



VERDADES
E MITOS

Dieta e doença alérgica

ANA TODO BOM, PhD



store

NEWS FARMMA

Esta publicação está também disponível em formato digital
Faça o download gratuito. Registe-se em store.newsfarma.pt



Revinty

furoato de fluticasona + vilanterol ELLIPTA

Inspire. Respire

BASTA UM SIMPLES GESTO PARA MUDAR TUDO.

- 24 horas eficácia¹
- Comodidade posológica¹

Referência: 1. RCM Revinty, agosto 2018



INNOVIVA

Bial
Keeping life
in mind.

TOMA
ÚNICA
DIÁRIA¹

24H
EFICÁCIA¹



INFORMAÇÕES ESSENCIAIS COMPATÍVEIS COM O RCM. NOME DO MEDICAMENTO Revinty Ellipta **COMPOSIÇÃO QUALITATIVA E QUANTITATIVA** Revinty Ellipta 92/22 mcg: Cada inalação disponibiliza uma dose administrada de 92 mcg de furoato de fluticasona e 22 mcg de vilanterol (como trifrenatato). Isto corresponde a um recipiente unidose de 100 mcg de furoato de fluticasona e 25 mcg de vilanterol (como trifrenatato). Revinty Ellipta 184/22 mcg: Cada inalação disponibiliza uma dose administrada de 184 mcg de furoato de fluticasona e 22 mcg de vilanterol (como trifrenatato). Isto corresponde a um recipiente unidose de 200 mcg de furoato de fluticasona e 25 mcg de vilanterol (como trifrenatato). **FORMA FARMACÉUTICA** Pó para inalação em recipiente unidose **INDICAÇÕES TERAPÉUTICAS** Asma: Revinty Ellipta 92/22 mcg e 184/22 mcg está indicado para o tratamento regular da asma em adultos e adolescentes com idade ≥ 12 anos em que a utilização de um medicamento contendo uma associação (agonista beta₂ de ação prolongada e corticosteroides para inalação) é adequada: doentes que não estão adequadamente controlados com corticosteroides para inalação e com agonistas beta₂ de curta duração de ação 'conforme o necessário'; doentes que estão já adequadamente controlados com corticosteroide para inalação e agonista beta₂ de longa duração de ação. **DPOC:** Revinty Ellipta 92/22 mcg está indicado para o tratamento sintomático de adultos com DPOC com um FEV₁ previsível normal <70% (após o broncodilatador) com antecedentes de exacerbação apesar da terapêutica regular com um broncodilatador. **POSOLOGIA E MODO DE ADMINISTRAÇÃO** Asma (92/22 mcg e 184/22 mcg) **Adultos e adolescentes ≥ 12 anos** Deve considerar-se uma dose inicial de uma inalação de 92/22 mcg uma vez por dia para adultos e adolescentes ≥ 12 anos que requeiram uma dose média de corticosteroides para inalação em associação com um agonista beta₂ de ação prolongada. Se os doentes não estiverem corretamente controlados com 92/22 mcg, a dose pode ser aumentada para 184/22 mcg. Os doentes devem ser regularmente reavaliados. A dose deve ser titulada para a dose mais baixa com a qual é mantido um controlo efetivo dos sintomas. Revinty Ellipta 184/22 mcg deve ser considerado para adultos e adolescentes ≥ 12 anos que requeiram uma dose mais elevada de corticosteroides para inalação em associação com um agonista beta₂ de ação prolongada. Os doentes normalmente verificam uma melhoria na função pulmonar 15 minutos após a inalação. É necessário o uso diário regular para manter o controlo dos sintomas de asma e o uso deve ser continuado mesmo quando esta é assintomática. Se os sintomas surgirem no período entre as doses, deve ser tomado um agonista beta₂ de curta duração, por inalação, para o alívio imediato. A dose máxima recomendada é 184/22 mcg 1x/dia. **Crianças <12 anos** A segurança e a eficácia ainda não foram estabelecidas na indicação para a asma. **DPOC (92/22 mcg) Adultos ≥ 18 anos** Uma inalação 1x/dia. Os doentes normalmente verificam uma melhoria na função pulmonar 16-17 minutos após a inalação. **População pediátrica** Não é relevante na população pediátrica para a indicação de DPOC. **Populações especiais** **Idosos (> 65 anos)** e **Compromisso renal** Não é necessário ajustar a posologia. **Compromisso hepático** Estudos revelaram um aumento na exposição sistémica ao FF. Devem tomar-se precauções na definição da posologia em doentes com compromisso hepático que possam estar em risco mais elevado de reações adversas sistémicas associadas a corticosteroides. Para os doentes com compromisso hepático moderado ou grave a dose máxima é 92/22 mcg. **Modo de administração** Via inalatória. Deve ser administrado à mesma hora do dia, todos os dias. Se uma dose for omitida, deve tomar-se a próxima dose à hora habitual no dia seguinte. Após inalação, os doentes devem enxaguar a boca com água sem a engolir. **CONTRAINDICAÇÕES** Hipersensibilidade às substâncias ativas ou a qualquer um dos excipientes. **AVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES ESPECIAIS DE UTILIZAÇÃO** Deterioração da doença Não deve ser utilizado para tratar sintomas de asma aguda ou uma exacerbação aguda na DPOC, para os quais é necessário um broncodilatador de curta duração. O uso aumentado de broncodilatadores de curta duração para aliviar os sintomas indica deterioração do controlo. Os doentes não devem interromper a terapêutica na asma ou na DPOC, sem supervisão de um médico, uma vez que os sintomas podem reaparecer após a descontinuação. Os acontecimentos adversos e as exacerbações relacionadas com a asma podem ocorrer durante o tratamento. Deve pedir-se aos doentes que continuem o tratamento mas que procurem aconselhamento médico se os sintomas da asma continuarem incontroláveis ou piorarem após o início do tratamento com Revinty Ellipta. **Broncospasma paradoxal** Pode ocorrer com um aumento imediato na pieira após a administração. Deve ser tratado imediatamente com um broncodilatador para inalação de curta duração. Revinty Ellipta deve ser suspenso imediatamente, o doente avaliado e uma terapêutica alternativa instituída conforme o necessário. **Efeitos cardiovasculares** Podem ser observados efeitos cardiovasculares, tais como arritmias cardíacas por ex., taquicardia supraventricular e extra-sístoles. Num estudo controlado com placebo em indivíduos com DPOC moderada e com antecedentes, ou um risco aumentado de doença cardiovascular, não existiu aumento do risco de acontecimentos cardiovasculares. No entanto, deve ser utilizado com precaução em doentes com doença cardiovascular grave ou anomalias do ritmo cardíaco, tireotoxicose, hipocalcemia não corrigida ou em doentes com predisposição para níveis baixos de potássio sérico. **Doentes com compromisso hepático** Para os doentes com compromisso hepático moderado a grave, deve ser utilizada a dose de 92/22 mcg. **Efeitos sistémicos dos corticosteroides** Podem ocorrer com qualquer corticosteroide para inalação, em especial com doses elevadas recetadas durante longos períodos (ocorrência muito menos provável do que com corticosteroides orais). Incluem síndrome de Cushing, características cushingoides, apoplexia suprarrenal, diminuição na densidade mineral óssea, retardação do crescimento em crianças e adolescentes, cataratas e glaucoma e, mais raramente, uma variedade de efeitos psicológicos e comportamentais incluindo hiperatividade psicomotora, perturbações do sono, ansiedade, depressão ou agressão (em especial em crianças). Administrar com precaução em doentes com tuberculose pulmonar ou em doentes com infeções crónicas ou não tratadas. **Perturbações visuais** Podem ser notificadas perturbações visuais com o uso sistémico e tóxico de corticosteroides. Se um doente apresentar sintomas tais como visão turva ou outras perturbações visuais, o doente deve ser considerado para encaminhamento para um oftalmologista para avaliação de possíveis causas que podem incluir cataratas, glaucoma ou doenças raras, como coriorretinopatia serosa central (CRSC), que foram notificadas após o uso de corticosteroides sistémicos e tóxicos. **Hiperlipcemia** Notificados casos de aumentos nos níveis de glucose no sangue em doentes diabéticos e tal deve ser considerado quando se receta a doentes com antecedentes de diabetes mellitus. **Pneumonia em doentes com DPOC** Um aumento da incidência de pneumonia, incluindo pneumonia que requer hospitalização, tem sido observado nos doentes com DPOC a receberem corticosteroides inalados. Existe alguma evidência de um risco aumentado de pneumonia com o aumento da dose de esteroide mas isto não foi demonstrado de forma conclusiva entre todos os estudos. Não existe evidência clínica conclusiva para diferenças dentro da mesma classe na magnitude do risco de pneumonia entre os medicamentos contendo corticosteroides inalados. Os médicos devem continuar alerta para o possível desenvolvimento de pneumonia em doentes com DPOC pois as características clínicas de tais infeções sobrepõem-se aos sintomas das exacerbações da DPOC. Os fatores de risco para pneumonia em doentes com DPOC incluem tabagismo atual, idade avançada, índice de massa corporal (IMC) baixo e DPOC grave. **Pneumonia em doentes com asma** A incidência de pneumonia em doentes com asma foi frequente na dose mais elevada. A incidência de pneumonia em doentes com asma a tomar 184/22 mcg foi numericamente superior quando comparada com aqueles a receber 92/22 mcg ou placebo. Não foram identificados fatores de risco. **Excipientes** Cada dose administrada contém aproximadamente 25 mg de lactose (na forma mono-hidratada). Doentes com problemas hereditários raros de intolerância à galactose, deficiência total de lactase ou malabsorção de glucose-galactose não devem utilizar este medicamento. **EFEITOS INDESEJÁVEIS** As reações adversas mais frequentemente notificadas foram cefaleia e nasofaringite. Com a exceção de pneumonia e fraturas, o perfil de segurança foi semelhante em doentes com asma e DPOC. Durante os estudos clínicos, pneumonia e fraturas foram mais frequentemente observadas em doentes com DPOC. **Infeções e infestações** Frequentes Pneumonia, infeção do trato respiratório superior, bronquite, gripe, candidíase da boca e da garganta **Doenças do sistema imunitário** Raras Reações de hipersensibilidade incluindo anafilaxia, angioedema, erupção cutânea e urticária **Perturbações do foro psiquiátrico** Raras Ansiedade **Doenças do sistema nervoso** Muito frequentes Cefaleia Raras Tremor **Afeções oculares** Pouco frequentes Visão turva **Doenças cardíacas** Pouco frequentes Extra-sístoles Raras Palpitações, taquicardia **Doenças respiratórias, torácicas e do mediastino** Muito frequentes Nasofaringite Frequentes Dor orofaríngea, sinusite, faringite, rinite, tosse, disfonia Raras Broncospasma paradoxal **Doenças gastrointestinais** Frequentes Dor abdominal **Afeções musculoesqueléticas e dos tecidos conjuntivos** Frequentes Artralgia, dorsalgia, fraturas, espasmos musculares **Perturbações gerais e alterações no local de administração** Frequentes Pirexia. **TITULAR DA AIM** Glaxo Group Limited, 980 Great West Road, Brentford, Middlesex TW8 9GS, Reino Unido **DATA DA REVISÃO DO TEXTO** agosto 2018. **APRESENTAÇÃO:** Revinty Ellipta 92 mcg+22 mcg, 30 doses; Revinty Ellipta 184 mcg+22 mcg, 30 doses. **Regime de comparticipação:** Escalão B. Regime Geral 69%; Regime Especial 84%. **Medicamento Sujeito a Receita Médica.** Está disponível informação pormenorizada sobre este medicamento no sítio da internet da Agência Europeia de Medicamentos <http://www.ema.europa.eu/>. Consultar o RCM completo para informação detalhada. Para mais informações e em caso de suspeita de um acontecimento adverso ou de outra informação de segurança, contactar o departamento médico da GlaxoSmithKline - +351 214129500. **Representante local do titular da AIM:** Bial- Portela & C^o, S.A., À Av. da Siderurgia Nacional, 4745-457 S.Mamede do Coronado; NIF: 500220913. As Marcas Registradas são propriedade ou licenças das empresas do grupo GSK. (C) 2018 empresas do grupo GSK ou sob licença. DDVSAM181025

Atualização de conhecimentos para uma boa prestação de cuidados médicos

Coimbra recebe a 5.ª edição do Fórum de Imunoalergologia do Centro, onde são esperados mais de 100 participantes. O tema que vai conduzir o encontro é “Dieta e Doença Alérgica – Verdades e Mitos”. A presidente deste Fórum, a Prof.ª Doutora Ana Todo Bom, numa entrevista ao Jornal do Congresso, realça tudo o que irá acontecer durante um dia de “informação e atualização de conhecimentos”.

Jornal do Congresso
(JC) | Relativamente às 4 edições anteriores, o que é que a 5.ª edição do Fórum de Imunoalergologia do Centro tem de novo?

Prof.ª Doutora Ana Todo Bom (ATB) | Esta é de facto a 5.ª edição do fórum, mas o modelo é bastante semelhante ao dos anos anteriores, que inclui fundamentalmente mesas-redondas e conferências, e que se realiza num período da manhã e da tarde. O modelo de um dia de atividade científica muito intensa, tem-se mantido e é nossa expectativa, que se mantenha inalterado. A novidade de cada edição provem sempre dos temas que são escolhidos para os fóruns. O modelo mantém-se e as novidades regem-se apenas no tema que é escolhido. Tal como tem sido habitual participam ativamente todos os diretores de serviços e unidades de Imunoalergologia da zona centro, docentes da Universidade de Coimbra, médicos especialistas de outros serviços do CHUC e colegas seniores e que têm grande experiência de outras zonas do país, como Lisboa, Porto, Braga e Setúbal.

JC | Este ano o tema é “Dieta e Doença Alérgica – Verdades e Mitos”. Que critérios foram usados para a escolha do tema?

ATB | Quando o grupo que organiza esta reunião se encontra e reflete no sentido de a preparar, tenta sempre escolher um tema que tenha atualidade e alguma polémica, ou seja, um tema em que a intervenção clínica não seja consensual, porque a literatura disponível fornece informação deficiente e até contraditória. O tema da alergia alimen-



Ana Todo Bom, PhD

tar ou das intolerâncias alimentares é atual, de elevada prevalência, complexidade e risco e envolve profissionais de diferentes áreas do conhecimento. A fronteira entre a alergia, enquanto processo imunológico complexo, e a intolerância, do ponto de vista clínico e até do ponto de vista fisiopatológico, nem sempre é completamente distinta. Temos a noção de que o surgimento de novos alimentos e novas formulações, utilizados em contextos e com motivações diversas, no âmbito da prática desportiva e frequentemente apoiadas por nutricionistas, tem permitido uma dieta muito mais diversificada, e afastada da dieta tradicional. Esta mudança de paradigma, com conseqüente acréscimo no leque de exposição antigénica, tem criado algumas dificuldades na orientação dos doentes, que têm reações adversas com a ingestão de alimentos.

Neste sentido, achámos que seria interessante fazer um ponto de situação nesta área relativamente ao que é verdade e que definitivamente está comprovado, ao que pode ser verdade, ou seja, em existem dados sugestivos, mas não há provas científicas suficientes e o que é verdadeiramente um mito, uma vez que não existe qualquer trabalho válido que afirme a interfe-

rência de alimentos em determinadas manifestações clínicas. Para tal, incluímos nesta reunião profissionais da área da nutrição, desporto, medicina interna, pediatria, dermatologia e imunologia embora as intervenções sejam maioritariamente proferidas por especialistas em imunoalergologia. Abrangemos, como sempre nestes fóruns, a fisiopatologia e imunopatologia peças chave para uma plena compreensão da doença e para a intervenção clínica fundamentada. Teremos ainda uma conferência não médica, sobre património alimentar português, que nos permitirá ter uma outra visão sobre interferências regionais na alimentação dos portugueses. O objetivo basicamente é que os participantes fiquem mais informados sobre a diversidade alimentar no país e as reais possibilidades de modularem as reações alérgicas dos seus doentes. O importante destes fóruns monotemáticos e muito direcionados, com a sua realização durante um só dia na zona centro do país, é que permitam, sem interferir demasiado com a atividade familiar e profissional, que se faça, de facto, uma atualização do conhecimento em áreas que são fundamentais para uma boa prestação de cuidados médicos.

JC | Qual o objetivo principal da realização deste tipo de fóruns para os profissionais de saúde?

ATB | O objetivo basicamente é que os participantes sejam informados sobre diversidade alimentar no país. O importante destes fóruns monotemáticos e muito direcionados, com a sua realização durante um só dia em zonas centro do país, é que permitam, sem interferir demasiado com a atividade familiar e profissional, que se faça de facto uma atualização do conhecimento em áreas que são fundamentais para uma boa prestação de cuidados médicos.

JC | Se tivesse que definir o Fórum de Imunoalergologia do Centro em três palavras, quais seriam e porquê?

ATB | Eu diria atualidade, exigência e informalidade, que, basicamente, é o que o caracteriza este encontro.

JC | Como presidente deste encontro, que palavras gostaria de deixar aos profissionais de saúde da área da Imunoalergologia?

ATB | Gostaria de deixar uma palavra importante, dirigida a todos profissionais de saúde no que diz respeito às reações adversas a alimentos. Sabe-se que estas reações estão a aumentar e condicionam muito negativamente a vida dos doentes, independentemente do nível de gravidade e, conseqüentemente, são sempre geradoras de uma grande ansiedade. É de todo importante um conhecimento cada vez mais aprofundado dos alimentos que estão envolvidos nestas reações, na fisiopatologia subjacente, nos métodos de diagnóstico disponíveis e respetiva rentabilidade, para finalmente proceder a uma intervenção terapêutica adequada. Só esse conhecimento permitirá uma intervenção racional, cientificamente fundamentada, que evite gastos desnecessários e que vá de encontro às justas expectativas dos doentes.

Diversificação alimentar no lactente/criança saudável



Juliana Roda, MD
Pediatria.

Gastroenterologia e Nutrição Pediátrica,
Hospital Pediátrico de Coimbra - CHUC

O aleitamento materno exclusivo está recomendado até aos 6 meses de idade. Nesta altura, o aporte nutricional de macro e micronutrientes (ex: ferro) fornecido pelo leite materno deixa de ser suficiente e é necessária a introdução de alimentos com maior densidade calórica. Por outro lado, a partir dos 4 meses, os lactentes já apresentam maturidade gastrointestinal e renal para a utilização de novos alimentos e o seu desenvolvimento psicomotor permite a adaptação a alimentos mais consistentes.

A diversificação alimentar poderá ser iniciada próximo dos 6 meses e é um processo dependente dos hábitos culturais da família pelo que

não se impõem regras rígidas. Em Portugal, é comum a introdução inicial de cereais, na forma de papas lácteas ou não lácteas, ou as sopas de vegetais enriquecidas com proteína e azeite e a fruta. Os alimentos ricos em ferro, como a carne, devem introduzidos precocemente, pelo risco de sideropenia nesta idade. Os alimentos considerados alergénicos (leite de vaca, ovo, trigo, peixe, marisco, soja, amendoim e outros frutos secos) podem ser introduzidos a partir dos 4 meses, uma vez que estudos alargados mostraram que o atraso na introdução destes alimentos não previne a alergia, pelo contrário, pode até estar associado

a uma maior incidência de manifestações alérgicas. O glúten deverá ser introduzido entre os 4 e os 12 meses. A introdução de novos alimentos deve ser gradual, de modo a que o lactente se habitue a diferentes sabores, e progressivamente mais grumosa/sólida.

Assim sendo, os alimentos efetivamente não recomendados no primeiro ano de vida são: o sal, o açúcar, o mel (pelo risco de contaminação por toxina botulínica) e o leite de vaca em natureza (apesar de serem permitidos produtos lácteos em pequena quantidade).

Aos doze meses a criança pode adaptar-se à alimentação habitual da família.

Bibliografia

1. Fewtrell M, Bronsky J, Campoy C, Domellöf M, Embleton N, Fidler Mis N, Hojsak I, Hulst JM, Indrio F, Lapillonne A, Molgaard C. Complementary Feeding: A Position Paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2017 Jan;64(1):119-132; 2. Muraro A, Halken S, Arshad SH, et al., EAACI Food Allergy and Anaphylaxis Guidelines Group. EAACI food allergy and anaphylaxis guidelines. Primary prevention of food allergy. *Allergy* 2014;69: 590 – 601; 3. Ierodiakonou D, Garcia-Larsen V, Logan A, et al. Timing of allergenic food introduction to the infant diet and risk of allergenic or auto-immune disease. A systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2016; 316:1181 – 92.

Restrição alimentar na criança com eczema



Paula Leiria Pinto, MD

Especialista de Imunologia.
Serviço de Imunologia
do Hospital de Dona Estefânia,
Centro Hospitalar Universitário
de Lisboa Central, EPE

O eczema é uma doença comum, estimando-se que afete até 20% das crianças ao longo da sua vida, sendo a prevalência de eczema atual (manifestações nos últimos 12 meses) variável, entre 8,7% e 15,6%, de acordo com o grupo etário (dados nacionais do Estudo ISAAC e ENVIRH).

É reconhecida a associação entre a alergia alimentar e o eczema sobre-

tudo nas crianças abaixo dos 3 anos e nas formas mais graves de eczema. No entanto, a relação entre a alergia alimentar e o eczema é complexa e não está completamente clarificada, pelo que existem muitos preconceitos sobre o tema na população em geral e nos próprios médicos. O acesso fácil aos conteúdos disponíveis na internet, implicando uma série de alimentos básicos, leite de vaca, ovo, trigo, peixe, no agravamento do eczema, a falsa percepção dos pais de que o eczema é causado pela alergia alimentar, a moda das dietas, criam falsas expectativas relativamente ao papel da dieta como solução para a cura do eczema.

Os resultados dos estudos que procuram clarificar a relação entre a alergia alimentar e o eczema mostram de modo claro e inequívoco que a alergia alimentar não é a causa do eczema, apesar de existir uma associação entre ambas. É possível observar, num subgrupo minoritário de crianças, o agravamento do eczema ou o aparecimento de manifestações típicas de alergia IgE mediada, *rash*, urticária e até mesmo anafilaxia, após a exposição a um ou mais alimentos específicos (na maioria das vezes apenas está um único alimento implicado).

O eczema parece ser causa da alergia alimentar, pela perda de função de barreira cutânea, penetração facilitada de alergénios e desenvolvimento de sensibilização alimentar por via epicutânea, nos indivíduos com predisposição genética a desenvolverem respostas com perfil Th2.

Na prática clínica, o diagnóstico da alergia alimentar no contexto do eczema impõe grandes desafios ao clínico devido ao caráter flutuante da gravidade do eczema, caracterizado por períodos de remissão e recorrência das suas manifestações clínicas, ao reduzido valor preditivo da história clínica e dos resultados dos testes cutâneos por picada e/ou doseamento das IgE específicas e à falta de objetividade do SCORAD e EASI utilizados na avaliação da gravidade do eczema, aspetos que dificultam a interpretação dos resultados das provas de provocação oral abertas e/ou em dupla ocultação, controladas com placebo, consideradas o *gold standard* no diagnóstico da alergia alimentar.

A restrição alimentar apenas deve ser implementada nas crianças com alergia alimentar confirmada, até que a tolerância seja alcançada. Interven-

ções com dietas sem leite de vaca e sem ovo, dietas elementares ou dietas com uma variedade muito pequena de alimentos (6 a 8) não estão recomendadas como uma medida de aplicação generalizada, na criança com eczema, de acordo com a revisão da Cochrane de 2008.

No eczema grave, é lícito proceder a dietas de eliminação dos alimentos suspeitos de condicionarem agravamento clínico, não devendo prolongar as mesmas para além das 2 a 3 semanas, na ausência de melhoria clínica, sob risco de se perder a tolerância a alimentos previamente tolerados, nos casos em que há positividade das IgE específicas.

Deve ter-se sempre atenção aos riscos para a saúde de implementação das dietas sem a adequada supervisão médica por estas poderem comprometer o desenvolvimento adequado da criança, favorecerem o surgimento de défices nutricionais e possibilitarem a perda de tolerância a alimentos previamente tolerados. É ainda recomendável o acompanhamento por nutricionista, sobretudo nos casos de restrições alimentares múltiplas ou por períodos prolongados.

PATRIMÓNIO ALIMENTAR PORTUGUÊS

Memórias e saúde, aliadas ou inimigas?



Carmen Soares, PhD
Faculdade de Letras da
Universidade de Coimbra.
Diretora do doutoramento
em Patrimónios Alimentares:
Culturas e Identidades

Como se constrói a identidade alimentar individual e coletiva? Em que medida são esses marcadores identitários o resultado de uma “herança”, de um património? No processo dinâmico (sujeito a transformações determinadas pela mutação de contextos e agentes) que é a alimentação, que interferência têm as memórias (essa seleção do passado) e as preocupações com a saúde? A abordagem assumida para encontrar resposta a estas questões é histórica e cultural, pelo que se recorre a uma metodologia de análise de fontes escritas (sobretudo de literatura culinária e médica), complementadas por entrevistas.

Determinantes, na construção da identidade alimentar, são os sentidos afetivo e territorial associados aos alimentos. Tanto as memórias dos alimentos e comidas partilhados

Determinantes, na construção da identidade alimentar, são os sentidos afetivo e territorial associados aos alimentos

com familiares e amigos chegados, como a presentificação de espaços geográficos através dos alimentos (pelo consumo do ‘típico’), moldam a identidade das chamadas especialidades ‘da avó’, ‘da mãe’, ‘da família’, ‘portuguesas’, ‘alentejanas’,

‘algarvias’, etc. Outro fator decisivo nesse processo de identidade é o valor (económico e social), o que se corporiza em outras categorias alimentares, como ‘mesa dos pobres’ e ‘mesa dos ricos’, ‘alta cozinha’ e ‘baixa cozinha’.

O que a análise histórica, diacrónica, das fontes escritas permite perceber é que, na sua dinâmica transformadora (de saberes e sabores), a alimentação portuguesa apresenta um património identitário que articula as memórias gustativas com os cuidados de saúde, mas fá-lo de forma tão ‘disfarçada’ que, atualmente, só os estudos de história e culturas da alimentação permitem compreender plenamente essa simbiose. Alguns ícones do património alimentar português tidos em consideração nesta reflexão: pão, vinho, sopa, bacalhau e doces.

Padrões alimentares promotores de saúde



Pedro Moreira, PhD
Professor Catedrático de
Alimentação e Nutrição Humana.
Faculdade de Ciências da Nutrição
e Alimentação da Universidade
do Porto

Todos os anos somos bombardeados com publicações de novos alimentos e esquemas de alimentação que promovem saúde, ou modificam com mais sucesso a perda de peso e reduzem os riscos de doença metabólica. Embora a evidência científica para algumas dessas opções seja limitada, ou até indevidamente interpretada, existem vários padrões alimentares que hoje acumulam mais e melhor ciência publicada para demonstrar o seu efeito na redução do risco de doenças não-transmissíveis como a cardiovascular, diabetes tipo 2, e vários tipos de cancro.

Mas então, que padrão alimentar escolher? Não existe um ideal! Temos a capacidade de nos adaptar a muitos *habitats* e de podermos combinar muitos alimentos diferentes para criar muitas formas de alimentação saudável. No espaço geográfico da OMS Europa, tem-se enfatizado a crescente investigação associada ao papel promotor de saúde de dois padrões alimentares em particular: o padrão da *New Nordic Diet*; e o padrão Alimentar Mediterrânico, reconhecendo-se que o primeiro partilha muitas características da alimentação mediterrânica, ainda que, naturalmente, se consolide através de alimentos com origem na Dinamarca, Noruega, Finlândia, Islândia e Suécia.

No contexto português, sabendo que não existe um “modo de comer à portuguesa”, e que os erros alimentares

não são uniformes nem difundidos a toda a população, parece natural realçar a importância de adoção do padrão Alimentar Mediterrânico que se inspira num modelo de ingestão que pode incluir as seguintes características:

> Abundância de plantas, como frutos em natureza, frutos secos, produtos hortícolas, nomeadamente folhas verdes, alho e cebolas, cereais integrais, leguminosas, azeitonas, nozes, amêndoas e pistácios;

> Alimentos frescos sazonais, minimamente processados, de produção local;

> Os frutos frescos constituíam, tipicamente, a sobremesa das refeições principais, enquanto os alimentos açucarados ou mel eram consumidos apenas algumas vezes por semana;

> Utilização quase exclusiva e preferencial de azeite para temperar e cozinhar; ao aumentar a palatabilidade dos alimentos, o azeite pode também favorecer o consumo de produtos hortícolas e leguminosas;

> Alimentos lácteos sendo principalmente o queijo e o iogurte, consumidos diariamente, mas em quantidades baixas a moderadas;

> Peixe e aves consumidos em quantidades baixas a moderadas, e várias vezes por semana;

> Carnes vermelhas consumidas em baixas quantidades e algumas vezes por mês;

> Culinária simples, e com utilização de ervas;

> Vinho, particularmente tinto, consumido em quantidades baixas a moderadas, normalmente às refeições principais e em família.

Além destas características, destacam-se o apoio social entre os indivíduos e o sentido de comunidade que acompanhava a partilha de alimentos com família e amigos; a duração das refeições, favorecedora de relaxamento e alívio da tensão diária; preparação de refeições cuidadas e deliciosas, estimuladoras do prazer na alimentação saudável; e sextas após o almoço, que também proporcionavam descanso e relaxamento.

No espaço geográfico da OMS Europa, tem-se enfatizado a crescente investigação associada ao papel promotor de saúde de dois padrões alimentares em particular: o padrão da *New Nordic Diet*; e o padrão Alimentar Mediterrânico

Prova de esforço e diagnóstico de alergia alimentar



Nuno Neuparth, PhD
Especialista em Imunoalergologia,
Hospital de Dona Estefânia,
Professor Associado de Fisiopatologia,
NOVA Medical School

A alergia alimentar manifesta-se durante o esforço em circunstâncias raras. Esta associação entre alergia a alimentos e a sua manifestação durante o exercício físico designa-se de FDEIAN, ou seja, anafilaxia dependente dos alimentos e induzida pelo exercício. Esta é uma variante da EIAN - anafilaxia induzida pelo exercício.

A FDEIAN refere-se a uma reação anafilática induzida por alimentos, IgE mediada, que acontece só quando o exercício tem início algumas horas após a ingestão de alimentos. Na maior parte dos doentes, a FDEIAN só se desenvolve se um determinado alimento como trigo, marisco ou frutos secos são ingeridos em associação com o exercício. Em casos raros basta a associação do exercício com a ingestão prévia de qualquer alimento sólido para desencadear os sintomas.

A anafilaxia induzida pelo exercício (dependente ou independente dos alimentos) - EIAN - caracteriza-se por sintomas de anafilaxia no contexto da atividade física. Os sintomas podem começar durante o exercício ou imediatamente a seguir e agravam-se se o exercício continuar. A paragem do exercício resulta habitualmente numa melhoria ou no desaparecimento completo dos sintomas.

São fatores de potenciação frequentes/comuns de anafilaxia dependente dos alimentos - o exercício físico, os anti-inflamatórios não esteroides (AINE's) e o álcool e menos comuns, a temperatura corporal aumentada em condições ambientais de calor e humidade, as infeções, o stress físico e a privação de sono, a fase pré-menstrual ou menstrual nas mulheres e os narcóticos/opioides. A estação polínica nos doentes alérgicos aos

A FDEIAN refere-se a uma reação anafilática induzida por alimentos, IgE mediada, que acontece só quando o exercício tem início algumas horas após a ingestão de alimentos

pólenes pode também funcionar como fator de potenciação da anafilaxia dependente dos alimentos.

As provas de esforço têm um papel limitado no diagnóstico desta entidade nosológica e obedecem a critérios estritos que serão discutidos.

Dieta e indução de tolerância alimentar



Alexandra F. Santos, PhD
Imunoalergologia. King's College
London (KCL) / Evelina London
Children's Hospital (Guy's and St
Thomas' Hospital), Londres,
Reino Unido

A tolerância oral é definida imunologicamente como a supressão antígeno-específica de respostas celulares e humorais a antígenos alimentares e bacterianos ao nível do trato gastrointestinal. Evitando uma resposta imunogénica, o mecanismo de tolerância oral parece depender da dose de alérgeno. A tolerância oral reflete-se clinicamente na capacidade de ingerir um alimento sem desenvolver qualquer sintoma mediado imunologicamente independentemente da quantidade ou da frequência com que esse alimento é consumido. Podemos avaliar este consumo clinicamente pela história clínica, pela administração de diários alimentares e questionários de frequência alimentar ou por prova de provocação oral. A presença do alérgeno é fundamental para o estabelecimento de tolerância oral e no caso da alergia alimentar, o alérgeno é veiculado pela dieta.

A indução de tolerância oral toma diferentes formas no contexto da prevenção e no contexto do tratamento de alergia alimentar. No contexto da prevenção, o estudo LEAP realizado no KCL veio revolucionar a área da introdução de alimentos alérgicos

na infância. Com evidência sólida de que a introdução de amendoim na alimentação de lactentes com elevado risco de desenvolver alergia ao amendoim no primeiro ano de vida reduziu a prevalência de alergia em cerca de 81% aos 5 anos de idade, o estudo LEAP levou à publicação de novas recomendações em países de elevada prevalência de alergia ao amendoim, como os EUA. Apesar de ser um excelente modelo de alergia alimentar, a alergia ao amendoim não é prevalente em muitas localizações geográficas, como é o caso de Portugal. O estudo EAT, também realizado no KCL, incluiu lactentes com risco de alergia alimentar equivalente ao da população em geral e avaliou o efeito da introdução a partir dos 3 meses de idade simultaneamente ao aleitamento materno de seis alimentos alérgicos: leite, ovo, amendoim, peixe, sésamo e trigo. Este estudo demonstrou que a introdução precoce destes alimentos alérgicos é segura mas não é fácil do ponto de vista prático. A introdução precoce de amendoim e ovo reduziu a prevalência de alergia a estes alimentos avaliada aos 3 anos de idade, considerando a

população que aderiu ao protocolo do estudo.

No que respeita à imunoterapia (IT) a alimentos, também se tem observado uma recente revolução, nomeadamente no número de centros a oferecer este tratamento ainda experimental e na criação de produtos standardizados que estão próximo de aprovação pela FDA, tais como produtos para IT oral (Aimmune) e epicutânea (DBV) ao amendoim. A IT a alimentos demonstrou em diversos estudos induzir dessensibilização, isto é, melhoria com redução da reatividade clínica ao alérgeno durante o tratamento. Com ingestão continuada no caso de alérgenos como o ovo e o leite, a IT pode permitir a incorporação do alérgeno na alimentação. A idade pré-escolar, com menor duração de doença e níveis de IgE específica menos elevados, podem constituir uma janela de oportunidade para modificar a doença com IT. O estudo dos mecanismos imunológicos subjacentes a dessensibilização e aquisição natural de tolerância oral podem permitir compreender melhor os efeitos a longo prazo de intervenções que visam a indução de tolerância oral.

Necessidades dietéticas ao longo da vida



Cristina Brás, MD

Assistente Hospitalar Graduada de Medicina Interna e Diretora Clínica Hospitalar da ULS Alto Minho

No percurso da vida humana, identificam-se várias etapas, de características particulares – infância, adolescência, juventude, idade adulta e terceira idade ou idade avançada. Alguns dos períodos mais críticos correspondem a necessidades fisiológicas e psicossociais especiais, exigindo alimentação cuidada: a gestação, a fase do aleitamento e a de transição alimentar, o período escolar, a adolescência e a terceira idade.

Desde o momento da conceção, a prática de uma alimentação saudável, sobretudo em contexto de um estilo de vida saudável, irá certamente determinar a qualidade de vida que acompanha o novo ser, ao longo da sua existência, preparando-o para o envelhecimento ativo. Considera-se alimentação saudável quando satisfaz as necessidades do organismo, respeitando os princípios (leis de Escudero, 1937) de quantidade, qualidade, harmonia e adequação, qualquer que seja o momento do ciclo de vida. A nova roda dos alimentos representa graficamente a possibilidade de escolha e de combinação de alimentos para uma dieta completa, variada e equilibrada.

Desde o momento da conceção, a prática de uma alimentação saudável, sobretudo em contexto de um estilo de vida saudável, irá certamente determinar a qualidade de vida que acompanha o novo ser, ao longo da sua existência, preparando-o para o envelhecimento ativo

Na infância, o leite materno, primeiro alimento funcional a oferecer ao recém-nascido, contém todos os nutrientes que o bebé necessita para assegurar o seu normal crescimento e desenvolvimento até aos seis meses de vida. A partir dessa idade, e até aos dois anos de idade, o aleitamento complementa o consumo de alimentos variados, dos diferentes grupos, devendo-se evitar o consumo regular de alimentos com alta densidade energética (açúcares e gorduras). Nos diversos ambientes que a criança frequenta (creches e escolas, entre outros), deve ser incentivada a possibilidade de ofertas e/ou escolhas saudáveis, individuais ou partilhadas, estimulando assim a sua educação alimentar para que adquira hábitos saudáveis.

A idade escolar corresponde a uma importante fase de crescimento e desenvolvimento, pelo que as exigências nutricionais são elevadas, com especial atenção às necessidades calóricas, proteicas e hídricas. A pirâmide alimentar e a roda dos alimentos podem ser utilizadas como forma dinâmica e fácil de explicar à criança quais os alimentos mais importantes, como parte ativa e participativa em todo o processo. Cantinas escolares e merendas caseiras devem ser preparadas com alimentos variados, em quantidade e proporções adequadas, incentivando o consumo de frutas, verduras e legumes e evitando o consumo de alimentos industrializados. Na adolescência, os requerimentos energéticos e nutricionais são ainda mais elevados, atendendo à fase de maturação sexual e ao ritmo acelerado de crescimento físico e desenvolvimento intelectual. Neste escalão etário, a diversidade de padrões alimentares deriva não só das necessidades fisiológicas de cada indivíduo, mas é frequentemente influenciada por modismos, correntes publicitárias e condicionantes de socialização, optando os adolescentes por alimentos de baixo valor nutritivo e alta densidade calórica (alimentos industrializados, sanduíches, *snacks*, “salgadinhos”, doces, refrigerantes, etc.). É na adolescência que ocorre o pico de formação de massa óssea, por isso, a necessidade de se fornecer uma quantidade ideal de alimentos ricos em cálcio (leite e derivados, vegetais de folhas escuras e peixe).

A escolha dos alimentos é o foco da educação nutricional. Além de nutrir, a alimentação saudável deve ser harmónica, adequada à cultura, variada, saborosa, colorida, segura sanitariamente e de custo acessível

Na idade adulta, a alimentação deve garantir a manutenção da saúde e do peso corporal, de forma a evitar carências nutricionais e reduzir o risco de desenvolvimento de doenças crónicas como diabetes e hipertensão arterial. As necessidades energéticas são estimadas tendo em conta o metabolismo basal e a intensidade da atividade física, em função da idade e género, bem como o estado fisiológico (gravidez ou lactação, no caso das mulheres) ou coexistência de patologias associadas.

Na idade avançada, surgem vulnerabilidades, inclusive psicossociais, limitações importantes para a concretização de uma dieta equilibrada e saudável. A falta de apetite e alteração do paladar levam a um baixo consumo de alimentos, o que pode ser corrigido com a oferta de alimentos com alta densidade energética. As dificuldades de mastigação, deglutição e digestão podem ser ultrapassadas através da oferta de alimentos de consistência modificada em várias refeições de pequeno volume.

Em conclusão, a escolha dos alimentos é o foco da educação nutricional. Além de nutrir, a alimentação saudável deve ser harmónica, adequada à cultura, variada, saborosa, colorida, segura sanitariamente e de custo acessível.

