



Duas realidades agora...para futuros não muito diferentes! A propósito do artigo “Timor - Queluz: Duas realidades geográficas, culturais e económicas. Que diferenças no estado nutricional?”

Carla Rego

Serviço de Pediatria. Unidade Autónoma de Gestão da Mulher e da Criança. Hospital de S. João. Porto

É consensual que os indicadores da saúde pediátrica são o melhor marcador não apenas do nível socio-económico e cultural de um país mas são, sobretudo, o factor de predição mais sensível da “qualidade” das suas gerações futuras. De entre os indicadores da saúde pediátrica, o estado de nutrição é o marcador mais sensível da saúde individual e comunitária.

Numa perspectiva individual, o estado nutricional ao nascimento e durante os primeiros anos de vida determina, em grande medida, o futuro daquele indivíduo. Tal conceito aplica-se não apenas a aspectos relacionados com o estado de saúde em geral e o risco de doença mas também á qualidade cognitiva e intelectual futura. Complexos processos de programação metabólica na dependência, entre outros factores, de um estado aumentado de *stress* oxidativo estão directamente relacionados com desequilíbrios - por carência ou excesso - da quantidade e qualidade da oferta nutricional durante as ultimas semanas de gestação e os primeiros meses de vida. Assim se assume pois que a existência de factores ambientais adversos, nomeadamente carências socioeconómicas ou culturais condicionantes de hábitos alimentares inadequados às necessidades em macro e micronutrientes de cada fase de crescimento e desenvolvimento do feto, da criança e do adolescente, é um dos principais factores da ocorrência de compromisso primário da condição nutricional.

A malnutrição traduz um estado patológico. Podendo expressar-se com intensidade variável, a sua tradução clínica pode ser por defeito (desnutrição), por excesso (obesidade) ou ainda por desequilíbrio nutricional (desproporção entre nutrientes essenciais com ou sem carência). Erros por insuficiência (global ou específica) traduzem-se em compromisso do crescimento bem como se associam a alterações severas de desenvolvimento (do sistema nervoso central, da imunidade, de aspectos cognitivos...) e a risco aumentado de doença cardiovascular e neoplásica na idade adulta enquanto erros por excesso ao condicionarem sobrepeso/obesidade estão cada vez mais associados a patologia crónica do adulto no-

meadamente do foro cardiovascular (hipertensão arterial e dislipidemia) e a alterações do metabolismo da glicose com resistência à insulina e diabetes 2.

Populações que atravessam períodos de desorganização social e económica com carências globais graves, traduzidas por ausência de oferta alimentar e más condições sanitárias em geral, tal como o presente estudo demonstra ocorrer em Timor, à data de 2002, arriscam-se a ver comprometida a qualidade de vida de mais de duas gerações. Porque não se trata apenas do compromisso do desenvolvimento global - físico e intelectual - da sua população mais jovem (as crianças) tratando-se sim e sobretudo do compromisso das gerações futuras fruto da gestação de adolescentes que, em período fértil (e nestes países geralmente a procriação começa em idades precoces), apresentam um compromisso do seu estado nutricional. A população estudada de Timor regista, à data da avaliação, uma prevalência de 12,1% de desnutrição grave, traduzida não apenas pelo indicador do estado nutricional global (zs-IMC), mas sobretudo pelo esgotamento das reservas energéticas de curto e médio/longo prazo do organismo, traduzidas pelo teor de massa gorda e a massa magra. Carências globais graves serão a ponta do iceberg pois traduzem a situação nutricional de um grupo extremo num contexto social desfavorável mas encontram-se frequentemente associadas a uma prevalência maior de carências específicas em vitaminas e minerais na globalidade da população ou pelo menos numa percentagem significativa. De entre as mais frequentes neste contexto geográfico e socio-económico devem destacar-se a carência em ferro (muitas vezes agravada pela espoliação associada a parasitoses na dependência das más condições higieno-sanitárias), a avitaminose A, a carência em iodo, bem como em cálcio, cuja tradução clínica (osteopenia e osteoporose precoces e compromisso da formação do esmalte dentário quando aliada ou não à carência em flúor) é geralmente mais tardia (3ª década de vida.). Muito embora não tenham sido avaliados os indicadores clínicos do estado nutricional (pele e faneras), a presen-

Recebido: 10.11.2006

Correspondência:

Carla Rego
Serviço de Pediatria.
Unidade Autónoma de Gestão da Mulher e da Criança
Hospital de S. João
Alameda Prof. Dr. Hernâni Monteiro - 4202-451Porto
E-mail: carla.rego@mail.telepac.pt

ça de uma proporção tão elevada de desnutrição grave, bem com a provável existência de casos de carências “específicas”, mesmo na ausência de um compromisso marcado do estado nutricional, devem ser tidas em consideração quando se programarem as medidas correctivas de intervenção.

Queluz, como os autores referem, é uma zona geográfica particular. Sendo limítrofe de uma grande cidade, apresenta uma população étnicamente miscenizada e com fluxos migratórios significativos. Muito embora não tenha sido feita esta caracterização, frequentemente o nível cultural e socio-económico dos habitantes destas zonas justa-cosmopolitas é baixo. É frequente também existirem particularidades culturais que definam certas opções alimentares, por vezes não muito facilmente realizáveis fora dos próprios países. Ao viverem num país sem carência de oferta global é pois relativamente fácil o acesso ao alimento, sendo este apenas limitado pelo poder económico. A indústria alimentar tem realizado o prodígio, ao longo dos últimos anos, de fabricar a muito baixo preço alimentos energeticamente densos à custa de gordura e açúcares simples, mas totalmente desequilibrados. Não havendo restrições de oferta mas, por outro lado, existindo por vezes alguma limitação económica, bem como frequentemente estruturas familiares que não privilegiam a confecção e consumo caseiro e em família de refeições saudáveis (são frequentemente famílias de ambos os progenitores trabalhadores, por vezes famílias disfuncionais), a escolha reside no mais barato, de compra e armazenamento fácil mas que perversamente é frequentemente o mais desequilibrado. Assim, assiste-se na população de Queluz a um “adequado” estado nutricional no que respeita aos marcadores antropométricos. Duas questões se colocam no entanto. A primeira relaciona-se com a pouca fiabilidade que os marcadores antropométricos apresentam na caracterização real do estado nutricional, ou seja, muito embora com um índice de massa corporal adequado, com apenas um caso detectado de desnutrição, tais aspectos apenas definem um adequado aporte energético-proteico e nada dizem do equilíbrio nutricional, nomeadamente em macro e microminerais e vitaminas, factores determinantes para que se considere o estado de saúde adequado. Em segundo lugar, começa a levantar-se a questão do risco em que estas comunidades se encontram de desenvolver sobrepeso e obesidade. Na realidade, está descrito uma maior prevalência de obesidade em populações economicamente desfavorecidas residentes em zonas de desenvolvimento socio-económico médio - elevado. Há como que uma incapacidade do crescimento secular das populações poder acom-

panhar o rápido incremento ponderal verificado na dependência da mudança profunda dos estilos de vida.

Como conclusão, pode dizer-se que este estudo confronta-nos, de uma forma abrangente, com algumas questões frequentemente “negligenciadas” na nossa rotina diária mas determinantes da saúde futura das nossas populações. De entre elas podem referir-se três: a primeira reporta-se à importância de uma adequada avaliação do estado nutricional dever constar de todas as consultas de seguimento da criança e do/a adolescente, no sentido de garantir a médio e longo prazo a plena eficácia intelectual bem como o mais adequado estado de saúde; a segunda reporta-se à consciencialização da relatividade da utilização de marcadores antropométricos na caracterização do estado nutricional como marcador de saúde; finalmente a terceira aponta-nos para a importância da realização de estudos comunitários pois, muito embora toda a dificuldade que encerram, são o melhor barómetro das mudanças sócio-culturais registadas na dependência da evolução tecnológica bem como da miscenização e globalização das populações, permitindo traçar estratégias de intervenção e prevenção.

... E a prevenção deverá cada vez mais ser uma vertente de intervenção activa do pediatra.

Referências

- Barker DPJ, Bull AR, Osmond C, Simmonds SJ. Fetal and placental size and risk of hypertension in adult life. *Br Med J* 1990;301:259-62.
- Barker DPJ, Hales CN, Fall CHD, Osmond C, Phipps K, Clark PMS. Type 2 (non-insulin-dependent) diabetes mellitus, hypertension and hyperlipidemia (syndrome X): relation to reduced fetal growth. *Diabetologia* 1993;36:62-7.
- Barker DJP, Eriksson JG, Forsen T, Osmond C. Fetal origins of adult disease: strength of effects and biological basis. *Int J Epidemiol* 2002;31:1235-1239.
- Barker DJP, Osmond C, Forsen TJ, Kajantie E, Eriksson JG. Trajectories of growth among children who later develop coronary heart disease or its risk factors. *New Engl J Med* 2005;353:1802-9.
- Guerra A. Avaliação do estado de nutrição. In “Nutrição Pediátrica. Princípios Básicos”. Ed. Aires Cleofas da Silva e João Gomes Pedro. Lisboa, 2005.
- Rego C. Alimentação e cálcio. In: Nutrição Pediátrica. Ed: Jaime Salazar de Sousa. Nestlé Nutrição Infantil 2005; 69-90.
- Rego C. Obesidade na criança e no adolescente. In: “Nutrição Pediátrica. Princípios Básicos”. Ed. Aires Cleofas da Silva e João Gomes-Pedro. Lisboa, 2005.