

# COMPORTAMENTOS NA SAÚDE EM PORTUGAL

## ALGUNS ESTUDOS EPIDEMIOLÓGICOS

ISABEL DO CARMO

Núcleo de Endocrinologia. Hospital de Santa Maria. Lisboa.

### RESUMO

É necessário avaliar os hábitos e comportamentos na saúde em Portugal. Foi nosso objectivo analisar alguns estudos que têm sido feitos. Citam-se como estudos epidemiológicos de comportamento na saúde em geral o CINDI-Portugal, o ERICA-Portugal e o Inquérito Nacional de Saúde. Relativamente a inquéritos alimentares historiam-se os estudos feitos desde os anos 40 até à actualidade. Destacam-se o Inquérito Alimentar Nacional e o Estudo da Prevalência da Obesidade em Portugal. Dedicam-se atenção aos inquéritos feitos em meio escolar para avaliar a prevalência de doenças de comportamento alimentar. Refere-se a investigação que se dedicou à relação entre os hábitos e patologias. Cita-se a Balança Alimentar Portuguesa. Após se questionarem problemas de método e de se discutirem os resultados dos vários estudos citados, tiram-se conclusões, alertando para o facto de Portugal poder evoluir no sentido de opções de consumo erradas.

### SUMMARY

#### Behaviours in Health in Portugal – Some Epidemiological Studies

It is necessary to evaluate habitudes and behaviours in health in Portugal. The purpose of this review is to analyse some portuguese epidemiological studies. CINDI-Portugal, ERICA-Portugal and the National Health Inquiry were national studies regarding multiple health data. Nutritional attitudes and practices have been evaluated since 1940.

The National Food Study and the Study of Prevalence of Obesity in Portugal studied Portuguese nutritional attitudes. There are studies of the prevalence of eating disorders in school populations. Some research about the association between food and disease is reported. The Portuguese Food Balance is reviewed. Some methodological problems are pointed out and the results discussed.

The results of Portuguese studies suggest that our country is in danger of errors in the course of consumption attitudes.

Nos países desenvolvidos tem havido uma viragem em termos de prevenção na saúde, apenas interrompida por *inesperadas* questões epidemiológicas, como a SIDA e a BSE.

Desde o princípio do século até à descoberta e aplicação dos antibióticos, depois da II Guerra Mundial, toda a carga profilática foi posta em termos de prevenção de doenças infecto-contagiosas, encontrando a sua expressão máxima nos programas de vacinação. Este é

ainda o panorama de grande parte dos países da África, da Ásia e da América do Sul. Mas nos países designados como desenvolvidos passou a dar-se uma mudança. Com o cumprimento de facto dos programas de vacinação, com o aparecimento dos antibióticos e com a melhoria das condições sanitárias e mesmo sociais, as causas de morbidade e de mortalidade modificaram-se.

As infecções deixaram de ser a grande causa de mortalidade. Na Europa, incluindo o nosso país, a esperança de

vida passou durante este século, de cerca de 40 anos para cerca de 80. Estes anos de vida conquistados às doenças infecciosas, proporcionaram a ocorrência de doenças metabólicas, degenerativas ou cancerosas, cujas causas se passaram a associar aos hábitos e comportamentos na saúde, assim como a questões ambientais ou ecológicas. A partir dos anos 50 e até aos nossos dias tem sido operada uma viragem no pensamento científico, em termos de avaliação das causas e organização de programas de intervenção, que tem por base esta evolução.

A nível internacional, os estudos que se prespectivaram nesta área, têm analisado sobretudo a associação ou correlação da morbidade e da mortalidade com os hábitos alimentares, o nível de actividade física e o consumo de substâncias tóxicas, tal como o tabaco.

São muito numerosos os estudos que em todo o mundo têm sido feitos no sentido de investigar os hábitos e comportamentos na saúde nos vários países. São também numerosos e complexos os trabalhos que procuram as causas etiológicas das citadas doenças, no sentido de encontrar uma relação de causa-efeito, ou pelo menos, de associação. Daremos apenas exemplos de alguns desses estudos<sup>1-9</sup>. Deles têm saído recomendações que constituem estratégias de orientação na Saúde Pública<sup>10</sup>.

É necessário sabermos o que é que no nosso país tem sido feito, em termos de investigação dos reais hábitos e comportamentos na saúde dos portugueses. Não se trata pois de estatísticas de morbidade e de mortalidade realizadas no nosso país, nem tão pouco da disponibilidade dos meios de assistência, mas sim de trabalhos epidemiológicos realizados em função de hábitos e comportamentos que possam ser correlacionados com a saúde. Este tipo de trabalhos necessita de ser feito com rigor científico, no sentido de tirar conclusões para uma estratégia de intervenção e também para que não haja conclusões não científicas, tantas vezes transmitidas pelos mais diversos meios.

## INVESTIGAÇÃO DE COMPORTAMENTOS NA SAÚDE A NÍVEL NACIONAL

Em termos de estudos epidemiológicos de comportamento na Saúde em Portugal, foram feitos três grandes estudos a nível nacional: o Programa CINDI, o ERICA e o Inquérito Nacional de Saúde.

### 1. PROGRAMA CINDI

O Programa CINDI (Country wide integrated non - communicable Diseases Intervention) teve início em Portugal em 1987, resultando dum acordo entre a OMS e

o Governo português. O programa CINDI-Portugal integrou-se no Programa CINDI-Euro, os seus objectivos foram constituídos essencialmente pela identificação dos factores de risco das doenças não transmissíveis na população portuguesa, no sentido de serem escolhidas medidas de intervenção, entre elas a informação e educação do público, com identificação das populações alvo. A direcção do Programa foi constituída por um triunvirato, do qual fazem parte a Direcção Geral de Cuidados de Saúde Primários (agora integrada na Direcção Geral de Saúde), a direcção do Instituto Nacional de Saúde e a direcção do Instituto Nacional de Cardiologia. A coordenação científica pertence a Fernando Pádua. Realizou-se um inquérito-rastreo em 1987 e foram programados inquéritos para 1992, 1997 e 2002. O primeiro e o segundo inquéritos rastreo tiveram lugar no distrito de Setúbal com uma amostra de 3.000 residentes dos 15 aos 64 anos em 4 concelhos. Em 1992 teve lugar o CINDI-Lisboa e em 1993 o CINDI-Coimbra, que não fora programas de inquérito, mas sim de intervenção. O programa CINDI foi adoptado como programa de intervenção pelo Ministério da Saúde<sup>11</sup>

Foi publicado o inquérito-rastreo de Setúbal<sup>12</sup>. O inquérito procurou saber: hábitos alimentares, hábitos tabágicos, abuso de álcool, inactividade física, stress bio-psico-social. Em termos de patologia, no sentido de procurar eventual relação com factores de risco, foi registada a história de acidentes cerebro-vasculares, de doença coronária, de cancros localizados a vários órgãos, diabetes, obesidade, acidentes, doenças mentais, doenças reumáticas, osteoporose, doenças oftalmológicas, doenças crónicas do aparelho digestivo, doenças crónicas do aparelho respiratório. Foram medidos a tensão arterial, o peso e a altura, a glicémia basal e pós-prandial e o colesterol. Tem-se desenrolado um programa de intervenção de acordo com as conclusões.

### 2. ERICA

Portugal integrou-se também na investigação *European Risk Factors and Incidence; a coordinated analysis (ERICA)*, que chegou a um mapa de risco de doença coronária para a Europa, tendo em conta dados clínicos objectivos e hábitos e comportamentos na saúde<sup>13</sup>.

Foram incluídos 18 países, entre eles o nosso. Em Portugal foi envolvido o Centro de Estudos de Cardiologia preventiva do INSA, contribuindo com dados do projecto da Musgueira<sup>14</sup>. Os resultados referem-se a distribuição da colesterolémia, pressões sistólica e diastólica, prevalência de hipertensão, con-

cionada com os recursos e com a situação económico-social. A perspectiva dos hábitos e comportamentos saúde, entre os quais se salienta a questão alimentar, sa a ter lugar. São paradigmáticos desta nova perspectiva, o estudo *A Nutrição e Saúde Pública Portuguesa*, de Carlos Santos Reis de 1960<sup>36</sup>, que enquadra a questão da nutrição num quadro socio-económico global e o estudo *As disponibilidades e necessidades alimentares presentes no continente português* de Gonçalves Ferreira<sup>37</sup>, publicada em 1963, dando relevo à questão da relação entre as disponibilidades e as necessidades no nosso país, tema a que a FAO estava dando particular ênfase a nível mundial.

ativamente às questões de método, passou a ser considerada importante a possibilidade de comparação e portanto o uso de metodologias aferíveis e equivalentes vários estudos, tal como sucede nos trabalhos de Carvalho<sup>38</sup> e de Janz<sup>39,40</sup>, que já nos anos quarenta focava a questão<sup>19</sup>. As entidades que tutelaram estes estudos continuaram a ser o INE e a Saúde Pública. O Instituto de Estudos Demográficos e a revista *Agros* também patrocinaram a publicação de trabalhos nesta área.

Nos anos setenta, os estudos teóricos de Gonçalves Ferreira<sup>41,42</sup> foram um marco de referência para vários estudos práticos, nomeadamente os inquéritos alimentares. A tónica continua a ser centrada na questão de disponibilidade/necessidade. É dada ênfase às questões de método, com necessidade de inquéritos alimentares em vários níveis, realizados com periodicidade estabelecida e procurando uma relação com a situação económico-social através de critérios científicos. A questão da análise de "excessos" nutricionais começa a ser colocada a par da tradicional (e lógica) questão das carências.

Entanto, e decerto dada a dificuldade de execução de trabalhos multidisciplinares, com estabelecimento de quadros económico-sociais e com a complexa procura de associações e correlações de dados de várias ordens, estudos que se publicaram mostrando a tão falada relação com a situação económico-social são escassos. À excepção os trabalhos de Janz<sup>43</sup>, Carvalho<sup>44</sup> e Piçarra<sup>45</sup>.

Nos anos de Abril de 74, surgem documentos oficiais, nomeadamente o *Contributo para a definição de uma política alimentar*<sup>46</sup> e o *Diagnóstico da situação e estratégia da política alimentar*<sup>47</sup> produzidos por uma Comissão Interministerial, onde é apontada a necessidade de realização de inquéritos alimentares, acompanhados de análise sociológica. Em 1979, G. Ferreira<sup>48</sup> aponta uma vez a mais o caminho do estudo da dieta alimentar, para a elaboração de uma política alimentar.

Nos anos oitenta sucedem-se os estudos em que é apontada a necessidade de correlação com os factores económico-sociais, sem que isso resulte substancialmente numa forma científica, nas conclusões.

No estudo feito sobre o consumo e hábitos alimentares num grupo de famílias rurais de Ponte de Lima<sup>49</sup> foram colhidos elementos relativos às condições de vida das populações, mas as correlações com os aspectos alimentares não foram aprofundadas, o que aliás é comentado posteriormente pela própria autora<sup>18</sup>. No trabalho de N. T. Santos<sup>50</sup> realizado na população infantil duma comunidade piscatória de Espinho igualmente são apontadas as questões económico-sociais, mas não é feita correlação.

Surgem nesta década trabalhos resultantes do estudo dos consumos alimentares nas crianças das escolas<sup>51-53</sup>.

Maria Daniel Almeida<sup>54</sup> realizou um trabalho de estudo de hábitos, comportamentos, gostos e conhecimentos a respeito da alimentação, entre mulheres caboverdianas migrantes em Portugal; este grupo foi comparado com um grupo semelhante de mulheres portuguesas.

Nos anos 90, há uma verdadeira explosão de publicações nesta área, levadas a cabo por todo o país. Nestes trabalhos teve particular relevância o papel da Escola Superior de Ciências da Nutrição do Porto. Citamos estudos de Monteiro e Teixeira<sup>55</sup> sobre o padrão alimentar de alunos do ciclo preparatório de Cantanhede, de Amaral e col<sup>56</sup> sobre o comportamento alimentar de uma população do ensino básico de Cascais, de P. Mateus sobre o padrão alimentar duma população do 2º ciclo<sup>57</sup> para dar alguns exemplos de estudos epidemiológicos sobre hábitos alimentares, localizados a escolas.

Um estudo realizado em alunos do 2º ciclo de duas escolas do meio rural e duas escolas do meio urbano da área do Porto, comparou resultados do consumo de alimentos e procurou correlacionar com a classe social<sup>58</sup>.

A preocupação com a alimentação das crianças e jovens em idade escolar que teve grande relevo a seguir a Abril de 74, que encontrou expressão em vários trabalhos nos anos oitenta, tornou-se particularmente evidente nos anos noventa. Apesar de tudo, a investigação relativa ao enquadramento económico-social e sua correlação com os hábitos alimentares, que constitui o objectivo major destes estudos, não tem expressão muito representativa ao nível dos resultados, o que se compreende, dadas as dificuldades técnicas inerentes, a necessidade dos estudos serem multidisciplinares e, por vezes, os próprios conceitos estatísticos. Há, no entanto, vários trabalhos significativamente diferentes, que procuram aprofundar a relação com o social e o cultural chegando a interes-

sumo de tabaco e risco de mortalidade por doença coronária. Os autores consideram o trabalho publicado como uma primeira fase de exploração do material recolhido. Neste trabalho, como se verifica, são mais destacados os índices de saúde individual do que os comportamentos.

### 3. INQUÉRITO NACIONAL DE SAÚDE

Desde 1983 que o Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde (DEPS) realizou inquéritos sobre hábitos e comportamentos na saúde levados a cabo na Área Metropolitana de Lisboa.

O Inquérito Nacional de Saúde (INS) veio na sequência destes inquéritos e foi realizado pelo DEPS com o apoio logístico das ARS's e o apoio técnico do *National Center for Health Statistics* (NCHS) dos EUA, que para tal deslocou a Portugal dois técnicos da área. Em 1987, foi feito um inquérito a uma amostra nacional de 17.914 unidades de alojamento, correspondendo a cerca de 53.700 pessoas, de 10 e mais anos, distribuídas pelos vários distritos.

Foram colhidos dados relativamente à tipificação da população, incluindo eventuais situações de emigração, a história de doenças crónicas e agudas, a história de incapacidades. Foram inquiridos o recurso aos cuidados gerais de saúde e aos cuidados médicos, as despesas e rendimentos relacionados com a saúde, a dependência em caso de idosos, o consumo de tabaco e de alimentos e bebidas, a saúde infantil e o planeamento familiar. Os resultados para o continente e para a área metropolitana de Lisboa foram publicados<sup>15</sup>.

Em 1989/1990 foi feito novo inquérito para Lisboa e Vale do Tejo, abrangendo 10.551 indivíduos<sup>16</sup>. A partir de 1995 corre de novo um inquérito a nível nacional. Os dados são colhidos através de entrevistas domiciliárias, aplicadas a todos os membros da família presentes, com base num questionário.

Virginia Ferreira e B. Lemos<sup>17</sup> criticaram na altura o Inquérito Nacional de Saúde, numa perspectiva sociológica. Entendendo o INS como a primeira abordagem da saúde por via não oficial em termos de dados estatísticos, criticaram-no, no entanto por vários motivos. Consideraram que sendo a informação dada de forma retrospectiva repousa sobre a memória dos indivíduos, o que é falível. Consideraram que o carácter subjectivo da recolha de sintomas ou diagnósticos leva a que determinadas disfunções não sejam relatadas. Consideraram que a situação de entrevista acarreta problemas por causa do face-face, por causa da relação de poder entrevistador-entrevistado conforme as classes sociais em causa, por

causa da representação institucional do entrevistador, por causa da presença de outros membros da família durante a entrevista individual.

## II. INQUÉRITOS ALIMENTARES

### Dos anos 40 aos anos 90

Até 1974, uma parte da investigação portuguesa sobre comportamentos alimentares foi realizada nas antigas colónias. Servindo embora para montar e testar métodos, não serve como retrato do nosso país.

O balanço da história dos inquéritos alimentares ao longo dos anos que vão de 40 a 80 é feito por Maria Manuel Valagão<sup>18</sup>.

Nos anos 40, no período coincidente com a II Guerra Mundial e com uma situação muito grave sob ponto de vista económico social no nosso país, os estudos realizados são caracterizadamente destinados a mostrar situações de grande carência, particularmente no meio rural. A técnica usada foi geralmente o inquérito familiar. A autoria destes trabalhos foi de médicos ou agrónomos. Os trabalhos tiveram grande mérito, mas as questões de método que se levantam hoje relativamente a esses inquéritos são inúmeras, nomeadamente a dificuldade de serem usados para comparação. Estas questões foram aliás levantadas, já na altura, por Yanz e Carrega<sup>19</sup>.

Durante os anos quarenta foram publicados doze trabalhos resultantes de inquéritos alimentares. Dum modo geral debruçam-se sobre meios rurais<sup>20-24</sup>. Alguns trabalhos referem-se ao Alentejo<sup>25-28</sup>, outros referem-se a: Viana do Castelo<sup>29</sup>, Douro<sup>30</sup> e fábrica de louças de Sacavém<sup>31</sup>.

Segundo M. Valagão<sup>18</sup>, durante os anos 50 apenas foi possível identificar quatro trabalhos de inquérito alimentar. Os anos 50 constituem em Portugal um período de grande estagnação económica, social e política. Ultrapassado o período do pós-guerra, que abalou as estruturas e trouxe algum dinamismo à sociedade portuguesa, entrou-se numa década de paralização do desenvolvimento, tanto a nível de instrução, como a nível social. Houve recessão na resistência cultural, enquadrando-se o fenómeno no clima de autoritarismo político do país e de instalação da guerra fria a nível mundial.

Apesar disso, ou por isso mesmo, os trabalhos dos anos 50 continuam a mostrar preocupação com as carências e são tutelados pelo INE e pelos Serviços de Saúde Pública. Estas instituições preservaram sempre alguma independência em relação ao regime<sup>32-35</sup>.

Durante os anos sessenta, a investigação nesta área é objecto dum pensamento emergente na época, que relaciona a parte com o todo. A questão alimentar passa a ser

santes conclusões. São disso exemplo o estudo que compara os conceitos e práticas de dois grupos etários de portuguesas de Sara Rodrigues e Maria Daniel Almeida<sup>59</sup>, um estudo sobre a influência da publicidade na alimentação dos adolescentes de Cláudia Afonso e Maria Daniel Almeida<sup>60</sup>, um inquérito aos consumidores sobre rotulagem alimentar e nutricional<sup>61</sup> e os estudos que surgiram no Forum de Projectos de Educação Alimentar em 1994, baseados alguns em inquéritos de campo<sup>62</sup>.

É muito relevante a preocupação com a alimentação dos jovens em idade escolar e a sua associação a factores sociais. Os trabalhos de M. Guerra<sup>60</sup> sobre a ementa escolar, de Oliveira e Pinho<sup>64</sup> sobre os hábitos das crianças em idade escolar, de P. Moreira<sup>65</sup> sobre a alimentação do adolescente dão disso testemunho.

Isabel Loureiro e Pedro Aguiar, da Escola Nacional de Saúde Pública<sup>66</sup> realizaram um trabalho sobre os factores que influenciam as práticas alimentares em crianças de 9 e 10 anos de idade e procuraram perceber se há padrões alimentares específicos. Estudaram a qualidade do regime alimentar correlacionando-o com o nível cognitivo (memória, compreensão, aplicação do conhecimento e capacidade crítica), o nível sócio-familiar e a predisposição para comer comida saudável (atitudes e preferências). Correlacionaram com outras variáveis, como seja horas de sono.

Tal como a alimentação dos jovens em idade escolar tem sido objecto de vários estudos, seguindo aliás uma corrente que existe em todos os países desenvolvidos<sup>67-69</sup> e que se integra num novo conceito de Saúde Pública, a alimentação infantil em geral e particularmente a das crianças com patologia tem sido também estudada<sup>70-72</sup>. Igualmente estudada tem sido a alimentação da população da chamada terceira idade ou idosos<sup>73</sup>.

A atenção dada a estes dois grupos etários parece revelar uma preocupação com os indivíduos que estão fora da cadeia de produção e que por esse motivo poderão estar mais desprotegidos. Como exemplo de estudos que se debruçam sobre idosos, veja-se artigos citados na bibliografia<sup>74,75</sup>.

## 2. Inquérito Alimentar Nacional

Os resultados do Inquérito Alimentar Nacional começaram a ser publicados em 1985<sup>76</sup> e a publicação foi concluída em 1986<sup>77</sup>. O Inquérito Alimentar Nacional foi dirigido por Gonçalves Ferreira. Estendeu-se a todos os distritos do país. Foi usada a técnica da observação durante 24 horas, com presença dos inquiridores e registo dos consumos. O registo foi feito por família. Foi feito cálculo estatístico de médias distritais

para alimentos e para macro e micronutrientes.

Não foram colhidos dados a nível nacional em relação ao rendimento familiar, profissão, grau de instrução, condições de higiene e de habitação. Não foram colhidos dados antropométricos, nem laboratoriais.

São feitas várias críticas ao inquérito alimentar nacional, relativas a questões de método. O facto de não terem sido colhidos dados económico-sócio-culturais sistemáticos impediu a correlação entre a alimentação e a situação social e nesse aspecto perdeu-se uma oportunidade de caracterizar a distribuição em quantidade e qualidade dos alimentos por classes e grupos sociais. Apenas foi dividido o urbano do rural, divisão que é sempre difícil.

Assim, ficamos apenas a saber as médias alimentares e nutricionais por distrito, o que dá resultados que mostram um equilíbrio e uma suficiência que possivelmente mascaram grandes desequilíbrios e carências de determinados grupos, assim como excesso de outros.

Sem nos querermos debruçar sobre o método do inquérito das 24 h, que é usado e aceite, o facto de os inquiridores estarem presentes e assistirem às refeições, parecendo embora que torna a colheita de dados mais rigorosa, pode ter um efeito contrário, como já tem sido apontado.

O facto de a observação ser feita um único dia do ano, resulta para as zonas rurais uma colheita de dados muito parcial, visto que nas famílias que praticam o auto-consumo dos alimentos de produção própria, há uma variação importante de acordo com a época.

## 3. Estudo da Prevalência da Obesidade em Portugal (EPOP)

Está em curso o EPOP. É constituído por um inquérito com caracterização económico-socio-cultural e observação antropométrica (peso, altura e perímetros). O inquérito alimentar é feito de acordo com dois métodos, um de frequência semi-quantitativo, outro de 24 horas. Para além destes dados são colhidas informações a respeito de outros comportamentos: actividade física e consumo de tabaco e bebidas alcoólicas.

Está projectada uma amostra de 10.000 indivíduos, distribuída pelos vários distritos de forma proporcional à população. A colheita de dados é feita por entrevistadores em unidades de habitação. Foi antecedido por um estudo piloto.

Este trabalho está a ser realizado pela Sociedade Portuguesa para o Estudo da Obesidade, com o apoio da Divisão de Epidemiologia da Direcção Geral de Saúde, da Escola Superior de Ciências de Nutrição do Porto, do DEPS e das ARS'S.

#### 4. Epidemiologia das Doenças do Comportamento Alimentar em Portugal - Inquéritos em meio escolar.

Maria Helena Azevedo et al<sup>78</sup> realizaram um estudo de prevalência de doenças do comportamento alimentar nas ilhas dos Açores.

Foi realizado um estudo da Prevalência da Anorexia Nervosa em escolas secundárias de Lisboa e Vale do Tejo<sup>79</sup>. Foi aplicado a uma amostra da população feminina um inquérito contendo os critérios de diagnóstico daquela síndrome e também de características mais latas relativas ao comportamento alimentar e à imagem corporal. Foram procuradas correlações com a situação social, com o aproveitamento escolar, com a idade actual e com a idade da menarca.

Um outro trabalho de investigação nesta área<sup>80</sup> diz respeito à existência de bulímia na população universitária. Foi feito um inquérito a uma população feminina universitária, contendo os critérios de diagnóstico para a bulímia nervosa e para os comportamentos alimentares em geral e a prática da dieta. Foram procuradas correlações com a situação social.

#### 5. Patologia e Hábitos e Comportamentos

A relação de determinadas patologias com factores de risco é sempre complexa.

Um determinado factor de risco suspeito pode aparecer associado a uma patologia, mas a demonstração da causa a efeito é muito difícil. O caso da relação do tabaco com o cancro do pulmão é um exemplo paradigmático. Há muito que esta relação é fortemente suspeita, visto que numerosos estudos epidemiológicos mostram muito maior ocorrência de cancro de pulmão em fumadores.

No entanto, só recentemente foi demonstrada a relação etiopatogénica<sup>81</sup>.

Em Portugal os trabalhos de Amorim-Cruz têm procurado uma relação da patologia com os hábitos<sup>82</sup>.

Em relação ao cancro do estomago tem sido estabelecida uma relação epidemiológica com hábitos alimentares. Portugal tem uma das maiores taxas europeias de cancro do estomago. Deste modo tem-se investigado uma relação com factores de risco nos hábitos e comportamentos dos portugueses<sup>83</sup>.

Estudos de Monteiro e Goulão<sup>84</sup> demonstraram uma relação do cancro do estomago com determinados hábitos alimentares, nomeadamente certas formas de conservação dos alimentos, como seja o uso de comida fumada, nomeadamente os enchidos. Marinho-Falcão et al<sup>85</sup> estudaram a relação entre o consumo de vinho tinto e o cancro gástrico em Portugal, utilizando o método de estudo de casos verso controlos. Procuraram ainda relação com o baixo nível de educação, a classe social baixa e a prática de injeção de comida fumada. Encontraram uma correlação positiva com todos estes parâmetros.

#### 6. Balança Alimentar Portuguesa

A balança alimentar portuguesa refere-se a todo o país (continente e ilhas) e diz respeito aos produtos de agricultura e pesca e produtos alimentares transformados (*Quadro 1*). Os produtos agrícolas e de pesca dizem respeito a todos os disponíveis, dentro ou fora da agricultura. Os transformados correspondem aos saídos das fábricas, seja a matéria prima nacional ou importada.

O consumo humano bruto refere-se às quantidades de produtos postas à disposição da população, sejam

*Quadro 1 - Consumos médios diários de alguns grupos de produtos. Balança alimentar portuguesa<sup>86</sup>*

Macronutrientes	Calorias			Proteínas (gramas)			Gorduras (gramas)			Hidratos de carbono (gr.)		
	Década	Década	Triénio	Década	Década	Triénio	Década	Década	Triénio	Década	Década	Triénio
Grupo	1970-79	1980-89	1990-92	1970-79	1980-89	1990-92	1970-79	1980-89	1990-92	1970-79	1980-89	1990-92
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Cereais e arroz	1 208	1 110	1 062	28,3	26,6	25,3	5,7	4,6	4,4	250,9	240,7	230,3
Raízes e tubérculos	226	311	332	6,2	8,4	9,1	0,0	0,0	0,0	50,3	69,2	73,8
Açúcares	305	335	316	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	76,2	83,7	78,9
Leguminosas secas (a)	54	38	53	3,5	2,5	3,5	0,5	0,2	0,3	8,9	6,6	9,0
Produtos hortícolas	93	50	60	7,1	3,1	3,5	1,1	0,6	0,7	13,7	8,0	9,8
Frutos (total) (b)	140	107	147	1,3	1,9	2,7	3,0	3,2	4,1	27,0	17,6	24,7
Carne e miudezas comest.	144	210	274	15,9	22,3	28,9	8,9	13,2	17,4	0,1	0,4	0,5
Ovos	16	24	28	1,3	2,1	2,5	1,2	1,7	2,0	0,0	0,0	0,0
Pescado	82	70	85	13,6	13,2	16,2	3,0	1,9	2,2	0,1	0,1	0,1
Leite e derivados (c)	128	169	209	7,2	10,4	13,0	7,7	8,7	10,9	7,5	12,3	14,8
Óleos e gorduras	594	689	799	1,0	2,6	3,1	65,5	75,4	87,3	0,1	0,1	0,1

Observações: Os consumos médios diários da década de setenta dizem respeito apenas ao Continente.

(a) - Na década de setenta inclui amendoim em casca; a partir dos anos oitenta o produto destinado a consumo em natureza consta dos frutos de casca rija e não foi possível isolar o seu consumo.

(b) - Na década de setenta inclui azeitonas pelo que, para efeitos comparativos, foi aqui adicionada a partir de oitenta.

(c) - Na década de setenta inclui a totalidade de leite (matéria prima), com excepção do leite destinado ao fabrico de queijo.

primários, sejam transformados. Foi estabelecida uma tabela de composição alimentar para os principais alimentos (300) relativamente aos macronutrientes e ao fornecimento de energia. O estudo da Balança Alimentar Portuguesa<sup>86</sup> publicado pelo INE refere-se aos anos de 1980-92 e é o mais recente.

Além de estudos já referidos que foram publicados pelo INE nos anos 40,50 e 60, este Instituto já publicara a Balança Alimentar do Continente Português<sup>87</sup> que reúne informação de 1963 a 1975. Posteriormente veio a ser publicada uma reformulação metodológica para os anos de 1977-1980, cujos resultados vieram a ser publicados nas Estatísticas Agrícolas de 1982<sup>88</sup>.

### QUESTÕES DE MÉTODO

Os estudos epidemiológicos referentes a hábitos e comportamentos na Saúde levantam inumeros questões no que diz respeito ao método. Enquanto que outros dados relativos à Saúde são menos contingentes, estes têm maior margem de erro. Assim, no que diz respeito às causas de mortalidade, o estudo estatístico tem que se basear nos registos administrativos. Numa área completamente diferente, a da balança alimentar, são também os registos administrativos que fornecem os dados. Já no que diz respeito à morbilidade, os dados disponíveis são escassos, pois a grande maioria das doenças não são de declaração obrigatória e os estudos de prevalência existentes são restritos.

Relativamente aos hábitos e comportamentos na saúde, os estudos epidemiológicos têm que se basear no inquérito, o que acarreta questões de método importantes. O inquérito ou entrevista pode ser feito por correio, por telefone ou face a face. Em todo o mundo o face a face tem sido considerado como acarretando menor erro do que os outros dois. No entanto, também o face a face tem levantado problemas de método. Assim, considera-se que a interacção entrevistador-entrevistado pode não ser neutra e modificar as respostas. No caso dos inquéritos de saúde, o entrevistado/utente pode considerar que o entrevistador é um funcionário dos serviços do Estado, o que poderá alterar a resposta, tal como é apontado por Virginia Ferreira e B. Lemos<sup>17</sup>. Ainda de acordo com estes investigadores, as condições em que é feito o inquérito/entrevista e as condições de anonimato/privacidade condicionam as respostas. Todos estes reparos são a considerar, o que coloca a questão do uso de técnicas e técnicos de sociologia nestas investigações. Todavia, as críticas concretas ao INS<sup>17</sup>, parecem distorcidas pois compara-se e hierarquiza-se o valor daquilo que não é comparável. Isto é, na crítica de V. Ferreira e

J. B. Lemos<sup>17</sup> não está feita a distinção sistemática entre as várias categorias de estudos e respectivos resultados. Assim, uma coisa são estatísticas de saúde relativas a mortalidade e morbilidade, mais ou menos imperfeitas é certo, de acordo com registos. Outra coisa ainda são dados relativos aos serviços de saúde, no que diz respeito a orçamentos, meios e utilização de serviços na saúde e na doença, que poderão ser susceptíveis duma análise crítica, sobretudo tendo em consideração a tendência para o branqueamento de parte do Poder. Outra coisa ainda é a investigação de hábitos e comportamentos, suspeitos de terem influência na saúde e na doença. Aqui podem incluir-se os dados relativos à utilização dos serviços de saúde relatada pelos próprios utentes e também a patologia referida pelos utentes, sem que se pretenda que ela corresponda a um real diagnóstico. Todos os médicos aprendem que este tipo de referências vale como um dado subjectivo. Como aliás são subjectivos todos os dados colhidos em inquérito e como tal têm que ser considerados e interpretados estatisticamente. Só não há subjectividade quando são recolhidos dados antropométricos e são feitas análises laboratoriais.

Relativamente aos inquéritos alimentares põem-se todas as questões que também se põem em relação aos inquéritos de saúde em geral. Os inquéritos alimentares podem fazer-se por observação directa, por auto-registo ou por registo do entrevistador. Podem abarcar 7 dias ou 24 horas. Todos eles são susceptíveis de críticas., como tem sido largamente exposto por investigadores<sup>89,91</sup>.

### OBSERVAR PARA ACTUAR

Alguns investigadores portugueses têm dedicado o seu trabalho à actuação, resultante da observação de hábitos e comportamentos. É o caso de Fernando Pádua, que tem desenvolvido programas precisos em relação ao consumo do tabaco e do excesso de sal<sup>92-94</sup>. Em relação ao excesso de sal tem sido estabelecida uma conexão entre aquele hábito e a grande prevalência de acidentes vasculares cerebrais. No nosso país os AVC's apresentam um excesso de mortalidade importante quando comparados com um país como, por exemplo, a Suécia<sup>95,96</sup>. Idêntica orientação têm os trabalhos de Cayolla da Mota<sup>97-99</sup>, Marinho Falcão, Aleixo Dias et al<sup>100</sup>, Gorjão Clara<sup>101</sup>, Yanz et al<sup>102</sup> entre outros.

Pereira Miguel tem desenvolvido um trabalho em Medicina Preventiva que se tem baseado nos estudos de causa-efeito em relação a comportamentos e morbilidade e no aprofundamento teórico dos conceitos<sup>103</sup>. Assim, tem considerado as doenças ateroscleróticas como doenças sociais relacionadas com comportamentos -

hábitos alimentares, consumo de álcool, tabagismo. Estudando os índices de mortalidade por doenças cardiovasculares, os anos de vida perdidos, a incapacidade por doenças do aparelho circulatório e comparando as diferenças entre o nosso país e outros, analisa o conceito de *mortes evitáveis* e de *risco atribuível* a comportamentos, concluindo pela necessidade de decisão sobre medidas preventivas. Analisa os métodos para uma decisão em termos de intervenção na saúde. Um exemplo de hierarquização das decisões é o plano conjunto do DEPS e da ARS de Castelo Branco relativamente à actuação no distrito em função das patologias <sup>104</sup>. Faz a análise dos custos-benefício e conclui pela escolha das medidas preventivas em termos de hábitos e comportamentos.

Como já se disse, tem sido particularmente analisado o efeito do consumo de sal sobre a hipertensão arterial, muito prevalente em Portugal e conectada com a grande prevalência de acidentes vasculares. O projecto da Musgueira<sup>14</sup> e o projecto de Rio Maior <sup>105</sup> tiveram como objectivo a redução do consumo de sal, tendo atingido resultados ao nível da tensão arterial.

#### IV - ALGUNS RESULTADOS, ANÁLISE E DISCUSSÃO

Dos resultados dos numerosos trabalhos citados só podemos dar pequenos exemplos ilustrativos. Destacamos no CINDI em Setúbal 87 os resultados relativos ao grau de satisfação na vida familiar (*Quadro II*), por ser uma variável pouco comum em inquéritos desta ordem.

Como factores de risco major identificados enunciam-se os seguintes: erros alimentares (com referência para o sal), uso do

*Quadro II - Distribuição do Grau de Satisfação na Vida Familiar, segundo a idade e o sexo*

Idade	Muita	Assim, assim	Pouca ou nenhuma	Total
15-24	Número 188	102	6	296
	% Gr. Etário 63.51	34.46	2.03	100.00
25-34	Número 188	52	7	247
	% Gr. Etário 76.11	21.05	2.83	100.00
35-44	Número 223	78	17	318
	% Gr. Etário 70.13	24.53	5.35	100.00
45-54	Número 237	105	27	369
	% Gr. Etário 64.23	28.46	7.32	100.00
55-64	Número 233	112	35	380
	% Gr. Etário 61.32	29.47	9.21	100.00
Total	Número 1069	449	92	1610
	% Gr. Etário 66.40	27.89	5.71	100.00

Extraído de CINDI Setúbal <sup>11</sup>

tabaco, abuso do álcool, stress psico-social e inatividade física. Dos resultados do INS relativos a Lisboa e Vale do Tejo damos como exemplo os resultados relativos ao consumo de tabaco (*Quadro III, Figuras 1 e 2*), à referência de hipertensão (*Figura 3*) e consumo de medicamentos (*Quadro IV*).

*Quadro III - Consumo de Tabaco em Lisboa e Vale do Tejo, INS<sup>16</sup>*

População com 15 ou mais anos (em percentagem) que referiu:	
Nunca ter fumado	<b>Total .....66.5%</b> Homens .....44.1% Mulheres .....86.1%
Ser ex-fumador	<b>Total .....12.0%</b> Homens .....21.2% Mulheres .....3.8%
Ser fumador actual	<b>Total .....21.5%</b> Homens .....34.7% Mulheres .....10.0%
Fumar 20 ou mais cigarros por dia	<b>Total .....10.8%</b> Homens .....19.0% Mulheres .....3.6%

\* valores calculados em relação ao total da população com 15 ou mais anos que respondeu às questões.

*Quadro IV - Consumo de medicamentos, INS<sup>16</sup>*

Grupos Farmacoterapêuticos de maior consumo, nas 2 semanas anteriores à inquirição:

Etiotrópicos, inumoterápicos e desinfectantes	.....5.0%
Sistema nervoso cerebro-espinal	.....26.4%
Aparelho cardiovascular	.....15.4%
Aparelho respiratório	.....5.0%
Aparelho digestivo	.....6.1%
Aparelho geniturinário	.....5.4%
Anti-reumáticos e anti-inflamatórios	.....8.3%

\* 11.9% dos medicamentos consumidos foram tomados Sem Receita. No grupo "sistema nervoso cerebro-espinal", este indicador atingiu o valor de 23.5%

\* valores calculados em relação ao total de medicamentos consumidos (10112)

No estudo Erika <sup>13</sup>, a região do sul da Europa, em que se enquadraram os resultados obtidos no nosso país, não apresenta diferenças das outras três regiões da Europa (Norte, Ocidente e Leste) relativamente ao número de consumidores de tabaco, no que se refere ao sexo masculino (*Quadro V*). Mas já o Sul e o Este apresentam um maior consumo de cigarros por cada indivíduo fumador. No Sul e no Leste há um terço da população dos 40 aos 59 que são grandes fumadores (mais de um maço por dia). Mas relativamente às mulheres, as do

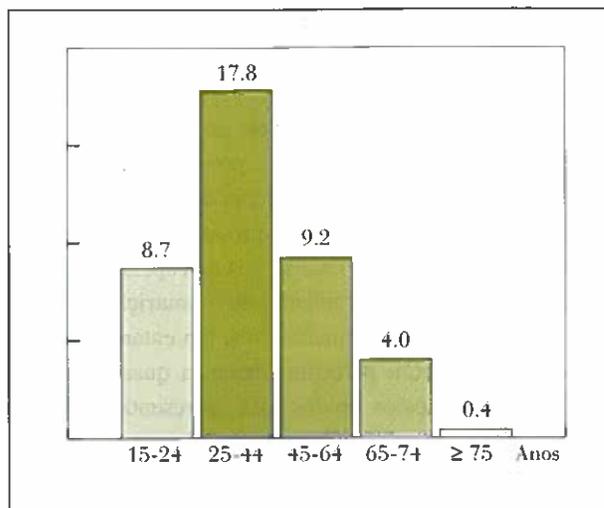


Figura 1 - População com 15 ou mais anos que referiu fumar 20 ou mais cigarros por dia. Percentagem em cada grupo etário. INS<sup>16</sup>

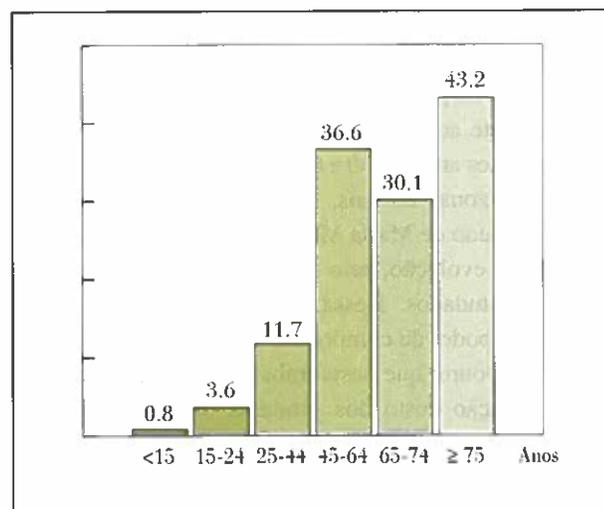


Figura 3 - População com 10 ou mais anos que referiu sofrer de tensão alta. Percentagem em cada grupo etário. INS<sup>16</sup>

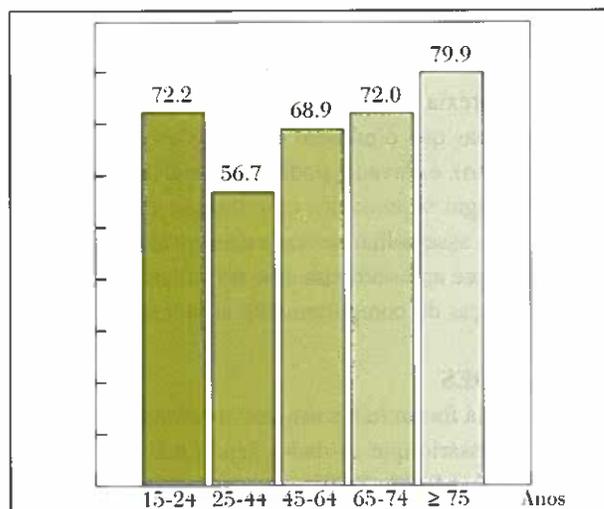


Figura 2 - População com 15 ou mais anos que referiu nunca ter fumado. Percentagem em cada grupo etário. INS<sup>16</sup>

Norte da Europa apresentam uma percentagem de fumadores muito maior do que as do Sul (40 versus 10 a 13 por cento). O Sul da Europa apresenta prevalências de hipertensão e obesidade superiores e, no que diz respeito à hipercolesterolemia, inferiores.

Em relação a estes três grandes estudos, que incluem hábitos e comportamentos na saúde, CINDI, ERIKA e INS, era importante que se tirassem conclusões e que se fizessem comparações com dados de outros países. Embora com todas as limitações, podiam-se ensaiar correlações com morbidade e mortalidade. Por outro lado, haveria que desenvolver as conclusões relativas à correlação com o global, a situação económico-sócio-cultural. Os dados recolhidos permitem muito mais conclusões do que as que têm sido tiradas. Percebendo-se a prudência dos investigadores, pensa-se no entanto, que é necessário rentabilizar

Quadro V - Prevalence data (%) for men: smoking. Estudo Erika para a Europa<sup>13</sup>

Region	Age group (years)	N	Number of cigarettes per day				
			0	1-9	10-19	≥20	≥1
North	40-44	3 975	44.0	7.0	23.5	25.5	56.0
	45-49	4 156	42.7	8.0	26.8	22.5	57.3
	50-54	2 269	48.0	9.3	18.8	23.9	52.0
	55-59	2 362	49.0	10.0	20.3	20.7	51.0
	40-59	12 762	45.8	8.5	22.4	23.2	54.2
West	40-44	5 176	45.2	6.5	20.2	28.1	54.8
	45-49	9 553	41.6	6.8	22.7	28.9	58.4
	50-54	4 384	44.6	7.9	22.3	25.2	55.4
	55-59	1 769	49.3	9.9	21.2	19.6	50.7
	40-59	20 882	45.0	7.7	21.6	25.7	55.0
East	40-44	9 238	44.1	2.8	15.7	37.4	55.9
	45-49	10 198	47.3	2.8	15.0	34.9	52.7
	50-54	7 996	50.6	3.1	15.1	31.2	49.4
	55-59	4 439	57.0	3.7	14.5	24.8	43.0
	40-59	31 871	49.5	3.1	15.1	32.3	50.5
South	40-44	2 742	45.7	5.3	14.7	34.3	54.3
	45-49	3 064	44.8	4.5	16.3	34.4	55.2
	50-54	2 999	46.1	6.0	17.2	30.7	53.9
	55-59	2 449	50.8	7.3	19.3	22.6	49.2
	40-59	11 264	46.7	5.7	16.8	30.8	53.3

toda a riqueza de dados colhidos em boas condições metodológicas, tal como foram, para daí tirar algumas conclusões e orientações em termos de saúde pública.

Relativamente aos inquéritos alimentares, a colheita de dados feita nos anos 40, 50 e 60 permite-nos ter uma ideia de algumas zonas do país, especialmente as mais carentes. O estudo de Maria Manuel Valagão<sup>18</sup> analisa-nos o sentido da evolução, pelo menos numa zona do país e nos anos estudados. Dessa evolução é testemunho o aumento do poder de compra dos assalariados rurais das quintas do Douro, que neste trabalho é avaliado em termos da relação custo dos produtos básicos/salário. A mudança é introduzida também pelo dinheiro que entra com os emigrantes. A par da mudança no poder de compra, dá-se uma mudança no gosto e na confecção dos alimentos, que vai a par da mudança de outros hábitos sociais.

O *Quadro VI* mostra-nos a evolução da sociedade portuguesa em termos de capitação de alimentos. A capitação, apresentando-se como média, não nos mostra o que aconteceu nos vários grupos sociais, mas mostra-nos que, de qualquer modo e tendo em atenção isso, houve uma melhoria entre 1960-80 no que diz respeito ao consumo do leite, da carne e do peixe. Significa que famílias que não tinham acesso a estes produtos passaram a ter. No entanto, a evolução no que diz respeito a estes produtos fez-se acompanhar de dados claramente negativos, como seja um grande aumento de consumo de gorduras e de açúcar, de refrigerantes e cerveja, ao mesmo tempo que há um decréscimo no consumo de leguminosas frescas e fruta. No trabalho de I. Loureiro e P. Aguiar<sup>66</sup> o maior consumo de carne está associado a pior qualidade alimentar e a classe social mais alta. No trabalho de Silva et al<sup>58</sup> há resultados paradoxais na comparação dos jovens de meio urbano com os de meio rural, podendo sugerir-se que os jovens de meio rural passam a comprar alimentos

transformados de baixo valor nutricional, quando passam a ter acesso a eles. A Balança Alimentar Portuguesa (*Quadro I*) mostra que, de 1980 a 1992, houve aumento da capitação para a maior parte dos grupos alimentares, nomeadamente carne, peixe, leite, produtos hortícolas e fruta, mantendo-se assim a tendência de resultados anteriores, com a ressalva de que os produtos hortícolas e a fruta retomaram a subida. Esta subida da capitação decerto que significou menos problemas de subnutrição e fome, tanto quantitativos como qualitativos. No entanto, observou-se que aumentou percentualmente a quantidade de energia fornecida pelos lípidos (que representa 54.6 por cento do total), o que significa um risco para a saúde, por ser co-factor de doenças cardio-vasculares.

Nas doenças do comportamento alimentar e noutras situações associadas (prática de *dieta* e deformação da imagem corporal) verificou-se, tal como noutros países, que a tendência é para deixarem de ser doenças de *elites* para se alastrarem a todas as classes. Dado que a percentagem de anorexia nervosa é relativamente pequena (0,4 por cento), mas que o número de situações sub-clínicas (12,5 por cento), é elevado, pode considerar-se que, neste campo, Portugal se encontra em situação de transição, podendo vir a assemelhar-se aos países mais desenvolvidos, que sempre apresentaram uma prevalência mais elevada de doenças do comportamento alimentar.

## CONCLUSÕES

Em Portugal já foram feitos estudos aprofundados nestas áreas. É necessário que os dados sejam mais aproveitados para uso em Saúde Pública.

Relativamente aos hábitos alimentares parece que Portugal caminha simultaneamente para um consumo mais satisfatório em termos de quantidade e portanto de satisfação dos grupos sociais carenciados. Mas, estabeleceu-se ao mesmo tempo um excesso de consumo e uma má escolha de alimentos. Não queremos dizer que a escassez e os baixos índices dos países pobres sejam sinónimos de saúde. Se olharmos para as tabelas de consumo da FAO<sup>106</sup> (*Quadro VII*) verificamos que os países com menor consumo de gordura são também aqueles em que há mais mortalidade e morbidade. Pode ser interpretada do mesmo ângulo a diferença constatada entre as crianças da Lapa e as crianças da Musgueira<sup>103</sup> apresentando as primeiras índices mais elevados de colesterolémia. Paradoxal? Decerto que não. O que se pode concluir é que os países e classes onde a esperança de vida é mais longa, por acesso a alimentos, a meios de assistência e a condições sanitárias, são também aqueles que têm condições para ter acesso a mais factores de risco de

*Quadro VI - Evolução das Capitações de Alimentos (1960-1980)  
(gr/pessoa/dia)*

	1960	1980	variação (%)
Leite	71.9	202.3	+ 181
Carne	51.4	129.2	+ 151.4
Peixe	82.7	98.0	+ 18.5
Cereais	341.6	346.1	+ 1.2
Óleos e gorduras	+2.3	79.6	+ 88.2*
Açúcar	+9.8	81.1	+ 62.7*
Leguminosas Secas	18.0	15.3	- 14.7*
Fruta	205.8	175.5	- 14.7*
Refrigerantes	6.6	55.1	+ 747.7*
Cerveja	12.4	109.8	+ 788.3*

Extraído de Amorim-Cruz<sup>52</sup>

Quadro VII - Contribution of fats and oils by foods groups in 1990. Tabelas de consumo. FAO<sup>106</sup>

Region	Total Fat gram/cap/day	% Total Fats						
		Visible Fats		Invisible Fats				
		Vegetable	Animal	Meat	Milk	Cereal	Oilcrop	Other
<b>World</b>	<b>68.3</b>	<b>36</b>	<b>11</b>	<b>23</b>	<b>9</b>	<b>8</b>	<b>5</b>	<b>8</b>
Africa	43.1	48	4	9	5	16	10	8
Far East	44.6	35	6	24	6	13	9	7
Near East	72.3	49	7	11	7	13	4	9
Latin America	75.4	43	9	22	10	7	3	6
USSR	106.8	25	22	26	12	5	1	9
Oceania	137.8	20	18	40	13	2	2	5
Europe	142.8	30	20	28	12	3	1	6
North America	151.0	39	9	27	14	2	3	6

doenças cardio-vasculares e de alguns cancros. Esta constatação tem levado a que se constitua um verdadeiro movimento de opinião no sentido de se criarem novos hábitos de saúde. Este movimento tende a fazer substituir a visão tecnicista e medicalizada de reparação da doença por uma visão de auto-responsabilidade individual em relação à própria saúde. Isto constitui um novo conceito de relação do indivíduo com o social, em que o que está em causa não são só comportamentos morais, mas comportamentos físicos. O corpo como um todo passou a ter outro sentido. Os novos conceitos ecológicos passaram também a influenciar profundamente os conceitos de promoção da saúde. A preocupação com a saúde passou, no entanto a ter, nalguns países (como os E.U.A.) e nalguns meios, contornos que alguns consideram de neurose colectiva ou de hipocondria colectiva das classes privilegiadas<sup>107,108</sup>. E nem por isso parece trazer eficácia, quando vivida dessa forma.

Interessa saber como se coloca o nosso país nesta conjuntura. Transversalmente já apresenta todos esses traços. Parece que poderemos intervir no sentido global e nas características da evolução.

Com a expansão dos novos meios de comunicação e o acesso destes pela generalidade das pessoas, não se apagam as diferenças entre países pobres e ricos, nem as diferenças entre classes sociais, mas apagam-se as diferenças em termos de informação e influência cultural. A monstruosa pressão para o consumo é um dado transnacional e transclassista.

Portugal corre o risco de se manter carente em relação a muitas necessidades básicas (saneamento básico, por exemplo), mas de adquirir hábitos de novo rico, imitando outras culturas, no que elas não deveriam ser imitadas. A universalização das modas alimentares é, ao que parece, inevitável. Mas tem que ser estabelecida uma contra-corrente, para que a par das melhores condições

de vida, se preservem ou se criem bons hábitos. Não se deve ser pobre nas necessidades, nem novo rico nos hábitos. Cabe ao Estado um papel nesta questão de Saúde Pública.

## BIBLIOGRAFIA

- HAMMOND EC, GARFINKEL L: Smokings habits of men and women. *J Nat Cancer Inst* 1961; 27:419-42
- VADENBROUCKE J P, MANRITZ B J, DE BRUIN A, VERHEESEN J H H, VAN DER HEIDWESSEL C, VAN DER HEIDE LM: Weight, smoking and mortality. *JAMA*, 1984; 252:29-50
- WILLET W C, STAMPFER M J, BRAIN C et al: Cigarette smoking, relative weight and menopause. *Am J Epidemiol* 1983; 117:651-8
- WITTEMAN J C, WILLET WC, STAMPFER M J et al: A projective study of nutritional factors and hypertension among US women. *Circulation*. 1989; 80:1320-7
- CONTENTO IR, MURPHY BM: Psycho-social factors differentiating people who reported making desirable changes in their diets from those who did not. *J Nutr Educ* 1990; 22:6-14
- ROSS R, GLOMSET J A: The pathogenesis of atherosclerosis. *N Engl J Med* 1976; 295: 369-420
- BOUCHARD C, DEPRES J P, TREMBLAY A: Exercise and Obesity. *Obesity Res* 1993; 1:133-47
- BLAIR S N, KOHL H W, GORDON N F, PAFFENBARGER RS: How much physical activity is good for health? *Ann Rev Public Health*, 1992; 13:99-126
- FRENTZED-BEYNEE R, CHANG-CLAUDE J: Vegetarian diets and colon cancer: the german experience. *Am J Clin Nutr* 1994; 59:1143S-1152S
- Department of Agriculture. Department of Health and human services. Nutrition and your health: dietary guidelines for americans 3rd ed. Washington DC. Government Printing office. 1990.
- PÁDUA F et al: Programa CINDI-PORTUGAL, Instituto Nacional de Cardiologia Preventiva. 1994.
- Inquérito Setúbal 87: Instituto Nacional de Cardiologia Preventiva, 1992, Lisboa.
- Erica Research Group: The CHD risk-map of Europe. *Eur. Heart J* 1988,9 (supl 1): 1-36
- PAIS DE LACERDA A A e PEREIRA MIGUEL J M.: Educação Sanitária Cardiovascular - uma experiência no Bairro da Musgueira. Lisboa. *Rev Port Clin Terap* 1978; 4(3): 121-8
- Inquérito Nacional de Saúde 1987, DEPS, 1989
- Inquérito Nacional de Saúde 1989/90, Região de Lisboa e Vale do

- Tejo, DEPS, 1992
17. FERREIRA V, LEMOS J B: A Saúde dos Números. Análise dos Inquéritos de Saúde em Portugal. *Rev Crítica de Ciências Sociais* 1987; 23: 115-128
  18. VALAGÃO M M: Práticas alimentares numa sociedade em mudança, tese de doutoramento, Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade Nova, Lisboa, 1990.
  19. JANZ G J, CARREGA R: Sobre a técnica dos inquéritos alimentares familiares e individuais. In *Cadernos científicos*, vol I, 1946-48, ed. Instituto Pasteur de Lisboa.
  20. FARIA F R: A alimentação dos trabalhadores rurais portugueses, resumo de algumas investigações, *Jornal do Médico*, 1942; n°s 44 a 48.
  21. Junta de Colonização Interna. Ministério da Economia. Estudo económico-agrícola, Lisboa, 1944
  22. MIRA F: Inquérito alimentar e condições sanitárias do pessoal numa exploração agrícola. *Gazeta Médica*, 1948; 1:371.
  23. SILVA J A O: Níveis de vida do trabalhador rural português. Relatório final do Curso de Engenharia Agronómica, Lisboa, 1948
  24. COUTINHO H, MONTEIRO A J M, JANZ G J: Contribuição para o estudo da pelagra endémica em Portugal. *Amatus Lusitanus* II 1943; (6,7): 438-455, 1043
  25. BARBOSA I I G: A alimentação e habitação do rural da Amareleja. Subsídios para o seu estudo. Relatório final do Curso de Engenharia Agronómica, Lisboa, 1941.
  26. CAMBOURNAC F J C, SIMÕES J M P: Sobre a alimentação dos ranchos migratórios da região de Águas de Moura. *Lisboa Médica*, 1994; XXI: 205
  27. FERNANDES J B: Aspectos do trabalho familiar na obra de colonização do Alentejo. Relatório final do Curso de Engenharia Agronómica, Lisboa, 1947
  28. HILL R B, CAMBOURNAC F J: Estudo sobre a alimentação de cinco famílias rurais numa herdade do Alentejo, Lisboa Médica, 1941; XVIII (12): 691-702
  29. LEÓNIDAS V R P: O assalariado rural do Concelho de Viana do Castelo. Relatório final do Curso de Engenharia Agronómica, Lisboa, 1944
  30. NORONHA R: Alimentação dos rurais do Douro. Subsídios para o estudo médico-social. Conferência proferida a 29 de Maio de 1942 no Clube dos Fenianos Portuenses. Régua. Imprensa do Douro, 1942.
  31. PINHO B, CARLOS F C: Inquérito Alimentar entre os operários da Fábrica de Loíça de Sacavém. Direcção-Geral de Saúde, Lisboa, 1949
  32. CORREIA A A M: A alimentação do povo português CED (Centro de Estudos Demográficos), Lisboa, 1951
  33. PINHO B, CAMPOS F C: Inquérito alimentar entre famílias rurais II, Ribatejo, DGS (Direcção Geral de Saúde), Lisboa, 1950
  34. PINHO B, CAMPOS F C: Inquérito alimentar entre famílias rurais III. Douro litoral, Boletim dos Serviços de Saúde Pública, 6 (2), Lisboa, 1955
  35. PINHO B, CAMPOS F C: Inquérito alimentar entre famílias rurais IV. Alto Alentejo, Boletim dos Serviços de Saúde Pública, 6(2), Lisboa, 1959
  36. REIS C S: A Nutrição e a Saúde Pública portuguesa. Centro de Estudos Demográficos, I N E, 1960; 12:25-156
  37. FERREIRA, F A G. Nota sobre as disponibilidades e necessidades alimentares no continente português. *Boletim do Serviço de Saúde Pública*, 1963; X: 10-13
  38. CARVALHO A: A aldeia alentejana da Granja de Mourão, *Agros*, 1963; 46(4)
  39. JANZ G J: Ensaio de estudo médico-social de comunidades rurais, II. A aldeia alentejana de Vale de S. Tiago, *Agros* 1966; 49 (1-2)
  40. JANZ G: Ensaio de estudo médico-social de comunidades rurais, III. A aldeia beiroa de Folgues, *Agros*, 1967; 50( 5-6)
  41. FERREIRA F A G, CARVALHO C: Nota sobre as disponibilidades e necessidades alimentares no continente português. *Arquivos do Instituto Nacional de Saúde (INSA)* 1972; I: 49-91
  42. FERREIRA F A G: Política Alimentar de Nutrição em Portugal. *Revista CEN*: 1978; 2 (1)
  43. JANZ G J: Ensaio de Estudo Médico-social de comunidades rurais, IV. As povoações de Fonte da Bica - Pé da Serra e Vales da Senhora da Luz do concelho de Rio Maior. *Anais da Escola Nacional de Saúde Pública e Medicina Tropical*, 1972; 6:1-4
  44. CARVALHO A, GOMES M L: Alimentação e condições de vida de famílias de trabalhadores rurais do Bairro Alentejano, Oeiras. CEEA/IGC (Centro de Estudos de Economia Agrária / Instituto Gulbenkian de Ciências) 1973
  45. PIRES CB: Condições de vida e de alimentação das famílias dos trabalhadores rurais da freguesia de Albornos, Oeiras, CEE/IGC (Centro de Estudos de Economia Agrária / Instituto Gulbenkian de Ciências) 1979
  46. Comissão Interministerial. Contributo para a definição de uma política alimentar.
  47. Comissão Interministerial. Diagnóstico da situação e estratégia de política alimentar.
  48. FERREIRA F A G: Posição de Portugal em Política alimentar e de nutrição. *Revista CEN* 1979; III(1): 3-18
  49. VALAGÃO M M, BATISTA M O: Consumo e hábitos alimentares de um grupo de famílias rurais no Concelho de Ponte de Lima. *Revista CEN*; 1981, 5(3): 13-73
  50. SANTOS N T: Avaliação nutricional da população infantil (0-5 anos) de uma comunidade piscatória, Espinho. *Rev. Port. Ped.*, 1981, XII (supl 1): 1-51
  51. CRUZ J A A: Adolescentes e Nutrição, *Revista CEN*; 1984, 8 (1): 71-92
  52. FONTES A, PIRES M: Inquérito alimentar numa escola do ciclo preparatório - Ermesinde, *Revista CEN*, 1982; 6(2): 30-50
  53. MANO L, MEISTER M L, CRUZ J A: Composição das refeições servidas nas cantinas das escolas preparatórias e secundárias do Concelho de Braga. *Revista CEN* 1984; 8 (2): 34-62
  54. ALMEIDA M D V: A study of Cape Verdeans in Portugal. PHD Thesis, King's College, Londres 1989
  55. MONTEIRO R, TEIXEIRA V: Avaliação do estado nutricional e caracterização do padrão alimentar dos alunos do ciclo preparatório de Cantanhede. *Rev Port Nutri* 1990; III(1):11-22
  56. AMARAL F, SERAFIM R, BARETO I: Estudo do comportamento alimentar de uma população do ensino básico do Concelho de Cascais. *Rev Port Nutr* 1991; III (2): 16-24.
  57. MATEUS P: Padrão alimentar de uma população urbana do 2º ciclo. Tese de licenciatura em Ciências da Nutrição da Universidade do Porto. Biblioteca do Curso de Ciências da Nutrição 1991
  58. SILVA MTS, FRANCHINI B, ALMEIDA, M D V: Frequência do consumo de alimentos e estado nutricional - comparação entre jovens de um meio rural e urbano. *Rev Alim Hum* 1995; 1(3): 5-17
  59. RODRIGUES S S P, ALMEIDA M D V: Conceitos e práticas alimentares em dois grupos etários de portuguesas. *Rev Al Hum* 1995; 1(2): 4-18
  60. AFONSO C, ALMEIDA M D V: Publicidade, adolescentes e alimentação. *Rev Al Hum* 1995; 1(2): 19-24.
  61. GUIOMAR S L, ALMEIDA M D V: Rotulagem Alimentar e Nutricional, *Rev Port Nutr* 1993, V: 15-31
  62. FRANCHINI B, COUTINHO I, ALMEIDA M D V, MOREIRA P: Estudo dos Hábitos Alimentares e dos conhecimentos sobre Alimentação numa população do Ensino Básico (Concelho de Espinho). *Forum de Projectos de Educação Alimentar (Porto)* 1994, CNAN, Lisboa.
  63. GUERRA M: Avaliação da adequação da ementa escolar. Tese de licenciatura em Ciências da Nutrição da Universidade do Porto. Biblioteca do Curso de Ciências da Nutrição 1993.
  64. OLIVEIRA A P, PINHO O: Hábitos alimentares de crianças em idade escolar. *Perspectivas de futuro*. *Rev Port Nutr* 1991; III(2): 25-29
  65. MOREIRA P: Alimentação do adolescente. *Endocrin Metab e*

- Nutrição, 1993; 2 (6): 409-16
66. LOUREIRO I, AGUIAR P: Factors influencing eating practices on children 9 and 10 years old. *Comunicação*, Potsdam, Alemanha, Outubro 1993
67. CONTENTO T R, BALCH G I, BRONNER Y, LYTLE L A, MALONERY S K, OLSON C M, SWADENER G S: The effectiveness of nutrition education and complications for nutrition education policy, programs and research. *J Nutr Educ* 1995; 27:279-418
68. RANDALL E: Measuring food use in school-aged children. *J S Health* 1991; (5):201-203
69. FRANK G: Taking a bite out of eating behavior: food record and food recalls of children. *J S Ch Health*, 1991; 65(5):198-200.
70. FIGUEIREDO C, CABRAL G, OLIVEIRA A, CASTANHEIRA J: Hábitos alimentares da criança. Inquérito no serviço de urgência do Hospital Distrital de Viseu. *Saúde Infantil* 1988; 10:239-44
71. SANTOS L A, GUERRA A J M, AZEVEDO J M, SILVA D, AMADO F, RODRIGUES V, SANTOS N T: Alimentação no 1º ano de vida. Estudo retrospectivo de uma população infantil dos 0 aos 59 anos de idade. *Arquivos de Medicina* 1988; 2:56-60
72. GUERRA A J M, SANTOS N T, GUERRA F C, SANTOS L A, CARREIRO E, JARDIM H, RODRIGUES P, PRATA A, NUNES C, SILVA D, MORAIS M R: Hábitos alimentares, estudo de nutrição e lípidos séricos numa população infantil de risco de patologia cardiovascular. *Rev Port Pediatría* 1993; 24:3-44
73. ALMEIDA M D V, RODRIGUES S S P: Quanto custa a um idoso alimentar-se?. *Rev Al Hum* 1995; 1(3):30-39
74. MARQUES M, FRANCHINI B, FARIA M, ALMEIDA M D V: Avaliação nutricional de idosos frequentadores de centros de dia e de convívio. *Rev Al Hum* 1995; 1 (3): 18-29
75. AMORIM-CRUZ J A, MARTINS I., MANO M C, DANTAS M A, AIROSO M L, ROMBO M M, ZENHA M, ALMEIDA M, OLIVEIRA P, FILIPE M: Nutrição e saúde dos idosos de Vila Franca de Xira. IV - Estado Nutricional (antropometria dados hematológicos, albumina, lípidos e vitaminas no sangue) e pressão arterial. *Rev Port Nutr* 1992; IV (4):4-18
76. Inquérito Alimentar Nacional. I parte, *Rev CEN*, 1985; 9 (4)
77. Inquérito Alimentar Nacional. II parte, *Rev. CEN*, 1986; 10: (2/3)
78. AZEVEDO M H, FERREIRA C P: Anorexia nervosa and bulimia: a prevalence study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1992; 86(6):432-6
79. CARMO I, REIS D, BOUÇA D, NEVES A, SAMPAIO D, ANDRÉ I, GALVÃO-TELES A: Prevalence of anorexia nervosa: a portuguese population study. *Eur Eat Dis Rev* 1996; 4:144/1-11.
80. BAPTISTA F, SAMPAIO D, CARMO I, REIS D, GALVÃO-TELES A: The prevalence of disturbances of eating behaviour in a portuguese female university population, *Eur Eat Dis Rev* 1966; 4: 260-70
81. DENISSEMKO M F, PAO A, TANG MS, PFEIFER G P: Preferential Formation of Benzo (a) pyrene adducts at lung cancer mutational hotspots in P 52. *Science* 1996; 274:430-32
82. AMORIM-CRUZ: Alimentação e Saúde em Portugal: estudo ecológico com apresentação de perfis nutricionais distritais. *CEN*. Ed. Instituto Nacional de Defesa do Consumidor 1991; Lisboa.
83. DIAS J AA: Neoplasia Gástrica e perspectiva actual sobre alguns factores de risco. *Rev Port Saude Pública* 1991; 9:27-36
84. MONTEIRO G J, GOULÃO H M: Dieta e cancro do estômago. *Revista do CEN* 1986; 10:38-46
85. FALCÃO J M, DIAS J A, MIRANDA A C, LEITÃO C N, LACERDA M M, CAYOLLA DA MOTA L: Red wine consumption and gastric cancer in Portugal: a case - control study. *Eur J Cancer Prevention* 1994; 3:269-76
86. *Balança Alimentar Portuguesa, 1980-1992*, INE, INS Ricardo Jorge, ed INE, 1994, Lisboa.
87. *Balança Alimentar do Continente Português*, INE. Série de Estudos (nº 51), 1977, Lisboa
88. *Estatísticas Agrícolas*, INE, 1982, Lisboa
89. BINGHAM S A: The dietary assessment of individuals; methods accuracy, new techniques and recommendations. *Nutrition Abstracts and Reviews* (série A) 1987; 57 (10).
90. GIGNON C: Les enquêtes sur la consommation et la sociologie des gouts. *Revue economique*, ed. Presses de la Fondation Nationale des Sciences Politiques 1988; 39(1):15-32.
91. SILVA T S e ALMEIDA M D V: Avaliação do consumo alimentar: comparação de dois métodos quantitativos. *End Met Nutr* 1993; 2:335-9
92. PÁDUA F: Doença Aterosclerótica - que prevenção? *Rev Port Cardiol* 1989; 8(9): 589-91
93. PÁDUA F: Luta contra a intervenção à escala nacional. *Rev Port Clin Terap* 1989; 11(6):163-74
94. PÁDUA F: O Programa Cindi-Portugal. In Manuel Carrageta e Fernando Pádua eds. *Geriatría Clínica*. Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa, 1993; pg 53-77
95. Intersalt Cooperative Research Group-Intersalt: an international study of electrolyte excretion and blood pressure. Results for 24 hours urinary sodium and potassium excretion. *BMJ* 1988; 297:319-27
96. KMIMAN J T, HANTVAST J G A J, AMORIM CRUZ J A et al: Pressão arterial e excreção urinária de sódio, potássio arterial e excreção urinária de sódio, potássio, cálcio e magnésio em rapazes de 8 e 9 anos de idade em 19 centros europeus *Rev Port Nutr* 1989; I (1):5-12
97. MOTA, CAYOLLA da: Mortes atribuíveis ao uso do tabaco em Portugal no termo dos anos 80, início dos anos 90. *Rev Port de Saúde Pública*, 1993; 11(1):61-2
98. MOTA, CAYOLLA da: Epidemiologia e estratégias de intervenção na Segunda Era da Saúde Pública. *O Médico* 1986: 655-64
99. MOTA, CAYOLLA da, SEQUEIRA M L, CASTANHEIRA J L: Anos de vida potenciais perdidos: evolução (1976-1986). *Saúde em Números* 1989; 4(2):9-13.
100. FALCÃO J M, DIAS A, CARMONA R et al: *Medicos sentinela. Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários*, Lisboa 1993; 102 pgs.
101. CLARA J G: Factores condicionantes da pressão arterial: o meio e o indivíduo. *Dissertação de doutoramento*. F L, Lisboa 1990; 360 pgs.
102. YANZ G J, YANZ J G, CARVALHEIRO P: Factores de risco cardiovascular na análise de inquéritos alimentares efectuados em Portugal. In *Livro de Homenagem ao Prof. Arnaldo Sampaio*, Lisboa 1980; 131-44
103. PEREIRA-MIGUEL J M: A decisão em Medicina Preventiva, Lição de síntese, Provas de Agregação, FML, Lisboa 1994; 111 pgs.
104. Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde (DEPS) - Plano integrado de Saúde do Distrito de Castelo Branco. DEPS, 1992, 404 pgs.
105. FORTE J G, PEREIRA-MIGUEL J, PEREIRA MIGUEL M J, PÁDUA F, ROSE G: Salt and blood pressure: a community trial. *J Human Hypertens* 1989, 3: 179-84
106. *Fats and oils in human nutrition*, WHO, FAO, 1994, Roma
107. RENAUD M: L'avenir: Hygiène ou Panacée? In *être ou ne pas être en bonne santé*, ed Evans R G, Barere M L, Marmor T R, Paris, John Libbey ed, 1991; pg 317-32
108. THOMAS L: *The medusa and the snail*, New York, ed Viking 1979; pg. 47-50.