio ao pequeno-almoço (iogurte, leite, etc.)*;
- 1 Consome produtos ou bolos processados ao pequeno-almoço;
- +1 Consome dois iogurtes e/ou algum queijo por dia (40g);
- 1 Consome doces e sobremesas várias vezes ao dia.

* Questões não incluídas na versão adaptada do índice KidMed.

de uma sequência temporal entre os determinantes sociodemográficos e comportamentais e a adesão ao Padrão Alimentar Mediterrânico, definido pelo índice KidMed.

Em conclusão, adolescentes de ambos os sexos mais velhos, consumidores mais frequentes de fruta e com menor pontuação numa escala de neofobia alimentar (menor relutância em experimentar alimentos novos) apresentaram uma maior adesão ao Padrão Alimentar Mediterrânico. Rapazes sem história prévia de consumo tabágico e que se auto percecionaram como muito ativos em tempos livres apresentaram igualmente uma maior adesão ao Padrão Alimentar Mediterrânico. Perante estes resultados, torna-se oportuno o desenvolvimento de programas de Saúde Pública centrados na diminuição da resposta neofóbica, e na promoção da prática de exercício físico e do consumo de fruta, de modo a fomentar uma maior adesão a um padrão de alimentação saudável em adolescentes de meio rural.

Bibliografia

- Gidding SS, Dennison BA, Birch LL, et al. Dietary Recommendations for Children and Adolescents: A Guide for Practitioners. *Pediatrics*. 2006; 117:544-59.
- Kastorini CM, Milionis HJ, Goudevenos JA, et al. Mediterranean diet and coronary heart disease: is obesity a link? - A systematic review. *Nutr Metab Cardiovasc Dis*. 2010; 20:536-51.
- Turconi G, Guarcello M, Maccarini L, et al. Eating habits and behaviors, physical activity, nutritional and food safety knowledge and beliefs in an adolescent Italian population. *J Am Coll Nutr*. 2008; 27:31-43.
- Contento IR, Williams SS, Michela JL, et al. Understanding the food choice process of adolescents in the context of family and friends. *J Adolesc Health*. 2006; 38:575-82.
- Jenkins S, Horner SD. Barriers that influence eating behaviors in adolescents. *J Pediatr Nurs*. 2005; 20:258-67.
- Neumark-Sztainer D, Story M, Perry C. Factors influencing food choices of adolescents: findings from focus-group discussions with adolescents. *J Am Diet Assoc*. 1999; 99:929-37.
- Lemos MD, M. C. Hábitos alimentares de adolescentes: Conceitos e práticas. *Arq Ciênc Saúde Unipar, Umuarama*. 2005; 9:3-9.
- Stevenson C Fau - Doherty G, Doherty G Fau - Barnett J, Barnett J Fau - Muldoon OT, Muldoon Ot Fau - Trew K, Trew K. Adolescents' views of food and eating: identifying barriers to healthy eating [Journal Article Research Support, Non-U.S. Gov't DEP - 20060526]. *J Adolesc*. [atualizado em: Jun]. 417-34. Epub 2006 May 26. *J Adolesc*.
- Ayechu Diaz A, Dura Trave T. Mediterranean diet and adolescents. *Nutr Hosp*. 2009; 24:759-60.
- Neumark-Sztainer D, Story M, Perry C, et al. Factors Influencing Food Choices of Adolescents: Findings from Focus-Group Discussions with Adolescents. *J Am Diet Assoc*. 1999; 99:929-37.
- Lai Yeung WL. Gender perspectives on adolescent eating behaviors: a study on the eating attitudes and behaviors of junior secondary students in Hong Kong. *J Nutr Educ Behav*. 2010; 42:250-8.
- Bibiloni Mdel M, Martinez E, Llull R, et al. Western and Mediterranean dietary patterns among Balearic Islands' adolescents: socio-economic and lifestyle determinants. *Public Health Nutr*. 2012; 15:683-92.
- Viana V, Santos, P. L., Guimarães, M. J. Comportamento e hábitos alimentares em crianças e jovens: Uma revisão da literatura. *Psicologia, Saúde e Doenças*. 2008; 9 (2)
- Nicole I Larson, Mary Story, and Cheryl L Perry . Are diet and physical activity patterns related to cigarette smoking in adolescents? Findings from Project EAT [Journal Article Research Support, U.S. Gov't, P.H.S. DEP - 20070615]. *Prev Chronic Dis*. [atualizado em: Jul]. A51. Epub 2007 Jun 15. *Prev Chronic Dis*.
- Sanchez-Villegas A, Delgado-Rodriguez M, Martinez-Gonzalez MA, et al. Gender, age, socio-demographic and lifestyle factors associated with major dietary patterns in the Spanish Project SUN (Seguimiento Universidad de Navarra). *Eur J Clin Nutr*. 2003; 57:285-92.
- Tuorila H, Lahteenmaki, L., Pohjalainen, L., et al. Food neophobia among the Finns and related responses to familiar and unfamiliar foods. *Food Quality and Preference*, 2001 12, 29-37.

17. Olabi A, Najm NEO, Baghdadi OK, et al. Food neophobia levels of Lebanese and American college students. *Food Quality and Preference*. 2009; 20:353-62.
18. Flight I, Leppard P, Cox DN. Food neophobia and associations with cultural diversity and socio-economic status amongst rural and urban Australian adolescents. *Appetite*. 2003; 41:51-59.
19. Hallström L, Vereecken CA, Ruiz JR, et al. Breakfast habits and factors influencing food choices at breakfast in relation to socio-demographic and family factors among European adolescents. The HELENA Study. *Appetite*. 2011; 56:649-57.
20. Rampersaud GC, et al., . Breakfast Habits, Nutritional Status, Body Weight, and Academic Performance in Children and Adolescents. *J Am Diet Assoc.* 2005; 105:743-60.
21. Galloway AT, Lee Y, Birch LL. Predictors and consequences of food neophobia and pickiness in young girls. *J Am Diet Assoc...* 2003; 103:692-98.
22. Cooke L, Carnell, S., Wardle, J. Food neophobia and mealtime food consumption in 4-5 year old children. *International Journal of Behavior Nutrition and Physical Activity* 2006;3:14.
23. Pearson N, Biddle SJ, Gorely T. Family correlates of fruit and vegetable consumption in children and adolescents: a systematic review. *Public Health Nutr*. 2009; 12:267-83.
24. Panagiotakos DB, Chrysohoou C, Pitsavos C, et al. Association between the prevalence of obesity and adherence to the Mediterranean diet: the ATTICA study. *Nutrition*. 2006; 22:449-56.
25. Moreno LA, Rodriguez G, Fleta J, et al. Trends of dietary habits in adolescents. *Critical reviews in food science and nutrition*. 2010; 50:106-12.
26. Fitzgerald A, Heary C, Nixon E, et al. Factors influencing the food choices of Irish children and adolescents: a qualitative investigation. *Health Promot Int*. 2010; 25:289-98.
27. Serra-Majem LI, Ribas L, Ngo J., et al. Food, youth and the Mediterranean diet in Spain. Development of KIDMED, Mediterranean Diet Quality Index in children and adolescents. *Public Health Nutr*. 2004;7:931-5.
28. Pliner P, Hobden K.. Development of a scale to measure the trait of food neophobia in humans.; *Appetite*. 1992;19:105-20.
29. Schickenberg B1, van Assema P, Brug J, et al. Are the Dutch acquainted with and willing to try healthful food products? The role of food neophobia. *Public Health Nutr*. 2008; 11:493-500.
30. Russell CG, Worsley A. A Population-based Study of Preschoolers' Food Neophobia and Its Associations with Food Preferences. *J Nutr Educ Behav*. 2008; 40:11-19.
31. Feart C, Alles B, Merle B, et al. Adherence to a Mediterranean diet and energy, macro-, and micronutrient intakes in older persons. *J Physiol Biochem*. 2012; 68:691-700

Próximo número da Revista Factores de Risco

Nº 31 · Ano 9 · Abril/Junho 2014

Hipertensão Arterial – Tratamento não farmacológico

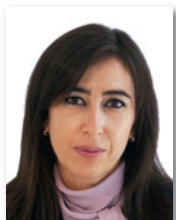
A Revista Factores de Risco da Sociedade Portuguesa de Cardiologia prepara o número do 2.º trimestre de 2014, a publicar em Junho de 2014, dedicado ao tema Hipertensão Arterial – Tratamento não farmacológico

Call for Papers

O Call for Papers está aberto a todos os licenciados de áreas relacionadas com o tema, de instituições nacionais e estrangeiras.

Os artigos deverão ser enviados **até 30 de Abril de 2014** para o Departamento Editorial da SPC, através do email revista@spc.pt

As instruções aos autores poderão ser consultadas no Portal da SPC: www.spc.pt



Alexandra Bento

Nutricionista
Bastonária da Ordem dos Nutricionistas

Entrevista

Dieta Mediterrânica no mundo - Entrevista a Walter C. Willett

A Dieta Mediterrânica é muito mais do que um regime alimentar, representa uma forma de vida e uma parte do património cultural dos países da região mediterrânica. A sua definição não é consensual, em parte porque este padrão alimentar é consideravelmente heterogéneo entre os países Mediterrânicos e mesmo entre regiões do mesmo país.

Muitos estudos definem a Dieta Mediterrânica através da identificação de algumas características comuns, onde se destacam o elevado consumo de hortofrutícolas, cereais, frutos secos e sementes, baixo consumo de carne e produtos lácteos, azeite como gordura de eleição e consumo de vinho. Destacam-se ainda questões sociais como a alimentação em família, onde a confraternização assume um destaque especial, juntamente com a atividade física. De uma forma geral, devido às suas características, é considerada saudável e com efeito preventivo, estando associado a um melhor estado de saúde e à proteção de doenças crónicas.

Nas últimas décadas, têm ocorrido profundas mudanças socioculturais na região do Mediterrâneo que levaram a que as populações modificassem os seus hábitos alimentares, o que teve um impacto significativamente negativo na saúde (por exemplo com o aumento de doenças cardiovasculares, obesidade, diabetes, etc.). Portanto, tornou-se essencial desenvolver atividades que garan-

tam a «sobrevivência» da Dieta Mediterrânica e assim prevenir a doença e promover a saúde pública. Para além disso, a promoção deste estilo de vida poderá ter uma relação direta e uma influência sobre a produção agrícola, na medida em que estimula o consumo destes produtos não só no mercado da bacia do Mediterrânico, mas também no estrangeiro, promovendo a sua exportação.

A 16 de novembro de 2010 a Dieta Mediterrânica foi considerada Património Cultural Imaterial da Humanidade, UNESCO. Posteriormente, a 30 de março de 2013, na sede da Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO), em Paris, deu entrada uma nova candidatura transnacional que, para além de Portugal e da sua comunidade representativa de Tavira, envolve outros Estados e comunidades como Chipre/Agros, Croácia/Hvar e Brac, Grécia/Koroni, Espanha/Soria, Itália/Cilento, Marrocos/Chefchaouen.

Esta nova candidatura, com o objetivo do alargamento da classificação ao Chipre, à Croácia e a Portugal, recebe, em menos de dois minutos, a aprovação por parte da Assembleia Geral no início de dezembro de 2013.

Estando Portugal inserido neste grupo de promotores da Dieta Mediterrânica, criam-se novas oportunidades para a elevação dos produtos locais e do turismo, quer gastronó-

mico, quer cultural, possibilitando igualmente a divulgação dos benefícios para a saúde pública deste estilo de vida, que detém todo um conjunto de características, desde a forma de estar, de como se vive o dia-a-dia ao que se come e como se come.

Para os que ainda apresentam dúvidas em relação a Portugal como sendo um país Mediterrânico, é de salientar que não é o mar que banha um país que faz dele Mediterrânico, é o clima e a natureza, são as produções agroalimentares, as convivialidades e sociabilidades. É sem dúvida alguma a nossa dieta baseada em produtos frescos, da época e produzidos localmente, com características comprovadamente preventivas de doenças

cardiovasculares e cancerígenas, é este estilo de vida enraizado na cultura portuguesa.

Um estudo realizado em 2009, pela Fundação da Dieta Mediterrânica, onde é avaliada a adesão ao Padrão Alimentar Mediterrânico mostrou que os países mediterrânicos se estão a afastar deste Padrão. Portugal, num período de cerca de 40 anos, sofreu um afastamento, caindo do décimo para o décimo oitavo lugar.

Estudos como este alertam para a necessidade de Políticas Nutricionais que combatam a ocidentalização da Dieta Mediterrânica e a perda das suas características benéficas, sendo fulcral a preservação deste nosso tesouro e a transmissão às gerações vindouras.



Walter Willett: Responsável pelo Departamento de Nutrição e Professor de Epidemiologia e Nutrição da Escola de Saúde Pública da Universidade de Harvard.

É neste contexto que quisemos ouvir Walter C. Willett, conceituado especialista no campo da Nutrição e Epidemiologia a nível mundial. Em 1995 foi pioneiro, em colaboração com a WHO, FAO e outras entidades, no desenvolvimento de uma Pirâmide da Dieta Mediterrânica baseada na alimentação tradicional em Creta, Grécia e Itália tal como era praticada no início da década de sessenta¹. Grande conhecedor da dieta mediterrânica e dos seus benefícios para a saúde, em muito tem contribuído para a grande difusão e notoriedade deste padrão alimentar. Escreveu que 70% dos AVC e 90% dos casos de diabetes tipo 2 podem ser evitados

por escolhas alimentares saudáveis consonantes com a dieta mediterrânica tradicional².

AB - De que forma considera uma mais-valia a expansão do número de países integrados na Dieta Mediterrânica como Património Cultural e Imaterial da Unesco?

WW - Este facto é importante porque a DM constitui o padrão alimentar mais apoiado pela evidência científica relativamente à saúde. O reconhecimento pela UNESCO é particularmente relevante porque a DM tradicional tem-se perdido em muitos dos países que lhe deram origem.

AB - Acha que a Dieta Mediterrânica deverá ou poderá ser transversalmente aplicada a todas as culturas?

A DM tradicional tem-se perdido em muitos dos países que lhe deram origem

WW - Esta dieta está a ser adotada, pelo menos em parte, por muitas culturas, porque é simultaneamente agradável e saudável. Claro que no mundo de hoje, muitas pessoas têm mais opções alimentares e não necessitam de comer a mesma dieta todos os dias; a maioria das pessoas prefere, se possível, variar. Uma vez que actualmente conhecemos razoavelmente bem os componentes da DM tradicional, é igualmente possível comer refeições saudáveis com os elementos que constituem a sua base, com pratos e sabores variando de acordo com a localidade, mas com inspiração Mediterrânica.

Adotar e promover a DM em casa e na escola é o mais importante

AB - Conforme referiu, existe mais do que um modelo de alimentação mediterrânica saudável e será necessária pesquisa adicional para determinar se estas variantes aplicadas num contexto contemporâneo têm efeitos favoráveis equivalentes na saúde. Por exemplo, acha que existem diferenças críticas no tipo de amido e no grau de refinação das farinhas?

WW - Sim, presentemente comprovámos que as variantes da DM podem ter efeitos benéficos similares na saúde, ainda que seja possível existirem pequenas diferenças difíceis de detetar. O tipo de amido e o grau de refinação são muito importantes; farinhas altamente refinadas contribuem claramente para o risco de diabetes, doença cardíaca e aumento de peso.

AB - De entre os benefícios conhecidos da Dieta Mediterrânica, qual destacaria como sendo o principal?

WW - A redução da doença cardiovascular é o benefício mais importante uma vez que esta é presentemente a causa número um de morte em quase todos os países.

AB - Qual considera ser a forma mais eficaz de promoção do padrão alimentar mediterrânico junto das camadas mais jovens?

AB - Esta é uma questão séria uma vez que avultadas quantidades de dinheiro são gastas na promoção de comidas e de bebidas que estão a destruir a saúde dos mais jovens. Para o contrariar necessitamos de utilizar outras organizações; adotar e promover a DM em casa e na escola é o mais importante. Mas necessitamos de utilizar outras ferramentas, tal como limitar a publicidade a crianças, tributar os refrigerantes e outras comidas e bebidas prejudiciais. Também podemos aprender muito com os estudos sobre as medidas de controlo do tabaco; os jovens tipicamente reagem a mensagens sobre o facto de estarem a ser explorados por interesses comerciais tendo em vista o lucro.

AB - Considera que o modelo de produção associado à Dieta Mediterrânica é suficiente para garantir a *food security*³ das populações da Bacia Mediterrânica?

WW - Esta é uma boa questão e necessita de uma análise mais detalhada. Contudo, a DM é de um modo geral uma dieta que requer menos recursos e tem uma menor pegada ambiental do que os padrões ocidentais (Europa do Norte) ou do que os padrões alimentares industriais. Isto sucede em virtude da redu-

A DM é de um modo geral uma dieta que requer menos recursos e tem uma menor pegada ambiental do que os padrões ocidentais

zida quantidade de carne vermelha e da baixa a moderada quantidade de laticínios da dieta mediterrânica tradicional. Assim, os cereais são consumidos mais diretamente pelas pessoas em vez de serem dados aos animais. Também a produção de azeite é mais adequada ao ambiente mais árido característico da bacia mediterrânica do que a produção da maioria dos outros óleos vegetais, e por isso constitui uma forma de segurança alimentar. No entanto, alguns países da bacia mediterrânica tiveram grandes aumentos populacionais e não é provável que fossem autossuficientes com qualquer padrão alimentar; todavia têm provavelmente maior segurança com um padrão alimentar mediterrânico.

Bibliografia

1. Willett W.C, Sacks F, Trichopoulou A, Drescher G, Ferro-Luzzi A, Helsing E, Trichopoulos D. Am J Nutr 1995; 61 (suppl): 1402S-6S
2. Willett W C. The Mediterranean Diet: science and practice. Public Health Nutrition: 9(1A), 105-110
3. Nota do tradutor: Food security é aqui traduzido por segurança alimentar e subentende um sentido abrangente, como o da definição da FAO «situação que existe quando todas as pessoas, a qualquer momento, têm acesso físico, social e económico a alimentos suficientes, seguros e nutritivos, que permitam satisfazer as suas necessidades em nutrientes e preferências alimentares para uma vida activa e saudável.» (FAO, 2002. The State of the Food Insecurity, 2001)





Vítor Barros

Investigador Principal no Instituto Nacional de Investigação Agrária e Veterinária, I. P.
Coordenador da Comissão Nacional da Candidatura da Dieta Mediterrânica

Aposta numa agricultura sustentável ao serviço de uma alimentação saudável

Palavras-chave: *Dieta Mediterrânica; Agricultura sustentável*

O título encerra uma complexa tarefa, porquanto o modelo de agricultura sustentável não se encontra muito avançado entre nós.

A agricultura sustentável¹ é uma declinação do conceito de desenvolvimento sustentável, que remonta a 1987 e que é um modo de desenvolvimento que procura conciliar o progresso económico-social e a preservação do ambiente, considerado este como património a transmitir às gerações futuras. Ou seja, é um tipo de desenvolvimento que enfrenta dois grandes desafios, a saber: (1) o uso sensato dos recursos naturais aliado a um progresso técnico orientado para o bem-estar e (2) o respeito pelo princípio da equidade intergeracional.

Nestes termos, para que um sistema de produção alimentar seja sustentável, torna-se necessário que a oferta permita a todas as classes da população serem bem alimentadas, que os impactos ecológicos da alimentação sejam reduzidos, que o futuro da agricultura esteja salvaguardado e que uma economia verde à volta da oferta alimentar ocupe um lugar adequado.

Ora, nenhum destes objetivos foi ainda atingido nas sociedades ocidentais. Pelo contrário, a prática agrícola dominante, na procura de ganhos de produtividade, vem-se caracterizando por uma significativa poluição dos aquíferos, por uma redução apreciá-

vel da biodiversidade, pelo crescente desequilíbrio dos ecossistemas naturais e por gerar quantidades massivas de gases com efeito de estufa.

Reverter esta situação, melhorando o potencial alimentar do planeta constitui, por conseguinte, um desígnio societal, para o que importará melhorar a fertilidade dos solos, limitar a impermeabilização da superfície agrícola e cessar a destruição das florestas.

Em simultâneo uma mudança de paradigma nutricional deverá inspirar as políticas públicas, numa perspetiva de redução da despesa pública com a saúde, pela via da promoção de uma nutrição preventiva.

Um contributo para a resolução da situação descrita passa pelo reforço do papel da agricultura no envolvimento na luta contra o aquecimento climático, promovendo-se o desenvolvimento de uma agroecologia capaz de reforçar as atividades de fotossíntese, de conseguir um crescimento generalizado da matéria orgânica dos solos, de associar melhor as culturas e os rebanhos e de reduzir os *inputs* químicos.

O peso orçamental da alimentação nas despesas familiares não tem parado de se reduzir em detrimento de outros consumos de massa². Com efeito, de cerca de 30% nos finais dos anos oitenta do século passado, atualmente cifra-se em 13,3%. Peritos internacionais chamam a atenção para o facto de

A agricultura sustentável (...) é um modo de desenvolvimento que procura conciliar o progresso económico-social e a preservação do ambiente, considerado este como património a transmitir às gerações futuras.

que importará manter este tipo de despesas em torno dos 15 a 20%, por forma a estabilizar as despesas com a saúde.

Para podermos atingir um padrão de alimentação saudável importa então organizar a produção alimentar em função de uma nutrição preventiva, pela utilização de uma larga gama de produtos vegetais naturais (cereais, frutas e legumes e leguminosas secas), complementada com consumos moderados de produtos animais e óleos vegetais. A exploração adequada da diversidade da qualidade nutricional dos referidos alimentos resultará na composição de centenas ou milhares de receitas.

Infelizmente acabou de se proceder a mais uma reforma da Política Agrícola Comum (PAC), em que este grande desígnio de adaptar as produções agrícolas às necessidades nutricionais humanas não esteve no centro das preocupações.

Com efeito, constituindo a melhoria da disponibilidade de frutos e legumes uma missão maior que a sociedade deverá esperar dos seus agricultores, a PAC tem contribuído para que os nossos campos estejam cada vez mais ocupados com prados e pastagens permanentes ou grandes culturas para a alimentação animal e cada vez menos com terra arável e culturas permanentes.

O caso português inscreve-se nesta tendência, com a agravante do crescimento da área de pastagens permanentes se basear na expansão de pastagens pobres, que dão contributos insignificantes para a produção forrageira e para a proteção e valorização do ambiente e da biodiversidade. Ou seja, em termos de ocupação e uso do solo, o perímetro territorial da agricultura convencional das grandes culturas e dos sistemas que lhe têm vindo a suceder por degradação/extensificação tem vindo a aumentar, ao invés de ser limitado para dar lugar a modelos alternativos de exploração com vocação alimentar.



De acordo com uma preocupação de desenvolvimento sustentável, deveremos desejar que os consumidores adotem padrões alimentares naturais, mais vegetarianos, limitando o consumo de produtos transformados, procurando produções de proximidade e de estação e fazendo uma cozinha simples.

Importa, pois, ter uma outra ambição e pôr a política ao seu serviço, designadamente pelo apoio a modos de produção biológico, de proteção e produção integradas, sementeira direta, de fileiras nutricionais produtoras de alimentos funcionais naturalmente ricos em ómega 3.

É um facto que muitas das alternativas defendidas passarão por mudanças nos comportamentos dos consumidores. Mas também é verdade que terá que haver forte vontade política para os sensibilizar.

Em termos concretos, se se pretende privilegiar sistemas alimentares com impacto positivo na saúde e na pegada ecológica, de acordo com uma preocupação de desenvol-

vimento sustentável, deveremos desejar que os consumidores adotem padrões alimentares naturais, mais vegetarianos, limitando o consumo de produtos transformados, procurando produções de proximidade e de estação e fazendo uma cozinha simples.

É certo que nos encontramos numa fase de transição alimentar, caracterizada por fortes alterações energéticas. Em média consumimos cerca de 750 calorias a mais por dia, substituímos alimentos ricos em amido por alimentos ricos na dupla infernal açúcar-matéria gorda, continuamos a adicionar generosamente sal e outros aditivos. Aqui chegados temos duas opções: ou seguimos nesta trajetória, com todas as doenças civilizacionais a ela associadas e de todos bem conhecidas, ou revertemos a situação.

A favor da reversão e, portanto, da adoção de comportamentos alimentares saudáveis, encontra-se reunido um conjunto de condições para se poder construir uma oferta alimentar segura: dispõe-se, como nunca, de recomendações nutricionais de alta qualidade e fiabilidade e



conhece-se a natureza e a bondade de regimes tradicionais.

A este último respeito, foi recentemente reconhecida a Dieta Mediterrânica (DM) como Património Cultural Imaterial da Humanidade, facto que cria uma oportunidade única para contribuir para a resolução de muitas das questões elencadas ao longo do texto.

À luz dos grandes princípios que caracterizam a DM³ ganhamos todos em observar uma maior sobriedade energética. O consumo médio diário atual por português ultrapassa as 3800 calorias⁴. É caso para dizer «não havia necessidade». Aliás, uma das chaves da prevenção é, segundo especialistas, não colocar o organismo em luta contra o excesso de energia.

Um outro ponto fraco diagnosticado frequentemente liga-se com a extrema pobreza em micronutrientes em relação ao seu conteúdo energético dos alimentos transformados.

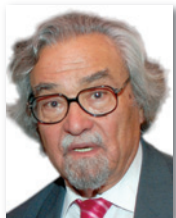
A qualificação da DM como PCIH constitui também uma oportunidade para voltar a agricultura para a produção de outras culturas, como é o caso das leguminosas secas, em queda acentuada de consumo e mesmo este feito, no essencial, a partir de importações.

Bibliografia

1. BARROS, Vítor, Agricultura e Desenvolvimento Rural Sustentáveis: Políticas públicas e sua aplicação no caso da Companhia das Lezírias, in Agrorural. Contributos Científicos, INRB e INCM, 2011: 480-492
2. INE, Inquéritos às Receitas e Despesas Familiares (vários anos)
3. BARROS, Vítor (Coordenador), Dieta Mediterrânica. Um Património Civilizacional Partilhado, 2013, 22 p.
4. INE, Estatísticas Agrícolas, (Balanças Alimentares)

Bibliografia selecionada

- AAVV, Méditerranée. La Diète Méditerranéenne pour un Développement Régional Durable, CIHEAM, 2012
- Museu Municipal de Tavira, Dieta Mediterrânica. Património Cultural Milenar, CM Tavira, 2013, 81 p.
- Valagão, Maria Manuel (Org.), Natureza, Gastronomia e Lazer - Plantas silvestres alimentares e ervas aromáticas condimentares, Edições Colibri, 2009



Polybio Serra e Silva

Professor Catedrático Jubilado da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra e Presidente do Conselho Científico e da Delegação Centro da Fundação Portuguesa de Cardiologia

Ciência e Criatividade

Finalmente a Dieta Mediterrânica já está no seu lugar

O galardão concedido à Dieta mediterrânica - «Património Imaterial da Humanidade» - autoriza-nos a tecer algumas considerações a propósito de um dos seus componentes, o vinho. Depois de uma abordagem que brevemente enuncia alguns marcos que foram fundamentais para a evolução do conhecimento dos seus benefícios para a saúde, faremos numa prosa poética de inspiração mediterrânica uma descrição dos seus cinco sentidos.

Embora desde 400 a.C. as qualidades terapêuticas do vinho sejam conhecidas e exploradas, a começar por Hipócrates, depois por Louis Pasteur, em 1819 quando Samuel Black observou fenómeno semelhante e, também em 1979 quando a revista *The Lancet* publicou o «estudo dos 18 países»¹, foi na década de 90 que, sem encobrir os perigos do excesso do seu consumo, se começou a chamar a atenção para os efeitos positivos, na saúde, do consumo moderado de álcool e se atentou no facto do vinho nos países mediterrânicos ser um acompanhamento das refeições diárias.

Não obstante tal tecla já estar gasta de tanto batida, julgamos que deve ser mencionado o estudo de Serge Renaud², do Institut National pour la Santé et la Recherche Médicale em Bordeaux, com um universo de 34 mil homens da França de leste em que constataram que, com uma dieta repleta de gorduras,

o povo francês sofria de menos problemas coronários e se mostrava comparativamente menos gordo do que os seus vizinhos e, especialmente, do que os americanos. A conclusão do estudo atribuía o fenómeno ao facto dos franceses terem o hábito de tomar vinho diariamente, com as refeições.

A divulgação deste fenómeno, conhecido como o paradoxo francês, foi feita inicialmente nos Estados Unidos, no programa 10 minutos, da rede de televisão CBS, em 17 de Novembro de 1991, por Serge Renaud que, em Junho do ano seguinte, juntamente com Lorgeril, publicou em *The Lancet*, o artigo *Wine, alcohol, platelets, and the French paradox for coronary heart disease*³, em que apresenta, à comunidade científica, as suas conclusões: «a ingestão leve a moderada de bebidas alcoólicas, sobretudo vinho, reduz o risco das doenças cardiovasculares de 40 a 60%».

Vários lustros passados, são muitos os estudos que confirmam estes resultados e explicam os mecanismos pelos quais essa protecção acontece, evidenciando outros efeitos favoráveis do vinho, como a longevidade e a neuroprotecção. No entanto, o medo dos danos que o consumo abusivo de álcool pode causar impede, por haver algum ceticismo, que esse novo conceito se consolide. Não há dúvida que, estudos feitos a partir do paradoxo francês, mostram que é possível juntar ao prazer da bebida benefi-

cios para a saúde, desde que o vinho seja ingerido junto com as refeições, de maneira regular e moderada, e somente se não houver contra-indicação quanto ao consumo de bebidas alcoólicas.

Contudo, como quando comparados com as pessoas que não bebem bebidas alcoólicas ou ingerem outro tipo de bebidas, os apreciadores de vinho comem mais fibras, menos gordura saturada e menos colesterol, poderemos perguntar em que medida o efeito protector do vinho, é devido ao álcool *per se* ou, antes, às características associadas aos que bebem ligeira a moderadamente.

Em qualquer dos casos, e uma vez que Hipócrates (Pai da Medicina) entendia que «o vinho é uma substância maravilhosamente apropriada ao homem, na saúde e na doença, se o administrarmos, na justa medida, segundo a constituição de cada um», somos levados a fazer uma vénia a tão precioso néctar, dizer que tomamos vinho porque gostamos, nos dá prazer e nos desperta curiosidade para um mundo complexo e repleto de diversidade, cultura e história, e informar, quem nunca se apercebeu disso, que o vinho também tem, como nós, 5 sentidos, dos quais iremos falar.



Os 5 sentidos do Vinho

*Se o vinho solicita
E excita
Todos os sentidos do homem
Para o único prazer
Da apreciação
Da degustação,
Também o homem
Ser
Dotado de sentidos e emoções
Liberta as suas pulsões
Para a última harmonia gustativa
Oferecida
Pelas infinitas e nobres facetas
No vinho descobertas.
Façamos então
Uma excursão
Lúdica e original
Por umas Caves, caminho
Ideal
Para nos levar à descoberta do vinho
Sob qualquer expressão:*

*A **visão**,
O **olfacto**,
O **gosto**, a **audição**
E o **tacto**...*

*Um mundo de 5 sentidos a explorar
Para a finalidade única do paladar
Duma sensação nova:
- O prazer da prova!*

*Neste caminho,
O primeiro contacto com o vinho
É a **visão**
Que faz uma revisão
Para julgar
Brilho, limpidez
Ou, por sua vez,
Cores e transparência
Sinais de evidência
Transmitidos
Oferecidos
Ao nosso olhar
Que os vai apreciar
Julgar*

*Recordar
Ou, com eles, se ofuscar.
Ao vinho, o vestuário empresta
Um hábito de festa
Com mil nuances de cor
Dignas da paleta dum pintor
E reflexos difusos
Profusos
Com uma coloração
Uma postura
Dignas duma criação
De Alta Costura.*

*Neste passeio furtivo
O **exame olfactivo**
- É, neste caminho,
O segundo contacto com o vinho:
O nariz cheira
Esta fonte infinita
De perfumes e aromas
Da terra inteira
E explora
Esta porta aberta
Para a fauna e flora
Fonte de prazer e descoberta.
Um bouquet de aromas mil
Para cheirar
Exprime-se, sem cessar,
Numa variedade subtil,
Renovada
E misturada,
Colhendo sensações
Que ficam na história,
Na memória
Das mais vivas emoções.*

*Outra expressão
É a que respeita à **audição**.
Da vinha à taça
O vinho traça
Um caminho que produz som
E se exprime num tom
De pequena música barroca
Que foca,
Em cada som,
Uma cena vivida,
Uma parcela da sua vida:
O ciclo vegetativo,*

Agressivo,
 Da vinha martelada,
 Maltratada
 Por golpes mortais
 E cortes sazonais.
 Cantos de vindimadeira
 Na toeira
 Duma canção,
 A efervescência da vinificação
 E recolha em Cave que o integre
 Num mundo,
 Numa prova sobre fundo
 De festa alegre.

Por fim
 A boca, enfim
 O **gosto**, o sabor,
 Recompensa última do provador!
 Depois do olfacto,
 O vinho invade o palato
 De quentes sensações,
 Informações
 Dos quatro sabores de base:
 Ácido, salgado,
 Amargo ou açucarado
 Que, exaltados pela temperatura bucal,
 Ideal,
 Se exprimem numa paleta intensa,
 Densa
 E complexa,
 Cuja memória persiste,
 Mais tempo do que na vista existe,
 Atrás da boca
 Em prolongado odor
 Para um equilíbrio perfeito.

O vinho foi eleito
 Para se casar por amor
 Com a sua amada
 A Cozinha mais refinada,
 Convidando ao prazer subtil dos gulosos
 De acordo com os vinhos mais saborosos.

Quanto ao **tacto**...
 De facto:
 "É proibido tocar"
 É a divisa para conservar
 O vinho, essência

Frágil, ao longo da sua existência,
 Não obstante o álcool presente
 Que, em cada momento,
 Persistentemente,
 É uma armadura contra o tempo...

Deixá-lo repousar
 À sombra das Caves, com devoção
 E só lhe tocar,
 Com o olhar,
 Como em oração
 Para uma metafísica abstracção!

Bibliografia

1. St Leger AS, Cochrane AL, Moore F. Factors associated with cardiac mortality in developed countries with particular reference to the consumption of wine. *Lancet*. 1979 May 12;1(8124):1017-20.
2. Renaud SC, Guéguen R, Schenker J, d'Houtaud A. Alcohol and mortality in middle-aged men from eastern France. *Epidemiology*. 1998 Mar;9(2):184-8.
3. Renaud S, de Lorgeril M. Wine, alcohol, platelets, and the French paradox for coronary heart disease. *Lancet*. 1992 Jun 20;339(8808):1523-6.



Elsa Feliciano

Licenciada em Ciências da Nutrição pela Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto
Assessora de Nutrição da Fundação Portuguesa de Cardiologia
Nutricionista na ARS do Centro - Departamento de Saúde Pública e Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Mondego

Bibliografia seleccionada

Já passaram algumas décadas desde que o epidemiologista norte-americano Ancel Keys estudou pela primeira vez a relação benéfica entre a alimentação e o estilo de vida dos povos do mediterrânico e a saúde; posteriormente muitos outros investigadores a têm estudado em vários países, e é cada vez mais evidente que a Dieta Mediterrânica é um dos padrões alimentares mais saudáveis e equilibrados do mundo.

Em Portugal nunca tanto se falou sobre o assunto, mas não é para menos: a UNESCO considerou a Dieta Mediterrânica como Património Imaterial da Humanidade. Um reconhecimento de que a nossa história, a nossa cultura, a nossa gastronomia... enfim a nossa forma de viver fazem parte deste enorme Património que importa preservar, divulgar e incentivar.



Qué es la dieta mediterránea? 2002. Barcelona: Fundación Dieta Mediterránea.

Dieta mediterránea: beneficios y promoción. 2004. Barcelona: Fundación Dieta Mediterránea

Serra-Magem L, Trichopoulou A, Ngo de La Cruz J, Cervera P, García Alvarez A, La Vec-

chia C, Lemtouni et Trichopoulos D, on behalf of the International Task Force on The Mediterranean Diet. **Does The definition of the Mediterranean diet need to be Updated?** Public Health Nutrition 2004. 7 (7) 927-929

Serra-Magem Lluís, Roman Blanca, Estruch R. **Scientific Evidence of Interventions Using the Mediterranean Diet: A Systematic Review** Feb.2006; vol 64 Nº2: S27-S47

Willett, W. C. **The Mediterranean diet: science and practice.** *Public Health Nutrition*, (2006). 9(1A), 105-110.

Scoullou Michael, Malotidi Vasiliki. **Alimentação Mediterrânica - Aspectos Históricos, Ambientais, Culturais e de Saúde.** MIO-ECSDE. 2007

Durão C R, Oliveira J F S, de Almeida M D V. **Portugal e o Padrão Alimentar Mediterrânico.** *Revista de Alimentação Humana*. 2008,14 (3). 115-128.

Bach-Faig, Anna. Berry, Elliot M.Lairon, Denis. Reguant, Joan.Trichopoulou, Antonia.Dernini, Sandro.Medina, Xavier F.Battino, Maurizio.Belahsen, Reikia.Miranda, Gemma.Serra Majem, Lluís. **Mediterra-**

nean diet pyramid today. Science and cultural updates. Public Health Nutrition. 2011; 14 (12A). 2274-2284.

Valagão M.M. **Dieta Mediterrânica, Património Imaterial da Humanidade.** Revista da Associação Portuguesa de Hortifruticultura. 2011-105. 23-27

Mediterra 2012. La diète méditerranéenne pour un développement régional durable / Centre international de hautes études agronomiques méditerranéennes (CIHEAM). – Paris: Presses de Sciences Po, 2012.



Artigos sobre Dieta Mediterrânica em anteriores números da Revista Factores de Risco

Andreia Oliveira, José Santos. **Alimentação e Doença Coronária** Revista Factores de Risco, Nº9 ABR-JUN 2008 Pág. 82-89

João Sequeira Duarte. **As Dietas em Debate: mediterrânica, ou com pouca gordura, ou dieta pobre em carboidratos?** (Comentário aos Resultados do Dietary Intervention Randomized Controlled Trial - DIRECT) Revista Factores de Risco, Nº11 OUT-DEZ 2008 Pág. 80-83

Carla Lopes. **A importância da nutrição e de uma alimentação saudável para a saúde dos indivíduos e das populações.** Revista Factores de Risco, Nº13 ABR-JUN 2009 Pág. 70-73

Carla Moura Pereira **Redução da incidência de Diabetes Tipo 2 e Dieta Mediterrânica:** Comentário ao estudo de intervenção nutricional PREDIMED - Reus Revista Factores de Risco, Nº20 JAN-MAR 2011 Pag. 94-97

Maria Paes de Vasconcelos **Obesidade e Dieta Mediterrânica** Revista Factores de Risco, Nº21 ABR-JUN 2011 Pag. 82-84

Carla Pedrosa. **A dieta mediterrânica reduz o risco de síndrome metabólica** (Comentário ao artigo: Adherence to Mediterranean diet reduces the risk of metabolic syndrome: A 6-year prospective study) Revista Factores de Risco, Nº29 ABR-JUN 2013 Pag. 52-55



Seleção de Vídeos

Ancel Keys & Mediterranean Diet

Uma das últimas entrevistas de Ansel Keys, acompanhado de sua mulher Margareth na sua casa de Pioppi na província de Salerno, Itália.

<http://www.youtube.com/watch?v=FbqrsxKLkHQ>

Dieta Mediterrânica

Candidatura Portuguesa da Dieta Mediterrânica a Património Imaterial da UNESCO

Município de Tavira

<http://www.youtube.com/watch?v=Qy4hflbQdOM&list=UUEmVgYJoNuW8zAheiqQadQ>

Mediterranean diet

Inscrição em 2013 (8.COM) na Lista Representativa do Património Cultural Imaterial da Humanidade

UNESCO

<http://www.unesco.org/culture/ich/RL/00884>

CONVENÇÃO PARA A SALVAGUARDA DE PATRIMÓNIO CULTURAL IMATERIAL



COMISSÃO INTERGOVERNAMENTAL PARA A SALVAGUARDA DE PATRIMÓNIO CULTURAL IMATERIAL

Oitava Sessão
Baku, Azerbaijão
2 a 7 de Dezembro de 2013

DECISÃO 8. COM 8.10

A Comissão

1. Toma nota de que o Chipre, a Croácia, a Espanha, a Grécia, a Itália, Marrocos e Portugal candidataram a **Dieta Mediterrânica** (Nº 0084) para inscrição na Lista Representativa do Património Cultural Imaterial da Humanidade:

A dieta mediterrânica envolve um conjunto de saberes-fazer, conhecimentos, rituais, símbolos e tradições sobre cultura, ceifa, pesca, criação de animais domésticos, conservação, processamento, culinária e em particular a partilha e o consumo de comida. Comer em conjunto é o fundamento da identidade cultural e a continuidade das comunidades através da bacia mediterrânica. É um momento de intercâmbio social e de comunicação, uma afirmação e renovação da identidade da família, do grupo e da comunidade. A dieta mediterrânica realça os valores de hospitalidade, de vizinhança, de diálogo e de criatividade interculturais e um modo de vida orientado pelo respeito pela diversidade. Tem um papel vital nos espaços culturais, festivais e celebrações, reunindo pessoas de todas as idades, condições e classes sociais. Inclui o artesanato e a produção de recipientes tradicionais para o transporte, preservação e consumo de comida, incluindo pratos de cerâmica e copos. As mulheres têm um papel importante na transmissão dos saberes-fazer e conhecimentos da dieta mediterrânica, na salvaguarda das suas técnicas, no respeito dos ritmos sazonais e dos eventos festivos e na transmissão dos valores deste elemento às novas gerações. Os mercados locais de alimentos desempenham também um papel chave como espaços culturais e de divulgação da dieta mediterrânica com a prática diá-

ria de intercâmbio, de concordância e de respeito mútuo.

2. Decide que, a partir da informação incluída no processo, a nomeação satisfaz os seguintes critérios para inscrição na Lista Representativa: R.1: Transmitida de geração em geração, em particular através das famílias, a dieta mediterrânica providencia um sentimento de pertença e de partilha e constitui para aqueles que vivem na bacia mediterrânica um marcador de identidade e um espaço de partilha e de diálogo;

R.2: A inscrição na Lista Representativa podia contribuir para incrementar a consciência do significado das práticas relacionadas com alimentação saudável e sustentável noutras partes do mundo e ao mesmo tempo encorajar o diálogo intercultural, testemunhar a criatividade e promover o respeito pela diversidade cultural, ambiental e biológica;

R.3: As medidas de salvaguarda centram-se na consciencialização, na transmissão, na documentação, na revitalização bem como em ações legislativas; é enfatizado o estreitamento dos mecanismos de cooperação entre as comunidades e os Estados interessados;

R.4: Em diversas reuniões, as comunidades interessadas, provenientes de sete países, participaram na preparação da candidatura e deram o seu consentimento livre, prévio e informado;

R.5: A dieta mediterrânica e as suas manifestações locais têm sido objeto de pesquisa e de documentação em cada um dos Estados interessados e figuram em um ou mais inventários em cada Estado.

3. Inscribe a **dieta mediterrânica** na Lista Representativa de Património Cultural Imaterial da Humanidade.

Fonte: <http://www.unesco.org>

(traduzido para português do original em inglês e francês)

Compromisso e Qualidade ao serviço da Saúde



▪ Bicicleta estática



▪ Passadeira de corrida



▪ Bola de ginástica

A Bramédica está presente no mercado há 30 anos.

Período na qual optou por uma postura de qualidade, alta tecnologia e serviço premium na distribuição de equipamentos médicos, material cirúrgico e equipamento hospitalar, com variadíssimos exemplos de sucesso na montagem de clínicas e hospitais.

Áreas de atuação:

- Desporto
- Fisioterapia
- Cardiologia
- Ginecologia / obstetrícia
- Ortopedia
- Bloco operatório
- Medicina no trabalho
- Dentária



Sociedade Portuguesa de
CARDIOLOGIA



217 817 630



revista@spc.pt



Campo Grande, 28 - 13° - 1700-093 Lisboa



www.spc.pt



spc.pt/cardiotv



facebook.com/factoresderisco