

Equidade Alimentar e Cuidados na Manutenção da Vida. Desafios.

Food equity and care in the maintenance of life. Challenges.

ISABEL CARVALHO BEATO FERRAZ PEREIRA

Prof. Coordenador, PhD, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Equidade alimentar e cuidados na manutenção da vida constituem ainda hoje um desafio. A presente resenha histórica prova que a alimentação tem tomado a primazia enquanto realidade incontornável para a manutenção da vida (Dias, 2008), pese embora, a iniquidade no acesso aos diferentes tipos de alimentos para manter a vida.

Palavras-chave: equidade alimentar, cuidados, vida.

Food equity and care in the maintenance of life are still a challenge today. This historical review proves that food has taken precedence as an inescapable reality for the maintenance of life (Dias, 2008), despite the iniquity of access to different types of food to maintain life.

Key Words: food equity, care, life.

CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA

Desde as primeiras civilizações que os comportamentos alimentares vão sendo reajustados devido a fatores ambientais, mas também sociais, económicos e marcadamente religiosos.

O clero teve um papel importante ao introduzir o fator de unificação através do calendário religioso que impôs os dias gordos e os dias magros como os que se verificam no carnaval e na quaresma de modo a incutir na população um sentimento cristão de humildade e abstenção. Estabeleceu também um conjunto de regras que moldaram os valores, as normas e os costumes alimentares das populações.

Por isso as tradições alimentares encerradas nas regras e constituições das ordens religiosas são referências importantes para a compreensão das práticas alimentares.

De realçar por exemplo no século V, São Bento de Núrsia (480-560 d.C.) elaborou as regras que regulamentaram a vida em comunidade, onde são expressas as advertências sobre o que comer e beber, a que horas o deveriam fazer e em que circunstâncias, para uma maneira de viver saudável. A estes era exigido que cuidassem de si afastando, antes de mais nada, os excessos de comida, de modo a controlar o vício da gula e evitar a indigestão.

Também a Regra I de São Frutuoso (665 d. C.) que presidiu no ano de 656 à Sé de Braga, defendia

que um estômago abarrotado traduzia-se num cérebro pesado, na medida em que tornava a mente menos clara e vigorosa na compreensão das coisas espirituais. A Palavra de Deus colocava o pecado de glotonaria na mesma categoria que a embriaguez.

Na regra primitiva da Ordem do Templo fixada em 1163, determinava os dias em que era permitido comer carne, não devendo os seus seguidores, ultrapassar os três dias na semana. A restrição na ingestão de carne estava relacionada com a crença de que esta poderia corromper o corpo, logo o seu consumo tinha de ser moderado, e assim, poderiam alcançar a virtude da temperança pelo domínio da vontade sobre os instintos.

Os pratos de carne eram servidos de modo equitativo entre os capelães e sacerdotes mas não equitativo entre estes e os escudeiros e criados. Aos primeiros eram servidos até dois pratos de carne, enquanto aos segundos apenas um. Depois de comerem, guardavam os pães inteiros que ficavam sobre a mesa enquanto os pedaços que sobravam eram distribuídos de modo equitativo pelos pobres.

O vinho também era distribuído equitativamente a cada religioso à hora da refeição o qual era diluído em água. Já à época, se apelava à moderação no seu consumo.

A Regra instituída por São Francisco (1182-1226) no Cap. V sobre a abstinência e jejum abre algumas exceções para as altas solenidades que visitavam os conventos, e também para os “enfermos, caminchantes e fracos” (Olineti, 1669, p. 18).

A mulher grávida, dado o seu “estado de graça”, tinha a liberdade de decidir por comer ou jejuar. Todos os trabalhadores que desenvolviam esforços físicos para preparar a festa da Ressureição do Senhor ou a festa do bem-aventurado São Francisco podiam tomar até três refeições. Podiam também comer os que serviam os “seus superiores”, os “que estiverem ocupados na cura dos enfermos” e também as crianças (1669, p. 21).

Não são só as regras religiosas, mas também, a Pragmática, legislação que versa sobre costumes, promulgada em 1340 sob o reinado de Afonso IV de Portugal (1325-1357), no contexto das Cortes de Santarém (1340), legislava sobre “comeres”.

D. Afonso IV (1325-1363) ao confrontar-se com o desgoverno cometido por alguns ricos-senhores do seu reino por fazerem maiores despesas do que o que deveriam legislou, no ano de 1340, sobre o que comer e em que condições o poderiam fazer. Apesar de a carne não ser acessível a todos, não faltava à mesa dos que possuíam poder económico para a comprar. Nas suas mesas imperava a quantidade, variedade e diversidade no modo de a preparar e apresentar.

Nos dias em que era permitido comer carne, podiam ingerir até três pratos ao jantar, cozinhados com três variedades de carnes diferentes, ou apenas uma variedade preparada de três maneiras diferentes. Todos os outros só poderiam comer até um a dois pratos, enquanto os pobres se tinham que contentar, por vezes, com um naco de pão endurecido pelo tempo.

O pão era a base da alimentação podendo ser encontrado em todas as mesas. No entanto, as características da farinha determinavam o tipo de pão e o grupo social que, habitualmente o consumia. Também aqui a inequidade está presente. Os ricos comiam pão à base de um único cereal, geralmente, farinha de trigo que dava origem a um pão considerado de “melhor qualidade” por ser mais branco. Por isso, este se tornava mais caro. Por sua vez, o povo comia um pão de mistura de dois ou mais cereais, considerado de pior qualidade. O pão adicionado ao caldo de legumes constituía o ingrediente principal

das refeições dos mais pobres.

A obra literária - *Leal conselheiro*, o qual fez dom Duarte (1391 e 1438), livro escrito na primeira metade do século XV, sendo fielmente copiado do manuscrito da Biblioteca Real de Paris por Roquete (1842) é uma obra de caráter didático, doutrinal e moral, endereçada a sua mulher, Leonor de Aragão.

Nesta obra, Dom Duarte aborda diferentes temas sobre a vida matrimonial e familiar, os pecados, os vícios e como aprimorar os sentimentos e as virtudes. Dele podemos conhecer as recomendações sobre o que comer e beber enquanto conselhos práticos direcionados à conservação da saúde e manutenção da vida.

Considera Dom Duarte que o indivíduo era fruto do local onde nascia, dos alimentos que nutria, das doenças que sofria, dos planetas que o regiam e finalmente, do que se pode considerar, da hereditariedade.

Estabelece uma relação entre corpo e espírito, afirmando que a alegria que sentimos, não era mais do que a tradução de um bom regime alimentar e de um moderado exercício.

Apelava, à temperança para comer (Roquete, 1842, p. 14). A temperança possibilitava o equilíbrio entre os humores, princípio difundido desde a Antiguidade Clássica.

Defendia ainda, que as pessoas da sua condição "... deveriam jejuar nos dias que a Igreja mandava e em outros por sua devoção" (p.189), já que aos que não eram da sua condição a obrigatoriedade imperava.

Dom Duarte advertia que se devia comer e beber para viver, e não, viver para comer e beber, "coma e beva por vyver, e nom quyra vyver por comer y beber" (p.188).

Entendia que a condescendência excessiva no comer, beber e dormir tinham impacto na saúde. Daí a afirmação "Quando dizem de seguimento de voontade he comprimento de maldade, entende-se dos deshordenados desejos que perteem aa vegetativa e sensitiva" (Roquete, 1842, p. 24).

Estas recomendações apelavam para a ação harmoniosa e saudável de todas as faculdades do corpo e da mente que davam origem à saúde e bem-estar.

O cuidado com o corpo não se centrava apenas na saúde física ligada ao bem-estar, envolvia também as dimensões: emocional e moral numa lógica de pensamento defendida por Hipócrates (c. 460-370 a.C.) e seu precursor, Galeno (c. 129-216). Galeno postula a existência de um equilíbrio ideal, de uma perfeita harmonia para se manter a saúde. Nesse sentido preservar a saúde, exigia regras dietéticas. O não cumprimento poderia dar origem à doença.

Ao longo desta obra Dom Duarte cita várias obras de franciscanos como frei Gil Lobo de Tavira, seu confessor (Roquete, 1842, p. 435; Dionísio, 2011-2012). Faz ainda referência ao livro *Collações dos Santos Padres* como Frei João Cassiano (360-465), monge marselhês no séc. IV d.C., divulgou no Ocidente o catálogo dos vícios que feriam os cristãos, dos quais se destaca a gula e a luxúria (Dias, 2008).

Para Frei Cassiano ser capaz de reduzir a quantidade dos alimentos através do jejum ou da abstinência seletiva dos mesmos era uma virtude. Entendia, no entanto,

que se deveria respeitar um limite de modo a não provocar dano no corpo. Esse limite exigia restringir o comportamento ao estritamente necessário e funcional, o que impunha disciplina na ingestão de alimentos e no controlo do próprio apetite (Dias, 2008, p. 159) embora se desconheça o que considera ser o estritamente necessário e funcional. Disciplina na ingestão de alimentos e no controlo do próprio apetite é um princípio a que se apela também hoje em dia com vista à manutenção da saúde.

D. Duarte considerava que para “. . . jejuus e outras ceremonyas de devoçom, que o corpo e a vontade nom querem suportar,” não podem desamparar “. . . a firmeza da fe, grande esperança, boo propósito e, vontade do coração (p.135). O mesmo se passa hoje em dia, com as dietas restritivas ou de emagrecimento que apelam ao autocontrolo, força de vontade e esperança.

No Capítulo - Do regimento do estomago – quando comer deve ser bem mastigado (p.483), é uma recomendação\cuidado feita por Dom Duarte e um dos princípios defendido na atualidade. Sabemos hoje que se não se mastigar e insalivar convenientemente os alimentos, por um período de tempo considerável, se podem originar problemas na saúde, pela dificuldade de absorção de alguns dos nutrientes essenciais. O que se exige que saibamos quais os nutrientes essenciais à saúde e em que parte do corpo são absorvidos, como são usadas pelo corpo para fornecer energia, materiais estruturais e agentes reguladores para auxiliar o crescimento, a manutenção e o reparo dos tecidos do corpo.

A saliva contém enzimas como, por exemplo, a α -amilase ou a aldeído desidrogenase entre outras (Pinheiro, s.a.); (Kohlmeier, 2003), que têm por função específica acelerar reações químicas. A amilase salivar é uma das enzimas necessária à digestão dos hidratos de carbono. Por isso mastigar várias vezes este tipo de alimentos facilita o seu processo de digestão e a sua absorção. Hoje conhecemos esses mecanismos, no entanto à época, sabia-se apenas, tal como recomenda D. Duarte que se deviam mastigar bem os alimentos.

Recomendava também D. Duarte quanto à ingestão de água que “Não se devia beber mais de duas ou três vezes, não tanto quanto a vontade”. Esta recomendação contraria o que a atualmente a evidência prova relativamente aos benefícios que a água tem no bom funcionamento do organismo. D. Duarte não faz referência à quantidade a ingerir, nem a sua adequação em função das atividades diárias, das doenças existentes ou da temperatura ambiente.

À época a teoria dos humores apelava à moderação na ingestão de água de modo a preservar a saúde recomendando que “Se depois de comer muito vier a sede, não beber”. O excesso de água provocava o desequilíbrio humoral levando à enfermidade.

Sabemos hoje que a falta de água pode comprometer a saúde, pois esta atua nas várias funções do corpo, potenciando o aparecimento de problemas intestinais, renais, altera a capacidade de concentração e memória, levando em casos extremos à desidratação e à morte. Então, de que modo não beber até saciar a sede não poderia ter provocado danos na saúde?

Em relação ao consumo de vinho recomendava D. Duarte que este fosse diluído em duas partes de água. “Se beber vinho, deve ser aguado, pois se beber forte dá mais trabalho ao estômago para cozer e digerir e acrescenta a sede”.

Apesar de não mencionar as quantidades a ingerir, entendia como razoável que se ingerisse duas ou três vezes às refeições e uma depois de cear ou antes de dormir. D.

Duarte estabeleceu relações entre os portugueses que abusam no consumo do vinho e os mouros “que bebem augua em esta terra” (p.189). Referindo que os mouros por terem esse hábito tinham menos dores e conseguiam ter uma maior longevidade.

Sabemos que o etanol, enquanto um dos compostos do vinho, é rapidamente absorvido ao nível do estômago por passar facilmente através das membranas celulares (Shibamoto, 1993), manifestando-se rapidamente após a sua ingestão, pela sintomatologia que passa a desencadear. Quando consumido puro pode provocar uma sensação de sede razão pela qual se aconselhava a sua diluição.

No século XIV o entendimento de comer bem era comer em quantidade, principalmente carne. Algo que a Igreja Católica condenava em referência ao pecado da gula, luxúria e volúpia.

E hoje? Qual é o entendimento da população em geral sobre o que significa comer bem? Qual a relação do comer bem e a quantidade e a diversidade para uma alimentação saudável?

Estará a alimentação saudável ao alcance de todos? E de que todos estamos a falar?

Sim, de que todos estamos a falar, neste que é um mundo globalizado?

A EQUIDADE ALIMENTAR E A ATUALIDADE

Vivemos entre mundos – o desenvolvido e o subdesenvolvido, o excedentário e o deficitário.

Num mundo onde as alterações climáticas, a volatilidade dos preços, as profundas mudanças culturais e de hábitos alimentares, a escassez dos recursos essenciais como a água, a energia e o solo fértil, e a ameaça à preservação ambiental são desafios que se colocam a todos nós, pois a sustentabilidade tem de ser acautelada por todas as gerações.

Então, como poderemos promover a saúde e capacitar comunidades tão distintas para atuarem na melhoria da vida e na qualidade de vida e saúde, quando, em todo o mundo, parcelas significativa da população não têm acesso a alimentos básicos para a manutenção da vida?

A equidade alimentar, tal como no passado, continua a depender de políticas económicas, sociais e mesmo religiosas. O acesso da população a alimentos básicos em qualidade, quantidade suficiente, incluindo a água, continua a ser uma situação de não equidade a nível mundial.

Mas há que ter consciência que um terço de toda a alimentação humana é desperdício. Esta é uma preocupação da Comissão Europeia, que propôs em 2014 o "Ano Contra o Desperdício Alimentar" e definiu como meta, a redução de 50% do desperdício até 2020.

Este é um problema que levou a Assembleia da República, nos termos do n.º 5 do artigo 166.º da Constituição, a declarar o ano de 2016 como o ano nacional do combate ao desperdício alimentar.

Num contexto de crise económica que se faz sentir na Europa e, em particular,

em Portugal, as desigualdades sociais assumiram uma importância ainda maior, segundo a Direção Geral da Saúde (DGS, 2014) acentuando o seu impacto no acesso e consumo adequado de alimentos e, conseqüentemente saúde dos indivíduos. É que cerca de meio milhão de Portugueses estão em risco de desnutrição (malnutrição calórico-proteica). Segundo a diretora da Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto Doutora Maria Daniela Almeida, as pessoas com menores rendimentos a sua estrutura de compras inclui produtos mais ricos em gorduras e açúcares e menor quantidade de produtos frescos como frutas e legumes, isto tem os seus impactos.

Pessoas com doenças crónicas, os idosos (Cebola, 2014) e as crianças estão mais vulneráveis e em risco de virem a ter problemas de desnutrição, embora este problema também atinja as pessoas socialmente excluídas. E quantas mais pessoas no nosso país não estarão em situação de vulnerabilidade e de fome por não poderem aceder ou não disporem de uma renda suficiente para adquirir alimentos na quantidade necessária à manutenção das suas vidas. Qual é o nosso papel enquanto cidadãos e enfermeiros no mundo?

E nos hospitais? Porque existe desnutrição durante o internamento até ao regresso dos doentes a casa?

Os hospitais fornecem alimentos em quantidade e diversidade, então porque razão os doentes perdem peso e ficam desnutridos no hospital? Qual a responsabilidade dos enfermeiros a este nível?

Porque surgiram estudos e diretivas como a Directiva Europeia de 2003 sobre alimentação e terapia nutricional nos hospitais que houve abertura para familiares e significativos acompanharem as principais refeições dos doentes hospitalizados [Council of Europe, Resolution ResAP(2003) 3 on food and nutritional care in hospitals 2003]. Mas isso não retira o dever e a responsabilidade dos enfermeiros monitorizarem o modo como os doentes se alimentam.

Em Portugal, a maioria dos doentes hospitalizados perdem peso e ficam desnutridos, pois não é feita uma adequada avaliação e reposição nutricional. A desnutrição intra-hospitalar é um problema de saúde pública e está ligada ao aumento significativo de morbilidade e mortalidade (Veras, 2016). Há enfermeiros, nos nossos contextos de saúde que vivem bem com este problema, porque, na perspectiva deles, este é um problema para os médicos ou os nutricionistas resolverem. Hoje são poucos os enfermeiros que à hora da refeição, assistem à alimentação dos doentes independentes e dependentes. Mas são os enfermeiros que documentam sobre a alimentação dos doentes que lhe estão atribuídos.

Os enfermeiros são privilegiados por contactarem com pessoas, e poderem detetar precocemente os diferente tipo de problemas: a fome, a obesidade, mas também, as doenças auto-imunes, ou as doenças decorrentes da privação, como as perturbação do comportamento alimentar ou de uma má escolha de alimentos, por falta de conhecimento ou opção vida, como o recurso ao consumo exagerado de suplementos nutricionais, estimulados, provavelmente, pela crença de uma formação rápida de massa muscular, um fenómeno já identificado como vigorexia, muito frequente na população jovem, que vive obcecada com o possuir um corpo idealizado.

Várias vezes ao dia, se escolhem alimentos que influenciam a saúde de forma positiva ou negativa. As escolhas diárias podem beneficiar ou prejudicar a saúde. Por

isso, o aforismo nós somos aquilo que comemos (Guerra, et al., 2012) é frequentemente utilizado para sublinhar o papel relevante da alimentação no desenvolvimento e bem-estar do ser humano.

Se, efetivamente somos aquilo que comemos, então algo de errado se passará com a nossa alimentação, já que a taxa de excesso de peso e obesidade atinge cerca de um terço de adolescentes e escolares nos países onde existe poder de compra e começa a ser também uma preocupação nos países em transição, sobretudo nas regiões urbanas.

A OMS estima que em Portugal em 2020 a obesidade afete 21% dos homens e 22% das mulheres e em 2030, os valores possam subir para 26% e 27% respetivamente. Um grande problema associado à obesidade é a sua íntima correlação com a síndrome metabólica, cuja incidência também está a aumentar na idade pediátrica. Isto é um outro grande problema de saúde pública.

Mas muitos destes problemas ocorrem devido à falta de literacia na área da saúde alimentar a qual carece uma parte significativa da população. Então qual é o nosso papel no combate a este problema?

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define literacia em saúde como o conjunto de “competências cognitivas e sociais e a capacidade dos indivíduos para ganharem acesso a compreenderem e a usarem informação de forma a promoverem e manterem uma boa saúde (Mayagah & Wayne, 2009) é a capacidade para tomar decisões em saúde fundamentadas, no decurso da vida do dia-a-dia – em casa, na comunidade, no local de trabalho, no mercado, na utilização do sistema de saúde e no contexto político. Por isso precisam de enfermeiros competentes.

Ajudar a desenvolver estas competências possibilita o aumento do controlo das pessoas sobre a sua saúde, a sua capacidade para procurar informação e para assumir responsabilidades. Por isso, numa lógica do paradigma da transformação, a responsabilidade para a melhoria dos níveis de literacia em saúde deve ser partilhada entre todos.

Daí, se esperar dos enfermeiros, a capacidade de ajudarem as pessoas nas diferentes etapas da vida de modo a que estas sejam capazes de desenvolverem:

1 - Competências básicas em saúde que facilitem a adopção de comportamentos promotores do autocuidado responsável;

2 - Competências para que, os doentes e familiares sejam capazes de se orientarem no sistema de saúde e agirem como parceiros activos dos profissionais, razão pela qual se apela e estimula os estudantes durante a realização de um Ensino Clínico a adquirirem um conhecimento da pessoa, das suas percepções, significados, valores, experiências de vida, para que possam, em tempo útil, serem eficazes e proficientes na adopção de escolhas promotoras de vidas saudáveis.

3 - Competências para serem bons consumidores, de modo a tomarem decisões de saúde na selecção de bens e serviços e agirem de acordo com os direitos dos consumidores;

4 - Competências de informação, de modo a se tornarem aptos a decidir, como cidadãos livres e esclarecidos, e opinarem sobre temas como a equidade alimentar e os cuidados na manutenção da vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Muitos dos nossos comportamentos alimentares resultam de milhões de anos de evolução e programação genética. De acordo com Guerra et al. (2012) a linhagem de primatas de onde descendeu o Homo sapiens, foram-se adaptando, por mecanismos de seleção natural a ambientes hostis em que a regra era a escassez de alimentos. Foram-se assim selecionando genes que determinaram comportamentos alimentares específicos, como a preferência pelos doces (maiores fornecedores de calorias), em detrimento dos amargos ou ácidos (associados a toxinas de plantas, principalmente alcalóides), bem como a preferência pelos alimentos gordos ou derivados da carne. Hoje, tal como nesse passado remoto, o bebé humano nasce com um gosto inato para o doce e uma aversão ao amargo.

Com o início da agricultura e da domesticação do gado, há alguns milhares de anos atrás, o nível de aporte alimentar tornou-se progressivamente mais constante, mas também mais restrito. A pressão ambiental para a seleção de genes modificadores do comportamento alimentar baixou drasticamente.

E no futuro? Como será a alimentação dos humanos no futuro?

Com o aumento da população mundial, a redução de recursos e as mudanças na dieta, muitos cientistas prevêem que, no futuro, a humanidade enfrentará uma competição por alimentos sem precedentes. Richard Archer (2014) é um desses cientistas que está preocupados e considera que dentro de um período de 25 anos, a alimentação humana se baseará principalmente em produtos altamente processados e — diferente dos disponíveis hoje em dia — considerados nutricionalmente equilibrados.

Hoje não são conhecidos, com rigor, os efeitos que a alimentação transgénica tem nos humanos. A Academia Nacional de Ciências dos Estados Unidos afirma que alimentos geneticamente modificados não têm efeitos negativos sobre a saúde, o ambiente e a agricultura. No entanto, a organização Food and Water Watch, publicou uma resposta ao estudo da academia de Ciências norte-americana, em que questiona a veracidade das conclusões.

Os alimentos não possuem apenas nutrientes, transportam também uma cultura e uma história. É preciso ter consciência que as escolhas alimentares dos consumidores no dia-a-dia são um dos fatores mais decisivos na mudança climática e na utilização da água, da energia e dos solos.

É preciso ter também consciência que as escolhas alimentares determinam de forma decisiva a saúde e o bem-estar das populações, que, por sua vez, influenciam a capacidade das sociedades para produzirem riqueza.

Uma ingestão alimentar inadequada e deficiente conduz à fragilidade na saúde da população e ao aumento do circuito da pobreza, desnutrição, doença, absentismo, desemprego, e repercussões económicas, por isso é importante que todos nós, profissionais de saúde, enquanto agentes de mudança, sejamos capazes de avaliar os conhecimentos, as atitudes alimentares, bem como a perceção que as pessoas têm do seu estado nutricional e da sua imagem corporal de modo a podermos ajudá-las.

Isto justifica a aprendizagem do cuidado de enfermagem na ajuda e manutenção da vida onde a Equidade alimentar toma a primazia, na justiça e igualdade social e responsabilidade individual para a manutenção da vida.

REFERÊNCIAS

- Cebola, M. P. (2014). Malnutrição em idosos na admissão hospital actuação perante a sua elevado prevalência. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas – Ciências da Vida, Especialidade em Fisiologia i. Tese para a obtenção do grau de Doutor em Ciências da Vida na Especialidade em Fisiologia.
- DGS. (2014). Direção de Serviços de Informação e Análise. Portugal – Alimentação Saudável em números. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Dias, P. B. (2008). A linguagem dos alimentos nos textos bíblicos sentidos para a fome e para a abundância. *Humanitas* 60, 157-175.
- Dionísio, J. (2011-2012). Literatura franciscana no Leal Conselheiro, de D. Duarte. *Lusitana Sacra*, 2ª serie, 13-14, 491-515.
- Guerra, A., Rêgo, C., S., D., C., G. F., Mansilha, H., Antunes, H., & Ferreira, R. (28 de Setembro/outubro de 2012). Alimentação e nutrição do lactente. *Acta Pediátrica Portuguesa*, Vol. 43, n.º 5. Suplemento II, pp. 17-40.
- Mayagah, K., & Wayne, M. (26-30 de October de 2009). 7th Global Conference on Health. Promoting Health and Development: Closing the Implementation Gap", Nairobi, Kenya,. Nairobi, Kenya.
- Olineti, M. d. (1669). Regra dos irmãos Terceiros da Sancta e venerável Ordem Trcera da Penitencia, que instituiu o Seraphico P. S. Francisco. Lisboa: Na officina de Joam da Costa.
- Pinheiro, C. (s.a.). Curso de Bioquímica da Cárie Dental. I - Bioquímica da saliva. *Revista Paulista de Odontologia*, 40-47.
- Richard, A. (2014). Predicting the food of the future. symposium celebrating Massey's 50th year of food technology education. New Zealand.
- Roquete, J. I. (1842). Leal Conselheiro o qual fez Dom Duarte, pela graça de Deus Rey de Portugal e do Algarve e Senhor de Ceuta. Paris: Em casa de todos os mercadors de livros.
- Shibamoto, L. B. (1993). Introduction to Food Toxicology. San Diego, EUA.: Academic Press Inc.
- Veras, V. (2016). Prevalência de desnutrição ou risco nutricional em pacientes cirúrgicos hospitalizados e correlação entre os métodos subjetivos e objetivos de avaliação do estado nutricional. *Rev Bras Nutr Clin*; 31 (2), 101-7.

Contacto: ipereira@esel.pt