

Nutrição e Doença Cardiovascular — 1ª parte

Nutrition and cardiovascular disease - Part 1

José Cardoso*

Resumo

O autor descreve de forma resumida a classificação dos factores de risco cardiovascular e a sua influência na modulação dos estilos de vida ocidentalizados. Os padrões alimentares são também sumariamente referidos, bem como o seu papel na pandemia das doenças do conglomerado. Para terminar, as principais características alimentares e nutricionais da alimentação mediterrânea, como paradigma do padrão alimentar saudável, e o seu papel na prevenção das referidas doenças são também expostas.

Palavras chave: factores de risco cardiovascular, estilo de vida, padrão alimentar, alimentação mediterrânica.

Abstract

The author briefly describes the classification of cardiovascular risk factors and their influence on modulation of westernised life styles. Food patterns are also concisely reported, as well as their role in the pandemic of the “doenças do conglomerado”. To sum up, the main food and nutritional characteristics of the mediterranean diet, a paradigm of a healthy food pattern, and its role in the prevention of the “doenças do conglomerado” are also stated.

Key words: cardiovascular risk factors, life style, food pattern, mediterranean diet

Introdução

A doença coronária prefigura-se como a principal causa de mortalidade nos países desenvolvidos. A última década testemunhou grandes avanços na sua prevenção através da

modificação das suas causas. O passo mais importante foi a demonstração que a terapêutica médica agressiva reduz a probabilidade de recorrência de acidentes coronários “*major*” em pacientes com doença coronária estabelecida (prevenção secundária). A Associação Americana do Coração (AHA) e o Colégio Americano de Cardiologia (ACC) têm publicado recomendações conjuntas sobre a intervenção médica em pacientes com doença coronária e outras formas de doença aterosclerótica.¹ Há também a possibilidade de reduzir o risco em pessoas sem doença coronária estabelecida (prevenção primária). Contudo, o risco em prevenção primária varia significativamente, o que pressupõe um grande leque de intervenções possíveis. A prevenção primária requer, portanto, a avaliação individual do risco, de forma a propor intervenções adequadas em doentes específicos. De acordo com estes considerandos, as associações acima referidas elaboraram também uma declaração conjunta sobre a avaliação do risco cardiovascular global em prevenção primária.²

Esta declaração baseou-se na classificação dos factores de risco em três grupos: factores de risco “*major*” independentes, cuja relação quantitativa com o risco coronário foi demonstrada no estudo de Framingham e em outros estudos,³ os quais também mostraram o seu carácter aditivo na predição do risco; factores de risco predisponentes, os quais agravam os primeiros; factores de risco condicionantes, que estão associados ao aumento do risco, embora as suas contribuições causais, independentes e quantitativas ainda não estejam completamente comprovadas (*Quadro I*).

As Sociedades Europeias de Cardiologia, Aterosclerose e Hipertensão e outras sociedades também publicaram recentemente linhas de orientação para a prevenção primária e secundária da doença coronária, enfatizando a noção de risco global quantitativo, determinado a partir dos valores do colesterol plasmático e da pressão arterial, da presença ou não de diabetes *mellitus* e de hábitos tabágicos e ainda do sexo e da idade.⁴

Alguns destes factores, como a obesidade, o sedentarismo e os hábitos tabágicos, dependem do estilo de vida e são susceptíveis de abordagens tendentes à sua modificação. De acordo com as linhas de orientação do NCEP,⁵ a intervenção no estilo de vida compreende a alteração da dieta, o controlo do peso, a actividade física e a cessação dos hábitos tabágicos. Todos beneficiam o perfil lipídico. A redução do peso e o exercício reduzem adicionalmente os valores da pressão arterial e também o risco de surgimento da diabetes *mellitus* tipo 2. A beneficiação do estilo de vida, na qual se inclui a adopção de uma prática alimentar hoje denominada de “alimentação saudável”, reduz drasticamente o risco de doença coronária, é útil na sua prevenção secundária e favorece também a redução marcada da prevalência e gravidade das chamadas “doenças do conglomerado”.⁶ Mas a intervenção alimentar é interessante enquanto global, sendo de valor baixo ou nulo quando se

*Assistente de Medicina Interna
Consultas de Diabetes, Hipertensão e Dislipidemias
Mestrando em Nutrição Clínica, Faculdade de Medicina,
Universidade de Lisboa
Serviço de Medicina do Hospital de Santa Marta, Lisboa
Recebido para publicação a 31.01.03
Aceite para publicação a 18.03.04

Quadro I – Factores de risco coronário

F. R. INDEPENDENTES	F. R. PREDISPOANTES	F. R. CONDICIONANTES
Hábitos tabágicos Pressão arterial elevada Colesterol total e das LDL elevado Colesterol HDL baixo Diabetes <i>Mellitus</i> Idade avançada	Obesidade Obesidade abdominal Inactividade física História familiar de doença coronária precoce Aspectos étnicos Factores psicossociais	Triglicéridos elevados Partículas LDL pequenas Homocisteína elevada Lipoproteína (a) elevada Factores pró-trombóticos Marcadores inflamatórios (PCR)

limita ao arranjo de alguns dos componentes da comida.⁷

Estilo de vida ocidental e suas consequências na saúde

Modificações profundas ocorreram na alimentação e no estilo de vida em geral nos países da Europa e da América do Norte durante o século passado, em especial após a Segunda Guerra Mundial. As profundas alterações nas matrizes laboral, familiar e cultural e a força da pressão consumista provocaram uma nova dinâmica de oferta de bens alimentares industrializados (refeições prontas, enlatados, salsicharia, pastelaria, margarinas, óleos, cremes, álcoois destilados, cerveja, refrigerantes) e “estimularam” um comportamento alimentar “moderno” (proliferação de

snack-bars, “hamburguer-houses”, “self-services”, “take-aways”, “pizzerias”). Condicionaram, desse modo, a aquisição de novos hábitos alimentares, os quais se designam globalmente por padrão alimentar ocidental.⁸ Apresentam-se no quadro seguinte (*Quadro II*) as suas principais características.⁸

As consequências da sua implementação são graves a nível socio-económico, psicoemocional e sanitário. Mas as repercussões ao nível da saúde não dependem exclusivamente dos erros alimentares. Estes interagem com outras características do estilo de vida dos países desenvolvidos e dos grupos sociais bem instalados dos países em desenvolvimento. São de destacar, em primeiro lugar, o sedentarismo pelo qual são grandemente responsáveis a utilização

Quadro II – Características do padrão alimentar ocidental

<ol style="list-style-type: none"> 1. Energia. Excesso de calorias em relação aos gastos progressivamente menores com a actividade muscular no trabalho e no lazer. 2. Quantidade de gorduras. Muito superior ao limite saudável (emprego culinário excessivo de óleos e gorduras alimentares; preferência crescente da carne e processados cárneos; abuso de molhos, pronto a comer, sobremesas e lacticínios gordos). 3. Natureza das gorduras. Preferência pelas saturadas e degradadas pelo calor. Ingestão elevada de colesterol e adopção de combinações de alimentos e de confecções culinárias que favorecem a sua absorção digestiva e dificultam a sua eliminação nas fezes. 4. Farináceos. Redução progressiva do consumo. Preferência por produtos cerealíferos espoados e polidos. Abandono de leguminosas secas. 5. Produtos hortícolas e frutos. Utilização decrescente e irregular. Monotonia das espécies disponíveis. Preferência crescente por sumos e refrigerantes em detrimento de frutos naturais. Rejeição de águas de cozedura. 6. Álcool. Crescimento acentuado do consumo, que se torna diário e frequentemente fora das refeições. Primazia da cerveja e das bebidas destiladas em detrimento do vinho. 7. Carne, peixe e ovos. Preenchem crescentemente o espaço dos fornecedores proteicos em detrimento dos de origem vegetal. Predomínio claro de carnes e seus derivados, os quais contribuem para o excesso de gorduras e colesterol alimentares. 8. Açúcar. Consumo maciço ao natural ou em produtos que o empregam (refrigerantes, doces, compotas, caramelos, conservas de produtos hortícolas, processados cárneos). 9. Sal. Limite saudável ultrapassado por exigência da cozinha rápida e pela utilização em produtos processados. 10. Culinária. Monótona, salgada, engordurada e desequilibrada por combinações não proporcionadas dos vários grupos de alimentos.
--

Adaptado de Emílio Peres (com autorização)

Quadro III – A. Mediterrânea: Características Alimentares

1. Distribuição diária da comida por 4 ou 5 refeições e refeições correlacionadas em composição e quantidade com o esforço laboral que lhes sucede. O “primeiro” almoço não é pequeno e o almoço é maior do que o jantar.
2. Utilização de um conjunto variado de alimentos de época em pequenas porções.
3. Consumo generoso de pão, massa, arroz, cuscuz e outros alimentos cerealíferos, de leguminosas secas, e de batatas e outros tubérculos ricos em amido.
4. Abundância de alimentos da horta e do pomar, nomeadamente folhas verdes, e frutos e legumes de polpa colorida, diferentes consoante a época. Consumo, durante todo o ano, de alho e cebola, bem como petiscar de frutos secos (figos, alperce), sementes (amêndoa, noz) e azeitona.
5. Azeite como principal fonte de gordura. Uso de banha de porco, também uma gordura monoinsaturada, em algumas sub-regiões. O rácio gordura monoinsaturada/saturada é elevado.
6. Consumo modesto de lacticínios, em especial sob a forma de queijo e, nalgumas sub-regiões, de iogurte.
7. Consumo parcimonioso de ovos (0-4/semana), pescado seco ou fresco, e carne de animais de terreiro (aves e coelho) algumas vezes por semana. Consumo de carnes vermelhas poucas vezes por mês, em geral em dias festivos e santificados.
8. Água, vinho tinto, chá e infusões de erva como bebidas preferidas.

Adaptado de Emílio Peres (com autorização)

quase compulsiva do automóvel e o “hiperconsumo” da televisão e das novas tecnologias, mas também os hábitos tabágicos, a tensão emocional sustentada e situações laborais conflituosas.⁸

As repercussões na saúde dependentes do padrão alimentar ocidental ligam-se entre si, constituindo o que alguns designam por “conglomerado de doenças metabólicas e degenerativas”. É possível nele integrar a obesidade, a diabetes *mellitus* tipo 2, a hiperuricemia (reumatismo gotoso, litíase urinária e doenças renais consequentes), as dislipidemias, algumas patologias digestivas (litíase biliar, obstipação, divertículos do cólon), a doença coronária isquémica (enfarte do miocárdio, angina de peito, insuficiência cardíaca, arritmias e morte súbita), certos grupos de doença cerebrovascular e outras manifestações da doença aterosclerótica e da doença tromboembólica, algumas síndromas demenciais e os carcinomas nutrodependentes (órgãos digestivos, mama, próstata, bexiga). Releia-se, a este propósito, a comunicação do presidente da Associação Americana de Diabetes (ADA) sobre o aumento da incidência da diabetes tipo 2 (aumento em 30 anos nos Estados Unidos previsivelmente superior a 200%!) em todo o mundo, que também atinge, e de que maneira, os grupos etários mais jovens!⁹

A comida de cafetaria e o padrão suburbano pobre são dois modelos derivados do padrão acima descrito. Resultam directamente da pressão consumista, da mudança das referências culturais e das profundas alterações demográficas ocorridas nas grandes metrópoles urbanas com a constituição de mega subúrbios.

A comida de cafetaria acentua os erros do padrão. Os hidratos de carbono contribuem com menos de 40% de calorías para a ração diária (idealmente entre 55 e 60%)

e as gorduras com mais de 40% (idealmente 15 a 32%). Há mais calorías lipídicas do que glicídicas e, nestas, mais de açúcar e adoçantes do que de amido. São grandes a escassez de complantix (complexo de substâncias vegetais indigeríveis pelos enzimas humanos) e a carência de oligoelementos. Originária das classes média/baixa e baixa americanas foi rapidamente exportada para todo o mundo, conquista os jovens e satisfaz os adultos apressados! Provoca alterações marcadas nos mecanismos do apetite e da saciedade com o “come-come e bebe-bebe” a toda a hora e fora de horas, de que resulta a ingestão diária de calorías vez e meia a duas vezes as necessárias para pessoas cada vez mais sedentárias. O resultado final deste desequilíbrio ingestão/consumo é a obesidade, incluindo a obesidade mórbida, que atinge mais de 8% da população americana e canadiana.⁸

O padrão suburbano pobre caracteriza-se por uma forma de desnutrição mascarada por ingestão calórica suficiente e excessiva. Surgiu nas áreas urbanas em consequência do desequilíbrio demográfico gerado pela imigração interna e externa e de uma urbanização especulativa que promoveram a criação de grandes subúrbios. Os erros mais comuns são o número reduzido de refeições (falha do primeiro almoço, almoço excessivo, salto de merendas, jantar pobre), o excesso de produtos cerealíferos empobrecidos e de açúcar ao nível dos hidratos de carbono, excesso de bebidas alcoólicas e de refrigerantes, muitos bolos, pastéis e fritos e só excepcionalmente hortaliças, legumes e frutos.⁸

Estamos, assim, face à globalização alimentar e de estilo de vida aparentemente sem alternativa...

Entretanto...

Nos anos 50, médicos dos países ocidentais alertaram para as mudanças profundas que estavam ocorrendo na

Quadro IV – A. Mediterrânea - Características Nutricionais

1. A gordura contribui, consoante os dias e a época do ano, com apenas 20% a 32% do valor calórico total; em média 25%.
A contribuição de ácidos gordos saturados aterogénicos é muito pequena e a de ácidos gordos isoméricos vestigial. Predomina o ácido oleico e fica-se pelo indispensável contributo de ácidos gordos polinsaturados. Este perfil resulta da predominância do azeite (e da alternativa gordura de porco), do uso parcimonioso de carnes de ruminantes, do desconhecimento de óleos alimentares e margarinas, e do uso preferencial de pescado e sementes.
2. Abundância de vitaminas, oligoelementos, flavonóides e outras substâncias antioxidantes, antimutagénicas e anticarcinogénicas. Isto resulta da utilização abundante de alimentos hortofrutícolas, chá, infusões de ervas, vinho tinto e também alho, cebola e outras liliáceas, interessantes modeladores da HMGCOA redutase.
3. Abundância também de todas as vitaminas, minerais e vegetais não digeríveis (fibra alimentar), com os seus efeitos reguladores e protectores, nomeadamente o cálcio, apesar do aprovisionamento modesto de leite e substitutos. O cálcio é fornecido pelo consumo abundante de hortaliça e alimentos cerealíferos pouco espoados e de peixe miúdo cozinhado ou conservado com espinha.
4. O amido fornece cerca de metade das calorias totais. Os glicídios de molécula pequena, presentes em vegetais e frutos, e eventualmente a sacarose de doçarias, elevam o contributo calórico dos hidratos de carbono para 60 a 70% do total.
5. Os prótidos fornecem cerca de 10% das calorias totais.
6. O álcool contribui modestamente para as calorias diárias; em geral menos de 5%.
7. A ingestão diária de colesterol, embora mais reduzida do que a dos padrões alimentares modernos (ocidental, de cafetaria e urbano pobre já referidos), não se fica por valores muito baixos; eleva-se para 240 a 410 mg consoante os dias. No entanto, a colesterolemia média, ao tempo dos primeiros estudos de Keys, ficava-se por 172 mg/dl e a doença coronária isquémica era desconhecida em algumas sub-regiões (Creta).
8. As calorias aprovisionadas diariamente só excepcionalmente ultrapassam as necessidades reais de cada um. O estilo de vida não é sedentário.

Adaptado de Emilio Peres (com autorização)

prevalência das doenças, traduzidas nomeadamente na redução das doenças infecciosas e da mortalidade infantil e no aumento da obesidade, da diabetes, da cardiopatia isquémica e das neoplasias. Por essa altura, o médico americano Ancel Keys começou a deslocar-se aos países do Sul da Europa para estudar as razões da baixa incidência da doença cardíaca aterosclerótica e de algumas neoplasias nas suas populações e nos emigrantes desses países que, nos Estados Unidos, permaneciam fiéis às tradições alimentares de origem.¹⁰ Os seus estudos congregaram e estimularam muitos epidemiologistas europeus, americanos, japoneses e sul-africanos e levaram à publicação, em 1980, do “Seven Countries Study”.¹¹

Para a definição e compreensão da alimentação mediterrânea, muito contribuiu a sua mulher, a nutricionista Margaret Keyes, com a recolha de cerca de 200 receitas, de que registou pormenorizadamente constituintes e modos de confecção. Possibilitou a compreensão de que o resultado nutritivo de uma dada forma de comer não depende apenas dos nutrientes que ela fornece, mas também da natureza dos alimentos, das suas combinações, da culinária, da hora a que se comem, da intensidade e natureza do esforço físico após a refeição, e da atitude psicoemocional no momento da refeição. Para que se tenha noção da importância desta última variável, dir-se-á que o comportamento alimentar que dela deriva influencia a produção de hormonas e sina-

lizadores neuronais digestivos e seus efeitos reguladores sobre o apetite e a saciedade, escolha de alimentos, balanço hidroelectrolítico e expansão do espaço vascular, e a produção e actividade de hormonas, em particular da insulina, do cortisol e das catecolaminas.¹²

Torna-se urgente a sua reabilitação, pois promove a saúde e é eficaz na prevenção das “doenças do conglomerado”. Assim o pensam várias sociedades científicas e promotoras da saúde americanas e também a União Europeia, que promoveu uma reunião de especialistas (Roma, Abril de 1997), a qual concluiu pelo consenso de que a alimentação mediterrânea é manifestamente favorável à saúde e deve ser preservada nos países onde se praticou e promovida nos países alheios a essa tradição.¹⁰

E nós portugueses?... A nossa alimentação tradicional (excluindo alguns erros como os excessos de sal, álcool e açúcar) é equiparável à mediterrânea. Temos, portanto, de a preservar e expurgar das adulterações já sofridas. Mas o nosso país não é excepção na tendência para a adopção de formas do padrão alimentar ocidental, as quais só não têm expressão mais ampla porque o rendimento per capita continua baixo e persistem, embora a esbaterem-se rapidamente, valores alimentares e culinários tradicionais.⁸ Urge assim criar organizações educativas alimentares que se oponham à pressão consumista e simultaneamente combatam uma certa tendência seguidista de adopção de hábitos

importados.

Apresentam-se as principais características alimentares e nutricionais da alimentação mediterrânica.¹⁰ (*Quadros III e IV*)

Bibliografia

1. Smith SC Jr et al. Preventing heart attack and death in patients with coronary disease. *Circulation* 1995; 92: 2-4.
2. Grundy SM et al. Assessment of cardiovascular risk by use of multiple-risk-factor assessment equations. *Circulation* 1999; 100: 1481-1492.
3. Wilson PW et al. Prediction of coronary heart disease using risk factor categories. *Circulation* 1998; 97: 1837-1847.
4. Recommendations of the Second Task Force of European and other Societies on Coronary Prevention. Prevention of coronary heart disease in clinical practice. *European Heart Journal* 1998; 19: 1434-1503.
5. National Cholesterol Education Program. *Circulation* 1994; 89: 1329-1445.
6. Denke M. Cholesterol-lowering diets. A review of evidence. *Arch Intern Med* 1995; 155: 17-26.
7. Peres E. Um grande desafio - conhecer melhor o que comemos. *Rev Ali H* 1997; 3: 23-24.
8. Peres E. Saber comer para melhor viver. 4ª edição revista, 2000.
9. Bernstein G. Presidential Adress. *Diabetes Care* 2000; 23: 719-721.
10. Peres E. Admirável alimentação mediterrânica. *Mundo Médico* 2000; 10: 34-35.
11. Keys et al. The diet and all causes death rate in the seven countries study. *The Lancet* 1981; 58-61.
12. Peres E. Aterosclerose e Dislipidemia. *Prática Alimentar na Prevenção e no Tratamento. Revista Portuguesa de Cardiologia* 2000; 19 (Supl TCV-I): 43-50.