

Documento Informativo para o Workshop de Lisboa  
sobre a Promoção de Hortofrutícolas  
nos Países de Expressão Portuguesa



Organização  
Mundial da Saúde



Ministério da Saúde  
Direcção-Geral da Saúde

Ministério  
da Saúde



Dados internacionais de catalogação na publicação (CIP) - Biblioteca da OMS  
Documento informativo para o Workshop de Lisboa sobre a Promoção de Hortofrutícolas nos Países de Expressão Portuguesa.

Co-published by: FAO, Ministério da Saúde de Portugal/Direcção Geral da Saúde, Instituto de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Ministério da Saúde do Brasil

1. Fruit. 2. Vegetables. 3. Nutrition policy. 4. Public health. 5. Nutritional status. I. Workshop sobre a Promoção de Hortofrutícolas nos Países de Expressão Portuguesa (2005 : Lisboa, Portugal) II. Organização Mundial da Saúde.

ISBN 92 4 859403 4  
ISBN 978 92 4 859403 8

(Classificação NLM: WB 430)

© Organização Mundial da Saúde 2006

Todos os direitos reservados. As publicações da Organização Mundial da Saúde podem ser pedidas a: Publicações da OMS, Organização Mundial da Saúde, 20 Avenue Appia, 1211 Genebra 27, Suíça (Tel: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; e-mail: bookorder@who.int). Os pedidos de autorização para reprodução ou tradução das publicações da OMS – para venda ou para distribuição não comercial - devem ser endereçados a Publicações da OMS, mesmo endereço (fax: : +41 22 791 4806; e-mail: permissions@who.int).

As denominações utilizadas nesta publicação e a apresentação do material nela contido não significam, por parte da Organização Mundial da Saúde, nenhum julgamento sobre o estatuto jurídico de qualquer país, território, cidade ou zona, nem de suas autoridades, nem tampouco sobre questões de demarcação de suas fronteiras ou limites. As linhas ponteadas nos mapas representam fronteiras aproximativas sobre as quais pode ainda não existir acordo completo.

A menção de determinadas companhias ou do nome comercial de certos produtos não implica que a Organização Mundial da Saúde os aprove ou recomende, dando-lhes preferência a outros análogos não mencionados. Com excepção de erros ou omissões, uma letra maiúscula inicial indica que se trata dum produto de marca registado.

A OMS tomou todas as precauções razoáveis para verificar a informação contida nesta publicação. No entanto, o material publicado é distribuído sem nenhum tipo de garantia, nem expressa nem implícita. A responsabilidade pela interpretação y utilização deste material recai sobre o leitor. Em nenhum caso se poderá responsabilizar a OMS por qualquer prejuízo resultante da sua utilização.

A responsabilidade pelas opiniões exprimidas nesta publicação cabe exclusivamente aos seus autores citados pelo nome.

Créditos das fotografias:

Capa: OMS/V. Candeias

Documento Informativo para o “Workshop de Lisboa sobre a Promoção de Hortofrutícolas nos Países de Expressão Portuguesa”

Páginas interiores: p. 4 OMS/P. Viro; p. 5 UNECE; p.6 OMS/V. Candeias; p.8 OMS/ A. Schiebel; p.9 FAO/W. O. Baudoin; p.10 OMS/ A. Schiebel; p.12 UNECE; p.13 UNECE, FAO/W.O Baudoin; p. 15

OMS/V. Candeias; p.16 OMS/A. Schiebel; p.17 OMS/V. Candeias; p. 20 OMS/V. Candeias; p. 22 OMS/V. Candeias e OMS/A. Schiebel; p. 24 OMS/A. Schiebel; p. 25 OMS/V. Candeias; p. 27 OMS/V. Candeias; p. 30 UNECE

Documento Informativo para o  
“Workshop de Lisboa sobre a  
Promoção de Hortofrutícolas  
nos Países de Expressão Portuguesa”



Organização  
Mundial da Saúde



Ministério da Saúde  
Direcção-Geral da Saúde

Ministério  
da Saúde





7  
花

878882877  
878882877

# Conteúdos



## Introdução

1	Informações sobre os países de expressão portuguesa	8
2	Políticas / Planos de nutrição e alimentação	17
3	Produção e consumo de hortofrutícolas	21
4	Iniciativa da OMS/FAO para a promoção de hortofrutícolas	26
5	Referências bibliográficas	28

No sentido de concretizar a *Iniciativa de Promoção de Fruta e Hortícolas da OMS/FAO*, realizou-se em Setembro de 2004, o primeiro Workshop conjunto OMS/FAO sobre hortofrutícolas e saúde, que decorreu em Kobe, Japão, no Centro OMS/Kobe para a Saúde e Desenvolvimento. Este workshop reuniu mais de 50 peritos das áreas da saúde, nutrição, agricultura e horticultura, oriundos principalmente de países subdesenvolvidos. Deste workshop resultou, entre outros documentos, um ***Guia de Orientação para a Promoção de Fruta e Hortícolas ao Nível Nacional***.

Nos dias 1 e 2 de Setembro de 2005, o Instituto de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (IMP-FMUL) em conjunto com a Direcção Geral da Saúde Portuguesa, OMS e FAO, organizou em Lisboa, um workshop destinado à promoção de hortofrutícolas nos países de expressão portuguesa. Teve como objectivo principal trabalhar sobre o *Guia de Orientação para a Promoção de Fruta e Hortícolas ao Nível Nacional* que resultou da reunião de Kobe.

O relatório do workshop, que inclui a versão portuguesa do "*Guia de Orientação OMS/FAO para a Promoção de Frutas e Vegetais ao Nível Nacional*", está disponível para consulta no seguinte endereço electrónico <http://www.who.int/dietphysicalactivity/fruit/en/index.html>

Este documento foi preparado e distribuído, como base de informação, para os participantes do workshop de Lisboa.



# Introdução

Os hortofrutícolas, representam uma parte fundamental da alimentação saudável que deve ser praticada diariamente. De um modo geral podemos dizer que estes alimentos são fornecedores insubstituíveis de minerais (potássio, zinco, cálcio, magnésio, cobre, etc.), de algumas vitaminas (especialmente de vitamina C), de diversos compostos protectores (ex.: flavenóides) e de diferentes tipos de fibras alimentares ou complantix. Pela sua riqueza em micronutrientes reguladores essenciais à manutenção do bom estado de saúde, estes alimentos denominam-se, de um modo geral, por protectores; e como fornecem uma grande variedade de nutrientes, especialmente micronutrientes, designam-se também por alimentos com elevado valor nutricional.

A OMS coloca o baixo consumo de hortofrutícolas como um dos 10 principais factores de risco para a mortalidade e morbilidade no mundo. Hortofrutícolas são um componente essencial de uma alimentação saudável e, se consumidos diariamente nas quantidades adequadas, podem ajudar a prevenir doenças tão prevalentes como as doenças cardiovasculares e determinados tipos de cancro. De acordo com o Relatório Mundial da Saúde 2002, estima-se que o baixo consumo de hortofrutícolas seja responsável por cerca de 19% dos cancros gastrointestinais, 31% da doença cardiovascular isquémica e por 11% dos enfartes do miocárdio, e que potencialmente mais de 2,7 milhões de vidas podiam ser salvas todos os anos se cada pessoa consumisse porções adequadas de frutas e hortícolas<sup>1</sup>.

Tanto nos países desenvolvidos como nos em desenvolvimento, o baixo consumo de hortofrutícolas é apontado como um factor favorecedor do aumento do risco do aparecimento de doenças crónicas não transmissíveis (DCNT)<sup>2,3,4</sup>.

A evidência científica actual salienta o papel protector do consumo adequado de hortofrutícolas na redução do risco do aparecimento de diabetes mellitus tipo 2, e na significativa redução do risco de doença isquémica cardíaca e enfarte<sup>5</sup>.

De todos os factores alimentares considerados para a prevenção de cancro, o que reúne maior evidência científica quanto ao seu efeito protector é o consumo de hortofrutícolas. Uma revisão internacional da Agência Internacional para Investigação de Cancro (IARC), concluiu que o consumo de hortofrutícolas pode reduzir o risco do aparecimento de alguns cancros, particularmente cancros do tracto gastrointestinal. A IARC estima que, mundialmente, a percentagem de cancros preveníveis devido ao baixo consumo de hortofrutícolas varia entre os 5 e 12% para todos os cancros, e entre os 20 e 30% para os cancros do aparelho gastrointestinal superior<sup>6,7</sup>.

O baixo consumo de hortofrutícolas é um dos factores que contribui decisivamente para as deficiências em micronutrientes nos países em desenvolvimento, especialmente nas populações com baixo consumo de alimentos de origem animal tais como carne, leite e lacticínios<sup>8</sup>. Os hortofrutícolas constituem a fonte mais acessível e sustentável de vitaminas, minerais, oligoelementos e outros compostos bioactivos minoritários. Assim, o aumento da produção e consumo de hortofrutícolas revela-se a forma mais directa e de menor custo para aumentar o valor nutricional das dietas da população dos países mais pobres.

# 1 Informações sobre os países de expressão portuguesa

## Angola<sup>9</sup>:



A República de Angola está situada na costa meio-ocidental de África, tem uma superfície territorial de 1.2 milhões de km<sup>2</sup> e uma população em crescimento estimada em cerca de 14 milhões de habitantes, dos quais à volta de 60% são menores de 18 anos. A esperança de vida ao nascimento é de 40 anos, uma das mais baixas no mundo.

O Relatório de Desenvolvimento Humano de 2002, das Nações Unidas, estima a população urbana, em 2000, em 34%.

Angola situa-se, de acordo com o Índice de Desenvolvimento Humano (2000), em 162º lugar, num ranking de 173 países. De acordo com os resultados do Inquérito aos Agregados Familiares sobre Despesas e Receitas, realizado em 2000-2001, 68% dos cidadãos angolanos têm em média um nível de consumo mensal inferior a cerca de 1,7 dólares americanos diários. A incidência da pobreza extrema, correspondente a um nível de consumo de menos de 0,7 dólares americanos diários, atingindo 28% da população.

O sector agrícola, seriamente afectado pela guerra, atingiu quebras na ordem dos 47%. Num país com enormes potencialidades, o contributo deste sector para o PIB caiu de 24% em 1991, para cerca de 8% em 2001. Angola, que fora um importante exportador de produtos alimentares, passou a depender das importações e de ajuda alimentar, para cobrir cerca de metade das suas necessidades, por exemplo em cereais.

Estima-se que cerca de 26% da população com mais de 15 anos seja analfabeta, havendo outras estimativas que apontam para 50%, e que a taxa de escolarização do ensino básico se situe nos 57%. O nível de analfabetismo feminino é de cerca de 50%, e a taxa de escolarização feminina não se distânciava muito da masculina (55%). Cerca de 1/3 das crianças nunca frequentaram uma escola.

A taxa de mortalidade de crianças menores de 5 anos estimada para Angola é de 250 óbitos por 1000 crianças nascidas vivas, ou seja, uma em cada quatro crianças morre antes de atingir os 5 anos de idade. Esta taxa, é a terceira mais alta do mundo, e equivale quase ao dobro da taxa média para África Sub-Sahariana.

A desnutrição é a principal causa associada de mortalidade. Um dos principais factores da mortalidade infantil é o acesso limitado a água potável. Segundo os resultados do MICS (Multiple Indicator Cluster Survey), estima-se que 62% das crianças não tenham acesso directo a água potável, assim como 41% da população não dispõe de sistema de saneamento. Os esforços desenvolvidos pelo Ministério da Saúde permitiram que, 80% da população infantil, beneficie de suplementação em vitamina A.

Em 2000, cerca de um quinto dos nascimentos vivos (17,3%), que foram pesados, apresentavam baixo peso. Em 2002, esse valor aumentou para 24,3%. Cerca de 86% das crianças com menos dos 6 meses não recebem leite materno exclusivo. Embora 89% das crianças entre 12-15 meses continuem a ser amamentadas, apenas 14% são amamentadas exclusivamente nos primeiros quatro meses de vida. As taxas de amamentação exclusiva são piores na região Norte e Este (2% e 3%) e melhores na região Sul e Capital (32% e 21%); 23% das crianças não recebem outros alimentos para complementar a amamentação no período de 6-9 meses.

A desnutrição crónica afecta entre 45% e 55% da população angolana com menos de 5 anos. A maior prevalência (55%) encontra-se na região centro Sul do país, nas províncias mais afectadas pela guerra. A região com a taxa mais baixa é Luanda. A desnutrição aguda afecta 6% da população com menos de 5 anos. Sendo a prevalência mais elevada nas crianças entre os 12 e 23 meses. Os internamentos por mal nutrição nos Centros de Recuperação Nutricional, quintuplicaram, tendo passado de 3.129 em 1998, para 15.755 em 2002.

Segundo o MICS 2001 (Multiple Indicator Cluster Survey), 35% dos agregados familiares consomem sal iodado.

O número de pessoas em insegurança alimentar, diminuiu em mais de um milhão, para cerca de 340 000 desde Abril 2003. Uma redução de 67%, o que representa uma melhoria no nível de segurança alimentar no país. A região Sul tem 139 500 pessoas que necessitam assistência alimentar; 78% estão em situação de insegurança alimentar.

A produção de cereais em 2003/04 (incluindo arroz descascado) estima-se em 713 000 toneladas, mais de 9 % mais alta que a do ano anterior e 27% mais alta que a média do quinquénio anterior, devido principalmente a um aumento das áreas cultivadas. As necessidades de importação de cereais para 2004/05 calculam-se em 820 000 toneladas, das quais 642 000 toneladas se prevêem como importações comerciais e 178 000 toneladas como ajuda alimentar de emergência.





## Brasil<sup>10</sup>

O território brasileiro é de 8.514.876,599 km<sup>2</sup> com uma população de 169.799.170 habitantes, sendo que 81,3% desta população reside em área urbana, 19,4% são menores de 10 anos e 8,6% possuem a idade igual ou superior a 60 anos (IBGE, 2000). Cerca de 45% da população é afro-descendente e cerca de 300.000 são indígenas auto-referenciados.

Em 2001 a esperança média de vida à nascença era de 65,5 anos para os homens e de 72 anos para as mulheres; e a taxa de mortalidade infantil diminuiu de 48% para 26,5% entre 1990 e 2002.

A desnutrição infantil vem diminuindo nas últimas décadas. Em 1975, 18,4% da população com menos de cinco anos apresentava peso inferior ao esperado para sua idade. Vinte e um anos depois, em 1996, de acordo com a Pesquisa Nacional Sobre Demografia e Saúde do Ministério da Saúde e instituições associadas, esse percentual havia se reduzido para 5,7%, o que corresponde a uma redução por volta de 70%. Em parte, tal fenómeno deveu-se à urbanização ocorrida durante esses dois decénios, concomitante com a implementação de políticas de educação, saúde, saneamento e acesso a alimentos.

Entre a população atendida pelos programas de agentes comunitários de saúde e de equipas de saúde da família do Ministério da Saúde, nota-se que a desnutrição entre as crianças com menos de um ano, diminuiu de 10,1%, em 1999, para 3,6% em 2004. No que se refere às crianças entre um e dois anos de idade, a incidência de desnutrição baixou de 19,8% para 7,7% .

A prevalência do o aleitamento materno exclusivo, até os quatro meses de idade, aumentou de 57,4% em 1999, para 69,5% em 2004. Este aumento, foi acompanhado de expressiva redução da desnutrição infantil em crianças menores de um ano.

Verifica-se uma crescente prevalência de anemia por carência de ferro e a manutenção das carências de Vitamina A. Pode-se também identificar uma tendência positiva em relação aos distúrbios por carência de iodo, que apresentou grande redução nas últimas décadas (14,1% de bócio palpável em 1975 para 1,3% em 1995).

No Brasil, a população adulta brasileira vem apresentando um aumento na prevalência de excesso de peso importante, nos últimos 30 anos. O mais recente estudo nacional, a Pesquisa de Orçamento Familiar 2002-2003 (POF 2003), em amostragem (antropométrica) da população adulta maior de 20 anos verificou 11, 1% (sendo 8,9% em homens e 13,1% em mulheres) de obesidade e 40,6% de excesso de peso (sobrepeso +obesidade).

Alguns dados relativos ao consumo de alimentos e estado nutricional da população brasileira identificam situações complexas. Os dados nacionais mais recentes da POF 2003, revelam, transformações sócio-econômicas rápidas e profundas, assim como no perfil de saúde da população, nas últimas décadas. Os dados da POF 2003 que analisam a disponibilidade domiciliar de alimentos adquiridos pelas famílias brasileiras, confirmam que as mudanças de padrão alimentar no país têm sido, de modo geral, favoráveis do ponto de vista dos problemas associados à subnutrição (aumento na disponibilidade de calorias per capita e aumento da participação de alimentos de origem animal na alimentação), e desfavoráveis no que se refere à doenças carenciais como anemia e hipovitaminose A, à obesidade e às demais DCNT (aumento da participação na alimentação de gorduras em geral, gorduras de origem animal e açúcar e diminuição com relação a cereais, leguminosas e fruta, verduras e legumes). Associadas ao sedentarismo, essas tendências podem explicar as actuais taxas de prevalência de excesso de peso e da obesidade entre adultos.

Em relação ao consumo de fruta, legumes e verduras, esta pesquisa revelou que, considerando um consumo calórico médio de 1800 calorias, a participação relativa deste grupo é de 3,37%, o que em termos absolutos corresponde a 60 calorias e 132 gramas.

Assim, assumindo a recomendação da OMS de consumir pelo menos 400 gramas de fruta, legumes e verduras, ao dia, para prevenir doenças crónicas não transmissíveis, é necessário que, em uma dieta de 2000 calorias, 9% das calorias totais (183 calorias) sejam provenientes de fruta, legumes e verduras (5 porções – 2 de fruta e 3 de verduras e legumes). Nesta análise, os dados sinalizam a necessidade de triplicar o consumo de fruta, legumes e verduras no Brasil (de 132g para 400g/dia).

### Iniciativa fruta, legumes e verduras – Brasil

O governo brasileiro entende que é importante incentivar e valorizar a produção e o consumo de alimentos saudáveis (como fruta, legumes e verduras), culturalmente referenciados e produzidos em nível local. A temática da alimentação saudável na elaboração de uma INICIATIVA NACIONAL DE INCENTIVO AO CONSUMO DE FRUTAS, LEGUMES e VERDURAS é uma oportunidade estratégica de exercício de intersetorialidade uma vez que integra além do propósito da promoção da saúde e da prevenção de doenças o fomento ao consumo e desenvolvimento sustentável, geração de renda para pequenos produtores e agricultores familiares. Neste contexto, a Promoção da Alimentação Saudável explicita a dimensão qualitativa do combate à fome, pois aborda de maneira integrada as duas faces da insegurança alimentar e nutricional: a desnutrição e a obesidade.

Gráfico 1 - Prevalência de diabetes, no Brasil, em diferentes grupos etários (gráfico retirado da WHO Global InfoBase Online)

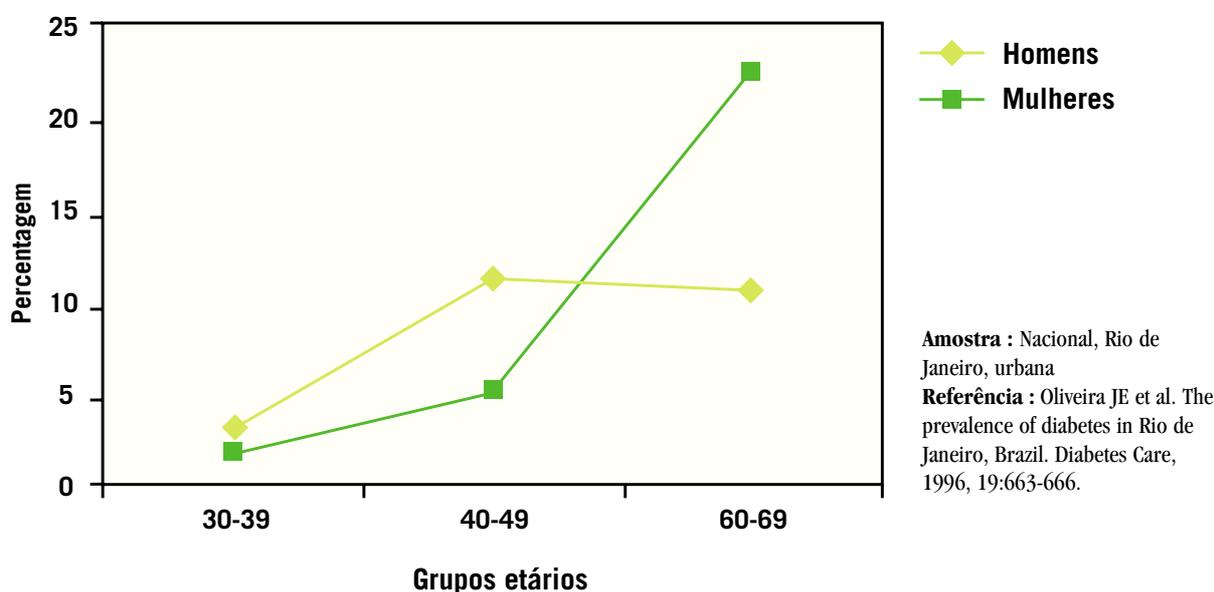
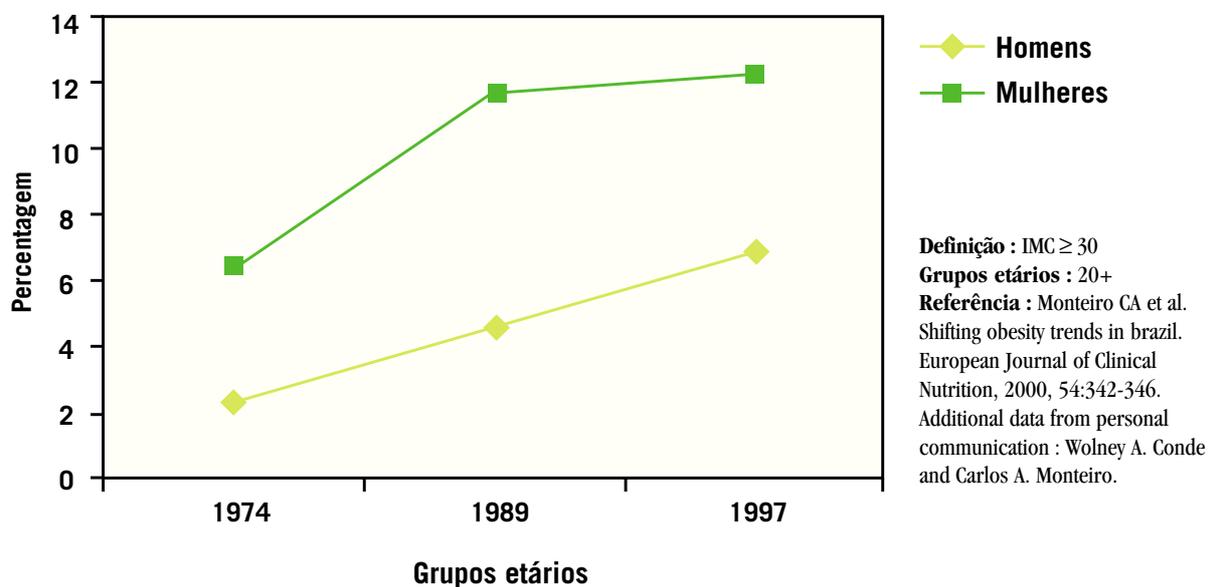


Gráfico 2 - Variação na prevalência de obesidade (gráfico retirado da WHO Global InfoBase Online)



## Cabo Verde

A República de Cabo Verde é um país pequeno composto por 10 ilhas que se situam na parte meridional do Atlântico Norte, ao largo do Senegal e da Mauritânia, a cerca de 500 km da costa ocidental africana, com uma superfície total de 4.033 km<sup>2</sup> e cerca de 446.000 habitantes. Tem fronteiras marítimas a Oeste com o Senegal, Mauritânia, Gâmbia e a Guiné-Bissau. Tem uma das maiores Zonas Económicas exclusivas Marítimas de África. A cidade da Praia é a capital de Cabo Verde e situa-se na ilha de Santiago<sup>11</sup>.

Com a excepção das Ilhas do Sal, Boavista e Maio, que são planas, o arquipélago é montanhoso, escarpado, e sulcado pela erosão e pela actividade vulcânica, dada a sua origem vulcânica. Os solos são pobres. Apenas cerca de 10% da superfície do país é utilizado para a agricultura, que ocupa cerca de 30% da população. Entre os principais produtos agrícolas produzidos em 2000, encontram-se: foram: amendoim, banana, batata-doce, café, cana-de-açúcar, feijão e milho<sup>12</sup>.

Cabo Verde apresenta a maior percentagem das espécies vegetais endémicas, especialmente o marmulano, o dragoeiro, a tamareira cabo-verdiana, a língua de vaca, o tortolho, o lantisco e a losna; e plantas de origem sudano-saheliano (espécies da África tropical, principalmente das zonas do Sahara) como a calabaceira, o poilão, o tamarindo, a figueira brava, o zimbrão, o espinho branco, o bombardeiro e o barnelo<sup>13</sup>.

O acesso a bens “de conforto” pela população Cabo Verdiana é consideravelmente reduzido como se pode verificar pelos indicadores seguidamente referidos: apenas 24,8% da população possui água canalizada da rede pública, 64,3% tem gás para a preparação de alimentos, 50% possui electricidade para iluminação, 14,9% possui fossa séptica para evacuação de águas residuais, 65,9% possui rádio, 39,7% televisão e 33,5% frigorífico<sup>14</sup>.

A esperança de vida média à nascença aproxima-se dos 70 anos. A taxa de mortalidade infantil é elevada (26/ 1000) e em 2003, 35 em cada 1000 crianças morreram antes de completarem 5 anos de vida<sup>15</sup>; 13% das crianças que nasceram entre 1998 e 2003 apresentaram baixo peso; 57% das crianças até aos 6 meses de vida são alimentadas exclusivamente com leite materno, 64% mantém o aleitamento materno complementado com outros alimentos entre os 6 e 9 meses de vida, mantendo-se o aleitamento materno entre os 20 e 23 meses, em 13% destas crianças. Cerca de 14% das crianças com menos de 5 anos de idade sofre de baixo peso (moderado ou severo)<sup>16</sup>.



## Guiné-Bissau

A Guiné-Bissau, com 36 125 km<sup>2</sup> de superfície e cerca de 1.416.027 habitantes, situa-se na costa ocidental de África, estendendo-se, no litoral, desde o Cabo Roxo até à ponta Cagete. Tem fronteira, a Norte, com o Senegal, a este e sudeste com a Guiné e a Sul e Oeste com o oceano Atlântico. Além do território continental, o país integra ainda cerca de 40 ilhas que constituem o arquipélago dos Bijagós, separado do Continente pelos canais de Geba, Pedro Álvares, Bolama e Canhabaque. A Guiné-Bissau tem fronteiras com o Senegal e Guiné-Conakry, ambos francófonos. Este facto foi decisivo para a Guiné-Bissau absorver como moeda o Franco CFA, utilizado em toda a África Ocidental francófona. A nação abriga cerca de 20 etnias, sendo as principais: Balanta 27%, Fula 22%, Mandinga 12%, Mandjaco 11%, Papel 10%. A agricultura é a base da economia; fornece cerca de 50% do PIB, 80% da ocupação da população activa e mais de 90% das exportações. As principais colheitas são a castanha de caju e o algodão. Há ainda reservas de bauxite e fosfato<sup>17</sup>.

A taxa de analfabetismo entre os Guineenses é significativamente elevada, com 44,5% dos homens e 75,4% mulheres analfabetos<sup>18</sup>.

A maior parte da população não tem acesso à água potável, utilizando a água dos poços, dos cursos de água e dos lagos, na sua maioria contaminada. Conforme os dados do MICS (Multiple Indicator Cluster Survey), 13.6% da população têm acesso a água potável, sendo destas 36.4% no meio urbano e 0.7% no meio rural.

Em 2003, a esperança de vida média à nascença, rondava os 45 anos de idade; a taxa de mortalidade infantil era muito elevada (126/1000). Cerca de 204 e 204 em cada



1000 crianças morreram antes de completarem 5 anos de vida. Das crianças que nasceram entre 1998 e 2003, 22% nasceu com baixo peso. Apenas 37% das crianças até aos 6 meses de vida são alimentadas exclusivamente com leite materno, 36% mantém o aleitamento materno complementado com outros alimentos entre os 6 e 9 meses de vida e 67% das crianças entre os 20 e 23 meses de vida ainda é amamentada. Nas crianças com menos de 5 anos de idade, 25% sofre de baixo peso (moderado); e 6,5% de insuficiência ponderal severa; 30,4% apresentam um atraso de crescimento, ou são muito pequenas para a sua idade e 10,3% são magras ou muito delgadas para a sua altura.

80% das crianças entre os 6 e 59 meses recebe suplementação em vitamina A e apenas 2% dos agregados familiares entre 1997 e 2003 consumiram sal iodado<sup>19</sup>.

O modelo de consumo alimentar guineense é, em termos globais, do tipo tradicional agrícola, ou seja, à base de cereais (dos quais o mais significativo é o arroz), gordura (das quais a mais importante é o óleo de palma, seguindo-se-lhe os outros óleos vegetais e o unto de porco) e de alguns produtos hortícolas, aos quais se associa um pouco de peixe.

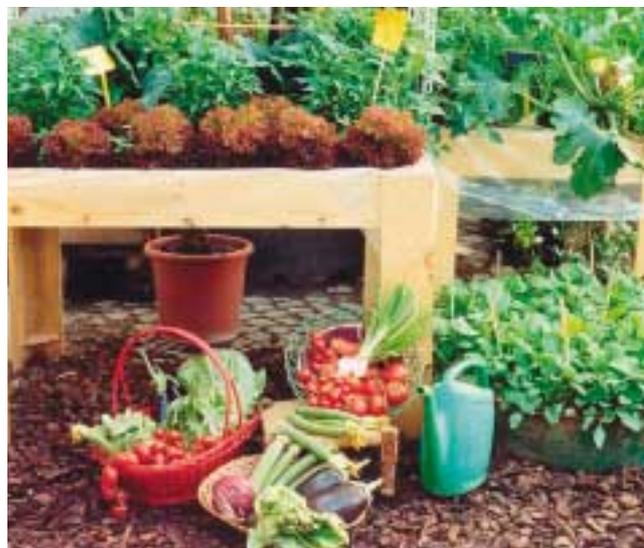
Ainda que o consumo global diário de calorias por pessoa na Guiné-Bissau (1874 kcal) seja inferior aos níveis internacionalmente recomendados (2100-2375 kcal/dia.), situam-se porém ligeiramente acima das 1800 kcal/dia, calculados pela FAO como suficientes para manter as necessidades fisiológicas. A percentagem de proteínas na dieta alimentar é aceitável, embora a parte mais representativa seja de proteínas vegetais fornecidas pelo arroz. As proteínas de origem animal no regime alimentar guineense provêm sobretudo do consumo de peixe.

## Moçambique<sup>20</sup>

Moçambique situa-se na faixa Sul-Oriental do continente Africano, banhado pelo oceano Índico, numa extensão de 2,780 km. A superfície territorial é de 799,380 km<sup>2</sup>. O país tem 11 províncias administrativas, incluindo a cidade de Maputo (a capital) agrupadas geograficamente em três regiões: Norte, Central e Sul.

As projecções demográficas do Censos de 1997 apontavam para uma população de cerca de 18,9 milhões de habitantes em 2004, dos quais cerca de 52% seriam mulheres, mais de 44% com menos de 15 anos e 18% com menos de 5 anos de idade. Actualmente cerca de 30% da população vive nas zonas urbanas. A esperança média de vida em 2004, era de 46,7 anos; no entanto, estima-se que a mesma reduza para 36,4 anos em 2010, devido à pandemia da SIDA.

A população apresenta um baixo nível de escolaridade, por exemplo, apenas 61% frequenta o ensino primário. Verifica-se uma >>>



>>> elevada taxa de analfabetismo (53.6%) sendo este mais acentuado nas mulheres (68%). A taxa de mortalidade materna é muito elevada (408/100.000 mortes maternas). A pobreza absoluta atinge 54% da população, que vive, com menos de 1 USD/ dia ; apenas 36% da população tem acesso a água potável e saneamento.

Em Moçambique a malnutrição é responsável por cerca de metade dos óbitos que se registam em crianças com menos de 5 anos. O cenário é mais grave no meio rural (46%) que no urbano (29%), sendo mais pronunciado nas províncias do Norte onde chega a atingir 56%, em Cabo-Delgado. Os índices de desnutrição crónica (Peso/Altura), nas crianças (0-5 anos) aumentaram de 36% em 1997 para 41%, em 2003.

Estudos realizados no país mostram que a desnutrição crónica reduz a produtividade em 2-3% do PIB. Para Moçambique isto equivale a 71,4-107 milhões de dólares americanos por ano, usando o PIB de 2002 (\$197). A instabilidade alimentar e nutricional atinge mais de metade da população moçambicana (54%).

Estima-se que nos próximos cinco anos mais de 43.000 mulheres morrerão por causas relacionadas com a gravidez. Uma das principais causas desta elevada mortalidade é a anemia. De acordo com o estudo sobre a anemia realizado em 2002, cerca de 50% das mulheres em idade fértil são anémicas. Em 2003, estimou-se que 30% das mulheres em idade reprodutiva sofrem de deficiência de iodo (extrapolação/1998). Estima-se que apenas 48% da população moçambicana consome sal iodado.

Em 2002, 69% das crianças com idades entre os 6 e os 59 meses e 11% das mães eram deficientes em vitamina A. Por isso, iniciou-se a suplementação com em vitamina A, como rotina para todas crianças (2 doses por ano).

No mesmo ano, um estudo nacional revelou que 75% de crianças e 48% das mães são anémicas. O valor económico da produtividade agrícola perdida resultante da anemia nos próximos cinco anos poderá atingir os 258 milhões de dólares.

68% do orçamento familiar é gasto em compras de alimentos sendo necessário 3 salários mínimos para ter a cesta básica mensal.

INDICADORES NUTRICIONAIS	FONTE DE INFORMAÇÃO
• Aleitamento materno exclusivo: National-30% ; rural-32,1% ; urbano-24,6%	IDS 2003
• % Crianças <5 anos com baixo peso: (Peso/Idade)-23,7%	IDS 2003
• % Crianças <5 anos com desnutrição crónica: (Altura/Idade)-41,9%	IDS 2003
• % Crianças <5 anos com desnutrição aguda: (Peso/Altura)-4,0%	IDS 2003
• % Famílias (estimativas) que consomem sal iodado: 40,9%	Amostra do dia nacional de deficiência de iodo 2003
• % Bócio total em crianças em idade escolar: 14,5%	
• % Crianças com deficiência de iodo (estimativa): 30%	MISAU 2004, estudo nacional
• % Crianças <5 anos com que recebeu pelo menos 1 dose de Vitamina A por ano: 44,5%	Estimativas baseadas nos estudos de 1992 e 1998, MISAU. MISAU, 2003 dados de rotina
• % Crianças <5 anos com deficiência de vitamina A: 68,8%	
• % Mães com anemia: 10,9%	MISAU, 2002 Estudo nacional
• % Crianças <5 com anemia: 75%	MISAU, 2002 Estudo nacional
• % Mulheres com anemia: 48%	MISAU, 2002 Estudo nacional
• % Mulheres grávidas que receberam sal ferroso + ácido fólico durante >90 dias: 14,3% ; <60 dias: 28%	MISAU, 2002 Estudo nacional DHS 2003

**Tabela 1 – Resumo da situação nutricional em Moçambique**

(In: Estudo de Caso Sobre a Segurança Alimentar e Nutricional no Processo de Desenvolvimento de Moçambique. Ministério da Agricultura e Desenvolvimento Rural, Direcção Nacional de Agricultura, Secretariado Técnico de Segurança Alimentar e Nutrição. Estudo de Caso apresentado na 32ª Sessão Anual do Comité Permanente de Nutrição, Brasília, 2005)

## Portugal

Portugal é um país situado no sudoeste da Europa, na zona ocidental da Península Ibérica, delimitado a Norte e a Este por Espanha, a Sul e Oeste pelo Oceano Atlântico. O território Português compreende ainda os arquipélagos autónomos dos Açores e da Madeira, situados no Oceano Atlântico, completando uma área total de 92,391 km<sup>2</sup>, com cerca de 10 milhões de habitantes. A concentração demográfica mais elevada verifica-se nas áreas metropolitanas de Lisboa e do Porto, bem como noutras cidades importantes junto ao litoral<sup>21</sup>.

Os resultados dos Censos 2001 revelaram que 10% da população é analfabeta. Relativamente aos números da escolaridade, pouco mais de um terço dos portugueses (37,8%) concluíram o 1.º ciclo do Ensino Básico e 18,8% terminou os 2.º e 3.º ciclos do Ensino Básico e em 2001, 8,6% da população portuguesa com 21 anos ou mais tinham completado o Ensino Superior<sup>22</sup>.

A esperança de vida média à nascença em 2003, era de 77 anos. A taxa de mortalidade infantil em 2003 era consideravelmente reduzida (4/1000), 8% das crianças nascidas entre 1998 e 2003 apresentavam baixo peso e apenas 5 crianças morreram antes de completarem os 5 anos de vida<sup>23</sup>.

Portugal apresenta um quadro tipicamente ocidental quanto aos erros alimentares mais comuns: elevado consumo de sal e gordura (as DCV são responsáveis por cerca 50% das mortes ocorridas em 1999<sup>24</sup>); consumo excessivo de bebidas alcoólicas (9% da população corresponde a bebedores excessivos e 7% a doentes alcoólicos<sup>25</sup>); elevada prevalência de excesso de peso (31,5% das crianças entre os 7 e 9 anos, 54% dos homens e 46% das mulheres adultas apresentam excesso de peso<sup>26 27</sup>); baixa % de crianças amamentadas até aos 6 meses (apenas 29% das crianças foram amamentadas até aos 6 meses<sup>28 29</sup>) e baixo consumo de hortofrutícolas, especialmente nas faixas etárias mais jovens (apenas 23,2% das raparigas e 18,1% dos rapazes com 15 anos refere consumir hortícolas diariamente<sup>30</sup>).



## São Tomé e Príncipe

S. Tomé e Príncipe situa-se no Golfo da Guiné a 350 km da costa Oeste de Gabão. É constituído por duas ilhas principais (Príncipe e S. Tomé) e numerosos ilhéus mais pequenos, com uma área total de cerca de 1001 km<sup>2</sup>. Possui cerca de 187,410 habitantes, sendo que a maior ilha, S. Tomé, é onde se concentra aproximadamente 95% da população<sup>31</sup>.

Os principais recursos naturais e produções incluem: cacau, copra, café, óleo de palma, noz de coco e petróleo (recentemente descoberto)<sup>32</sup>.

A esperança de vida média à nascença em 2003, era de 70 anos. A taxa de mortalidade infantil em 2003 era muito elevada (75/1000) e 118 em cada 1000 crianças morreram antes de completarem 5 anos de vida<sup>33</sup>.

>>>

>>> 56% das crianças até aos 6 meses de vida são alimentadas exclusivamente com leite materno, 53% mantêm o aleitamento materno complementado com outros alimentos entre os 6 e 9 meses de vida e 42% das crianças entre os 20 e 23 meses de vida ainda é amamentada<sup>34</sup>.

A malnutrição é identificada como a causa directa ou indirecta de 15% de óbitos em crianças de menos de 5 anos; 13% das crianças com menos de 5 anos de idade sofre de baixo peso; aproximadamente 10,6% das crianças entre os 6 e os 14 anos sofre de desnutrição (moderada e grave)<sup>35</sup>.

As carências nutricionais com destaque para malnutrição proteico energética, nas suas formas moderadas e graves, as anemias nutricionais moderadas e graves, bem como as insuficiências de vitamina A e de iodo caracterizam a situação nutricional em São Tomé e Príncipe. Os dados de um estudo realizado em 1998 sobre carência de vitamina A, ferro e iodo revelaram uma situação preocupante: 1 de cada 3 crianças e aleitantes apresenta carência de vitamina A; apenas 4% das crianças menores de 5 anos têm retinol sérico normal; cerca de 70% das grávidas e crianças menores de 5 anos são anémicas. Importa referir que as anemias nas grávidas também contribuem para a elevada prevalência de crianças com baixo peso ao nascimento. Entre 1997 e 2003, apenas 41% dos agregados familiares consumiam sal iodado<sup>36 37</sup>.

## Timor-Leste

Timor-Leste, é o mais jovem país do mundo, e ocupa a banda oriental da ilha de Timor, além do enclave de Ocussi, na costa Norte da banda ocidental de Timor, da ilha de Ataúro, a Norte, e de algumas ilhotas ao largo da ponta leste da ilha. As únicas fronteiras terrestres que o país tem ligam-no à Indonésia, a Oeste da porção principal do território, e a Leste, Sul e Oeste de Ocussi, mas tem também fronteira marítima com a Austrália, no Mar de Timor, a Sul. Timor-Leste possui um território de 18 mil km<sup>2</sup> e possui cerca de 924 mil habitantes<sup>38</sup>.

O principal produto exportado, segundo dados de Junho de 2004, foi o café. Os principais recursos naturais e produções incluem: reservas de petróleo inexploradas que se estima serem das 20 maiores do mundo, gás natural e minério de cobre, sândalo, café, borracha, copra, algodão, cana de açúcar e óleo de coco<sup>39</sup>.



A esperança de vida média à nascença aproxima-se dos 50 anos. A taxa de mortalidade infantil é muito elevada (87/1000) e em 2003, 124 em cada 1000 crianças morreram antes de completarem 5 anos de vida<sup>40</sup>.

A pesquisa de MICS (Multiple Indicator Cluster Survey) de 2002, constatou que 21% das mulheres apresentavam estatura inferior a 145 cm; 28% das mulheres apresentava um IMC inferior a 18,5; 7% apresentava IMC inferior a 16 (indicando subnutrição grave) e apenas 4% apresentava um IMC superior a 25.

10% Das crianças que nasceram entre 1998 e 2003, 10% apresentavam baixo peso; 44% das crianças até aos 6 meses de vida são alimentadas exclusivamente com leite materno, 63% mantêm o aleitamento materno complementado com outros alimentos entre os 6 e 9 meses de vida e 10% das crianças entre os 20 e 23 meses de vida ainda é amamentada.

43% das crianças com menos de 5 anos de idade sofre de baixo peso (moderado ou severo); 46,7% das crianças são consideradas muito pequenas ou atrofiadas. 35% das crianças entre os 6 e 59 meses recebe suplementação em vitamina A e 72% dos agregados familiares entre 1997 e 2003 consumiram sal iodado<sup>41</sup>.

## ② Políticas / planos de nutrição e alimentação

Após a Conferência Internacional sobre Nutrição, a OMS e a FAO promoveram e apoiaram o desenvolvimento de planos nacionais de acção sobre alimentação e nutrição. Desenvolveram-se cursos de formação para decisores políticos e fizeram-se revisões e reuniões de avaliação periódicas, com pequenos grupos de países. Nenhum dos países de expressão portuguesa participou nos cursos de formação sobre políticas e planos de nutrição e alimentação, levados a cabo pela OMS e pela FAO durante vários anos. A maior parte dos países, exceptuando o Brasil, participaram nas 2 reuniões regionais de revisão e avaliação, sobre os progressos nacionais no desenvolvimento de políticas e planos de nutrição e alimentação. A mais recente, decorreu em 2001 e destinou-se aos países africanos. Uma vez que ainda nenhuma destas reuniões teve lugar na região Americana, o Brasil ainda não participou no habitual processo de revisão.



Relativamente à preparação e revisão de recomendações alimentares nacionais (RAN), o Brasil participou numa das reuniões organizadas pelo escritório regional da OMS na América em 1996. O Brasil ofereceu-se para receber uma reunião de avaliação regional num futuro próximo, e por isso esta está em planeamento. Para as regiões africana e europeia, ainda não foram organizadas reuniões destinadas à revisão e avaliação de recomendações alimentares nacionais.

A tabela abaixo apresentada, compara os países de expressão portuguesa, relativamente ao processo de desenvolvimento das recomendações alimentares nacionais e de planos e políticas de acção nacionais sobre nutrição e alimentação. Em Angola, iniciou-se o desenvolvimento de um plano nacional de nutrição e alimentação, mas este processo foi interrompido devido à guerra civil. Em S. Tomé e Príncipe ainda não se desenvolveu nenhum plano, mas estão a ser feitas diligências no sentido de avançar com este processo. Por este motivo, nenhum dos três países anteriormente referidos são incluídos na tabela abaixo apresentada.

	BRASIL	CABO VERDE	GUINÉ BISSAU	MOÇAMBIQUE	TIMOR LESTE
Possui plano de acção sobre nutrição e alimentação?	Sim	Sim	Rascunho desenvolvido mas ainda não foi finalizado.	Depois da Cimeira Mundial da Alimentação em 1996, foi desenvolvido um Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional que integra o Plano Nacional de Acção em Nutrição e a Estratégia Nacional para a Segurança Alimentar e Nutricional. Adicionalmente foram desenvolvidos planos de acção regionais/provinciais.	Sim
Principais tópicos do plano	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fome e mortes relacionadas com a fome, deficiências em micronutrientes em comunidades afectadas por desastres naturais e humanamente provocados;</li> <li>- Carência de iodo, em vitamina A, ferro e outros micronutrientes;</li> <li>- Fome crónica e endémica;</li> <li>- Malnutrição, especialmente em crianças, mulheres e idosos;</li> <li>- Doenças transmissíveis e não transmissíveis relacionadas com a alimentação;</li> <li>- Impedimentos sociais e outros à adopção do aleitamento materno;</li> <li>- Condições higio-sanitárias precárias, incluindo o consumo de água não potável;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Importação dos alimentos;</li> <li>- Segurança alimentar;</li> <li>- Carências em micronutrientes;</li> <li>- Foram também iniciados estudos para avaliação da prevalência de doenças crónicas não transmissíveis relacionadas com os hábitos alimentares;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alimentação saudável;</li> <li>- Malnutrição nos grupos mais vulneráveis;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Segurança alimentar;</li> <li>- Malnutrição/carências em micronutrientes nos grupos mais vulneráveis;</li> <li>- Alimentação saudável;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prestar intervenções dirigidas ao melhoramento do estado nutricional de todos os cidadãos</li> <li>- Assegurar e apoiar intervenções e processos apropriados de saúde e nutrição para protecção do feto e desenvolvimento infantil;</li> <li>- Malnutrição, especialmente em mulheres e crianças</li> <li>- Deficiências em vitamina A, ferro e iodo;</li> <li>- Segurança alimentar</li> </ul>
Grupos alvo preferenciais	População em geral	População em geral, com particular ênfase em crianças e mulheres em idade fértil	População em geral, particularmente os grupos mais vulneráveis	População em geral, particularmente os grupos mais vulneráveis	População em geral, com particular ênfase em crianças e mulheres em idade fértil

	BRASIL	CABO VERDE	GUINÉ BISSAU	MOÇAMBIQUE	TIMOR LESTE
Instituição responsável pela execução	Secretaria de Políticas de Saúde	Foi estabelecido um comité intersectorial para a preparação do plano nacional, a implementação deste plano foi suportada por agências das Nações Unidas e outros.	Foi estabelecido um comité intersectorial para a preparação do plano nacional, mas o plano não foi plenamente implementado devido a instabilidade política e falta de recursos.	Foi estabelecido um grupo inter ministerial sob a coordenação do Ministério da Agricultura. A implementação foi levada a cabo por cada sector interessado, e muitos outros parceiros, incluindo agências das Nações Unidas e ONG's.	Ministério da Saúde. A Estratégia Nacional de Nutrição prevê articulação com outros ministérios e instituições relevantes
Menção à produção de alimentos	Sim, mas não estão disponíveis detalhes.	Sim, mas não estão disponíveis detalhes.	Sim, mas não estão disponíveis detalhes.	Sim, mas não estão disponíveis detalhes.	Sim, através da articulação com o Ministério da Agricultura, Pescas e Florestas
Foram desenvolvidas recomendações alimentares nacionais (RAN)?	Sim, mas estão actualmente em processo de revisão.	Não	Não	Não	Não
As RAN incluem uma recomendação sobre o consumo de fruta e hortícolas?	Sim, em Outubro será divulgado o Guia Alimentar para a população brasileira que tem como meta principal o aumento do consumo de fruta, legumes e verduras é (FL&V). Este é um dos principais desafios a ser alcançado com a implementação do Guia no país. Já está em implementação o Guia Alimentar para menores de 2 anos que inclui a recomendação de consumo adequado a faixa etária, deste grupo.	Informação não disponível	Informação não disponível	Informação não disponível	Informação não disponível

**Tabela 2 -Comparação das políticas de nutrição**

Relativamente à situação Portuguesa (que também não se incluiu na tabela acima), enquadrando na situação da política de saúde actual, a nutrição e alimentação integra-se no recentemente aprovado Plano Nacional de Saúde (PNS). O PNS é um instrumento político que pretende orientar as acções previstas para o período entre 2004 e 2010 e que envolve todos os parceiros do sistema para a redução do peso da doença e obtenção de ganhos em saúde, nas diferentes fases do ciclo de vida.



Tendo em conta tendo a realidade portuguesa estabeleceram-se no PNS em 2004, as seguintes áreas prioritárias: promoção de estilos de vida saudáveis, cancro, doenças do aparelho circulatório, traumatismos, ferimentos e lesões acidentais, doenças infecciosas – SIDA e Tuberculose – e outras doenças infecciosas emergentes e problemas de saúde mental<sup>42</sup>.

Assim, o PNS inclui 40 Programas Nacionais específicos que abordam as principais questões de saúde actuais. Neste contexto, existem medidas relacionadas com nutrição e alimentação em diferentes programas (ex.: Programa Nacional de Luta contra a Obesidade, Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares, etc...), no entanto, é de salientar o Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida, uma vez que este apresenta objectivos nutricionais específicos (abaixo discriminados na tabela 3), que visam reduzir a prevalência de factores de risco de doenças crónicas não transmissíveis e aumentar a prevalência de factores de protecção, relacionados com os estilos de vida, através de uma abordagem integrada e intersectorial. É um

programa de promoção da saúde para a população em geral, que considera como principais factores de risco a alimentação, o consumo de tabaco e a inactividade física<sup>43</sup>.

Quanto à existência de RAN para a população portuguesa, as mais recentes datam de 1997, foram publicadas pelo Conselho Nacional de Alimentação e Nutrição e preconizam o aumento do consumo de produtos hortícolas e frutas frescos como recomendação adequada à realidade nacional. Uma vez que se aguarda a realização, para breve, do 2º Inquérito Alimentar Nacional à população Portuguesa, provavelmente as RAN serão revistas após a análise deste 2º inquérito.

- Aumentar o consumo de fruta, legumes e vegetais (pelo menos 400g/dia)
- Reduzir o consumo excessivo de gorduras trans (< 1% da ingestão calórica diária)
- Reduzir o consumo excessivo de gorduras saturadas (< 10% da ingestão calórica diária)
- Reduzir o consumo total de gorduras para valores entre 15 a 30% da ingestão calórica diária
- Reduzir o consumo de sal (menos de 5 gr/dia)
- Reduzir a prevalência de excesso de peso e obesidade (IMC < 25)
- Reduzir a prevalência de consumidores excessivos de álcool (<16 gr de etanol/dia nas mulheres e 24gr./dia nos homens)
- Aumentar a proporção de população fisicamente activa (pelo menos 30 minutos diários de actividade física moderada)
- Reduzir a proporção de fumadores
- Aumentar o número de espaços públicos livres de fumo do tabaco

**Tabela 3 – Objectivos específicos do Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida**

(In: Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida; Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde; Lisboa, 2004)

## ③ Produção e consumo de hortofrutícolas

Num estudo levado a cabo pela Organização das Nações Unidas para a Alimentação e Agricultura (FAO), em que se analisou a produção e consumo de hortofrutícolas globalmente desde 1980 até ao presente, verificou-se que os hortofrutícolas com maior produção e consumo são respectivamente: melão, banana, maçã, manga, plátano, meloa, diferentes tipos de tangerina, uva, pêra, pêsegos e nectarinas, lima, limão ananás e outras frutas tropicais; tomate, couves diversas, cebola, pepino, beringela, pimentos, cenoura, alface, abóbora, couve-flor, alho, espinafres, ervilhas e feijões verdes<sup>44, 45</sup>.

Entre 1980 e 2001, o consumo dos diferentes vegetais acima referidos aumentou substancialmente, verificando-se o menor aumento na couve (com 21% de aumento no consumo global per capita) e o maior aumento no consumo da beringela (verificou-se um aumento de cerca de 148% do consumo per capita de beringela). Relativamente à exportação, verificou-se um crescimento acentuado nas quantidades exportadas. O alho teve a maior taxa de crescimento anual absoluto nos valores de exportação, e o alho juntamente com o

pimento, alface, cenoura e vegetais congelados tiveram um aumento superior a 200% no volume total de exportação no período temporal analisado.

Para o mesmo intervalo de tempo (1980/2001) verificou-se também um sólido aumento na produção e consumo das diferentes espécies de frutas acima mencionadas. O melão, a meloa, o limão e a lima, entre outros, tiveram um aumento superior a 100% na produção entre 1980 e 2001. No caso da uva, verificou-se uma ligeira diminuição no volume total de produção. Relativamente ao consumo das frutas considerados, os que tiveram um aumento mais acentuado foram: melão (270%), meloa (192%), pêra (116%), tangerina (137%) e limão e lima (120%).

### Produção de hortofrutícolas nos países de expressão portuguesa

País	Vegetais toneladas	Fruta toneladas	Fruta produzido em maior quantidade toneladas	Total (frutas+vegetais)
Angola	271	450	300 – Banana	721
Brasil	8014	35734	19793 – Laranja/ tangerina 6423 – Banana	79482
Cabo Verde	16	15	6 - Banana	31
Guiné-Bissau	25	74	38 – Plátano	99
Moçambique	117	292	90 - Banana	409
Portugal	2247	2000	1039 – Uva 332 – Laranja/ tangerina 300 – Maçã	4247
S. Tomé e Príncipe	6	30	27 - Banana	36
Timor-leste	18	7	2 - Banana	25

**Tabela 4 – Produção de hortofrutícolas**

(Fonte: Balanças Alimentares da FAO; FAOSTAT, 2002)

No Brasil, em 2001 os dados da FAOSTAT (as estimativas do sistema FAOSTAT são produzidas a partir de dados sobre a produção, exportação e importação de alimentos e já descontam estimativas de desperdício e as frações dos alimentos utilizadas na alimentação animal, na indústria ou como semente) revelaram uma disponibilidade total de alimento de 3002 Kcal, confirmando a tendência de aumento esperada. Deste total, fruta e verduras contribuem com 131 Kcal/dia e 27 Kcal/dia, respectivamente. Observando os dados de abastecimento anual per capita/ano, em 2001, os valores foram de 123Kg/ano para frutas e 37,2 Kg/ano para hortícolas. A partir destes dados de produção seria possível estimar (de forma bruta) o consumo per capita dos brasileiros, os quais virtualmente teriam capacidade de consumir 336 gramas/dia de frutas e 102 gramas/dia de hortícolas. Estes valores somados virtualmente garantem os 400 gramas diários mínimos preconizados pela OMS (Monteiro, 2000). Assim podemos afirmar que não há problemas com a quantidade média de alimentos disponível para consumo humano no país. Já em 1965, a quantidade média de alimentos disponível para cada brasileiro excedia em mais de 10% os requerimentos médios em energia. Em 1997, a margem de segurança passou a 25%. Note-se que embora estejamos lidando com valores médios, que ignoram a distribuição individual real dos alimentos, há limites biológicos estreitos para o consumo de calorias. Assim, o excesso médio de 25% no total de calorias disponíveis para consumo indica que o país ocupa uma situação relativamente confortável no que diz respeito à disponibilidade quantitativa de alimentos.



## Consumo de hortofrutícolas

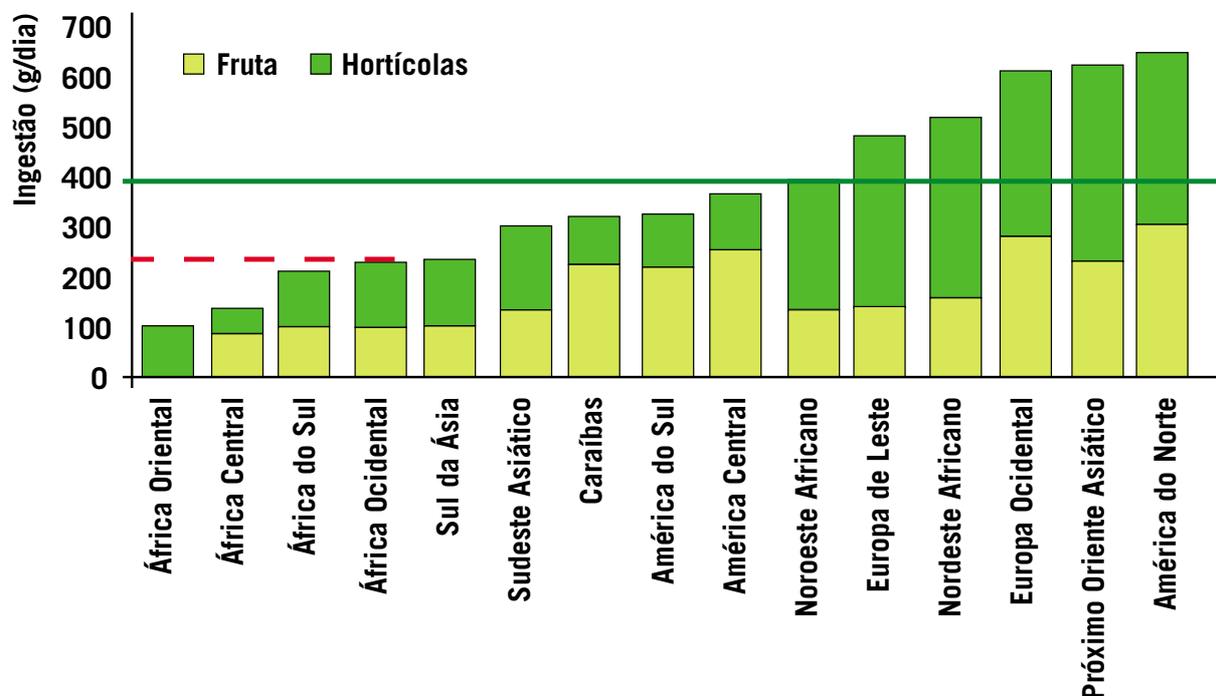
Do recente relatório conjunto da OMS/FAO sobre dieta, nutrição e a prevenção de doenças crónicas não transmissíveis (DCNT) resultante de uma extensa consulta a peritos nesta matéria, resultou a consensual recomendação sobre o consumo mínimo de 400g de hortofrutícolas por dia (excluindo batatas e outros tubérculos) para a prevenção de DCNT tais como doenças cardiovasculares, cancros, diabetes e obesidade, e também para a prevenção e correcção de várias deficiências em micronutrientes, principalmente nos países menos desenvolvidos<sup>46</sup>.

Apesar da crescente evidência científica do efeito protector dos hortofrutícolas para a saúde, o consumo destes alimentos é significativamente inferior ao recomendado, tanto nos países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento<sup>47</sup>.

Os dados de consumo de hortofrutícolas nos países em desenvolvimento, e nos de expressão portuguesa são escassos, no entanto dados estatísticos globais, a análise das balanças alimentares da FAO e a análise de outros dados, indicam que o consumo de hortofrutícolas é significativamente inferior às recomendações actuais, como se pode verificar pelos gráficos abaixo apresentados.

### Gráfico 3 – Disponibilidade de hortofrutícolas em diferentes regiões do Mundo

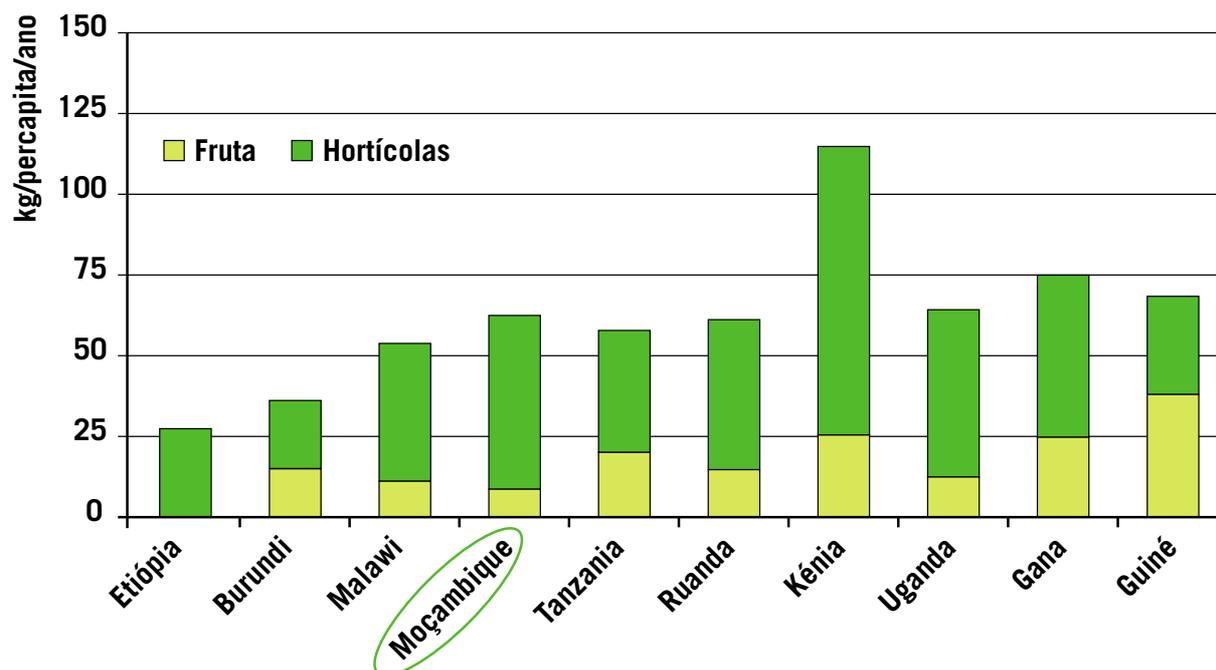
Fonte: International Agency for Research on Cancer (IARC) Handbooks of Cancer Prevention. Fruits and Vegetables, Volm. 8 pag 41 – Dados calculados com base na informação de 5 anos (1996-2000) das Balanças Alimentares da FAO (FAOSTAT, 2000). IARC, Lyon, France: IARC Press, 2003.



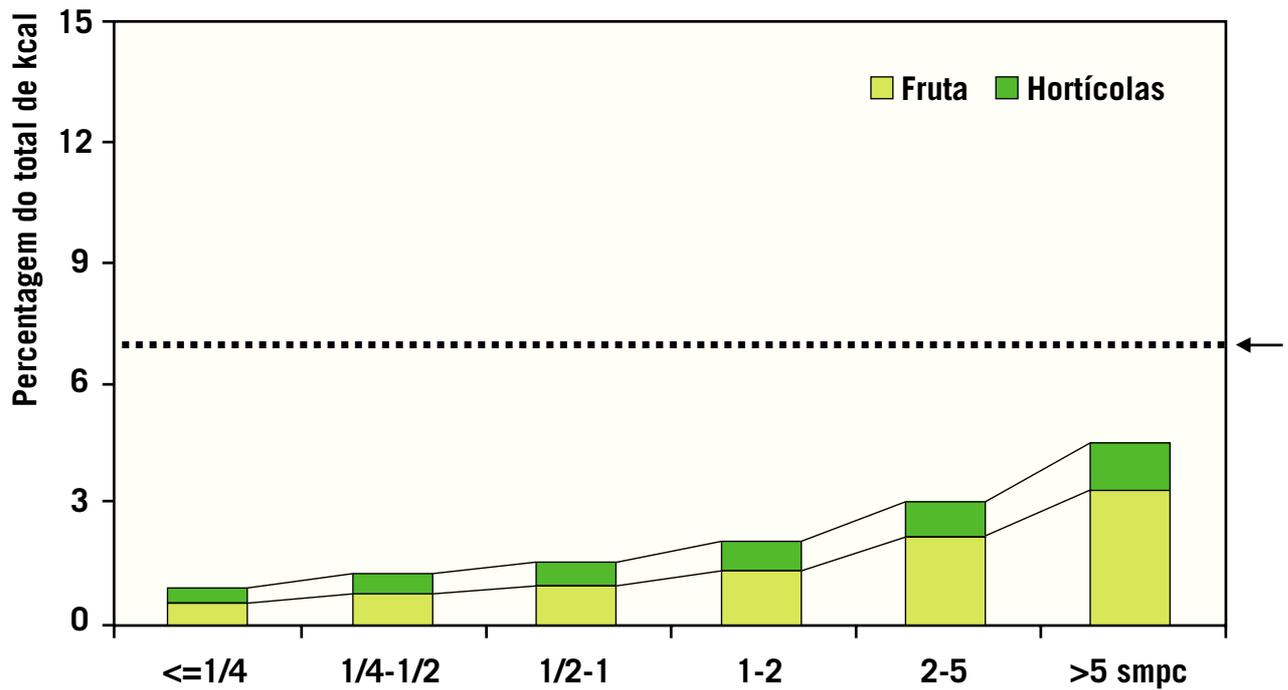
### Gráfico 4 – Padrão de consumo de hortofrutícolas na África Sub-Sahariana

Fonte: Ruel MT, Minot N, Smith L. Patterns and determinants of fruit and vegetable consumption in sub-Saharan Africa: a multicountry comparison. Background paper for the Joint FAO/WHO Workshop on Fruit and Vegetable for Health, 1-3 September 2004, Kobe, Japan, página 20. World Health Organization, Geneva, 2005.

Disponível em: [http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/en/f&v\\_africa\\_economics.pdf](http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/en/f&v_africa_economics.pdf)  
[http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/en/f&v\\_africa\\_economics.pdf](http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/en/f&v_africa_economics.pdf)



**Gráfico 5: Participação relativa de frutas, legumes e verduras no total de calorias, por classe de rendimentos de acordo com a Pesquisa de Orçamento 2003 - Brasil**



Considerando a POF 2003, identifica-se que em relação ao consumo de fruta, legumes e verduras, a média mensal familiar de gasto com alimentação no domicílio é inferior a 5%, ressaltando que o consumo de legumes e verduras é ligeiramente inferior ao de fruta. Comparativamente entre as POFs no período de 1962 a 2003 observa-se uma clara diminuição do consumo de fruta em todas as regiões do Brasil. Fruta, legumes e verduras são alimentos historicamente consumidos em quantidade reduzida no Brasil.

## Disponibilidade per capita de hortofrutícolas nos países de expressão portuguesa

Alimento (Kg / ano)	Angola	Brasil	Cabo Verde	Guiné-Bissau	Moçambique	S.Tomé e Príncipe	Timor-Leste
Vegetais	22,8	41,2	47,1	15,2	6,2	37,3	29,1
Frutas	31,1	110,3	46,1	42,8	16,7	153,4	19,7
Total	53,9	151,5	93,2	58	22,9	190,7	48,8
<b>Recomendação de consumo OMS/FAO – 146 Kg/pessoa/ano</b>							

**Tabela 5 – Disponibilidade per capita de hortofrutícolas**

(Fonte: Balanças Alimentares da FAO; FAOSTAT, 2002)

## Portugal – Dados DAFNE (dados aproximados de consumo por pessoa)

	1989/ 1990	1994/ 1995
Hortícolas (g/pessoa/dia)	150	147
Frutas (g/pessoa/dia)	211	175
Total (g/pessoa/dia)	361	312
<b>Recomendação de consumo OMS/FAO – 400g/pessoa/dia</b>		

**Tabela 6 – Dados de consumo de hortofrutícolas obtidos através do software DAFNE V2.0**



Face à realidade encontrada, entre os valores recomendados e os valores realmente consumidos, é fundamental investir na promoção do consumo de hortofrutícolas para que se consiga diminuir quer a prevalência de malnutrição por défice em micronutrientes quer a prevalência de DCNT.

## ④ Iniciativa da OMS/FAO para a Promoção de Fruta e Hortícolas

Respondendo ao aumento global da prevalência das DCNT, a OMS após um período de dois anos de planeamento, aprovou em 22 de Maio de 2004, durante a Assembleia Mundial de Saúde, a **Estratégia Global de Alimentação, Actividade Física e Saúde**.

No contexto do planeamento, aprovação e implementação desta Estratégia, a OMS pretende promover activamente o aumento do consumo de hortofrutícolas em todo o mundo, formando para isso uma parceria com a FAO sobre o tema fruta, hortícolas e saúde, da qual resultou a **Iniciativa para a Promoção de Fruta e Hortícolas**.

A OMS e a FAO anunciaram esta iniciativa conjunta durante o 3º Fórum Global sobre o Controlo e Prevenção das DCNT, que decorreu no Rio de Janeiro, em Novembro de 2003, salientando que é necessário aumentar a consciencialização da importância e benefícios do adequado consumo dos hortofrutícolas.

O principal objectivo desta *Iniciativa para a Promoção de Fruta e Hortícolas* é, promover e proteger a saúde no contexto de hábitos alimentares saudáveis, guiando o desenvolvimento acções sustentáveis aos níveis local, nacional e global, que quando realizados em conjunto, levarão a uma redução do risco de DCNT<sup>a</sup> através do aumento do consumo de hortofrutícolas.

A *Iniciativa para a Promoção de Fruta e Hortícolas* tem quatro objectivos específicos:

- Aumentar a consciencialização global para o papel dos hortofrutícolas na prevenção das DCNT;
- Aumentar o consumo de hortofrutícolas, através de acções em termos de saúde pública e acções agrícolas, particularmente incentivando mudanças ambientais e políticas;
- Encorajar e apoiar o desenvolvimento e implementação programas nacionais de promoção de hortofrutícolas, que se revelem sustentáveis, compreensivos e que envolvam activamente todos os sectores, incluindo a sociedade civil e o sector privado;

- Apoiar investigação num largo espectro de áreas relevantes para a promoção, produção e consumo de hortofrutícolas, e para o desenvolvimento de recursos humanos necessários para desenhar e implementar programas de promoção de hortofrutícolas.

Assim, em Setembro de 2004, realizou-se o primeiro workshop sobre fruta, vegetais e saúde em Kobe, no Japão, para o qual se prepararam vários documentos científicos relacionados com o tema e do qual resultou o **“Guia de Orientação OMS/FAO para a Promoção de Fruta e Hortícolas ao Nível Nacional”**.

Em Setembro de 2005, realizou-se o **“Workshop de Lisboa para a Promoção de Hortofrutícolas nos Países de Expressão Portuguesa”**, e outras actividades estão já agendadas para apoiar e estimular todo o trabalho de promoção de fruta e hortícolas, que como foi já referido, pode contribuir substancialmente para a melhoria do estado de saúde da população.

<sup>a</sup>Para os objectivos desta Iniciativa, o termo Doenças Crónicas Não Transmissíveis (DCNT) refere-se a doenças crónicas e não transmissíveis para as quais o adequado consumo de hortofrutícolas pode desempenhar um papel na sua prevenção, tais como doenças cardiovasculares, cancro, diabetes e obesidade.



## 5 Referências bibliográficas

- <sup>1</sup> The World Health Report 2002. Reducing risks, promoting healthy life. Geneva, World Health Organization, 2002.
- <sup>2</sup> Ruel MT, Minot N, Smith L. Patterns and determinants of fruit and vegetable consumption in sub-Saharan Africa: a multicountry comparison. Background paper for the Joint FAO/WHO Workshop on Fruit and Vegetable for Health, 1-3 September 2004, Kobe, Japan. World Health Organization, Geneva, 2005.  
Disponível em: [http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/en/f&v\\_africa\\_economics.pdf](http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/en/f&v_africa_economics.pdf)  
[http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/en/f&v\\_africa\\_economics.pdf](http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/en/f&v_africa_economics.pdf) , consultado em 2 Maio 2005
- <sup>3</sup> Bazzano LA. Dietary intake of fruit and vegetables and risk of diabetes mellitus and cardiovascular diseases. World Health Organization, Geneva, 2005.
- <sup>4</sup> Tohill BC. Dietary intake of fruit and vegetables and management of body weight. World Health Organization, Geneva, 2005
- <sup>5</sup> Bazzano LA. Dietary intake of fruit and vegetables and risk of diabetes mellitus and cardiovascular diseases, op cit.
- <sup>6</sup> International Agency for Research on Cancer (IARC) Handbooks of Cancer Prevention. Fruits and Vegetables, Volm. 8. IARC, Lyon, France: IARC Press, 2003.
- <sup>7</sup> Fruit and vegetable promotion initiative/ A meeting report/ 25-27/08/03. World Health Organization, Geneva, 2003
- <sup>8</sup> Fruit and Vegetable for Health. Report of a Joint FAO/WHO Workshop, 1-3 September 2004, Kobe, Japan. World Health Organization; Geneva, 2005.
- <sup>9</sup> Estudo de Caso- Angola. Estudo de Caso apresentado na 32ª Sessão Anual do Comité Permanente de Nutrição, Brasília, 2005. Disponível em: "[http://www.unsystem.org/scn/Publications/country\\_case\\_studies/FULL%20Angolacasesstudy%20P.pdf](http://www.unsystem.org/scn/Publications/country_case_studies/FULL%20Angolacasesstudy%20P.pdf)"  
[http://www.unsystem.org/scn/Publications/country\\_case\\_studies/FULL%20Angolacasesstudy%20P.pdf](http://www.unsystem.org/scn/Publications/country_case_studies/FULL%20Angolacasesstudy%20P.pdf) , consultado a 10 Agosto 2005
- <sup>10</sup> Estudo de Caso- Brasil. Estudo de Caso apresentado na 32ª Sessão Anual do Comité Permanente de Nutrição, Brasília, 2005. Disponível em: "<http://www.unsystem.org/scn/Publications/ecosoc/FULL%20Brasil%20case%20study%20E.doc>"  
<http://www.unsystem.org/scn/Publications/ecosoc/FULL%20Brasil%20case%20study%20E.doc> , consultado a 10 Agosto 2005
- <sup>11</sup> Informações disponíveis em: Página Oficial do Governo da República de Cabo Verde "<http://www.governo.cv/>" "<http://www.governo.cv/>" , consultado a 10 Agosto 2005
- <sup>12</sup> Informações disponíveis em: Página Oficial do Governo da República de Cabo Verde "<http://www.governo.cv/>" "<http://www.governo.cv/>" , consultado a 10 Agosto 2005
- <sup>13</sup> Informações disponíveis em: Página Oficial do Governo da República de Cabo Verde "<http://www.governo.cv/>" "<http://www.governo.cv/>" , consultado a 10 Agosto 2005
- <sup>14</sup> Informações disponíveis em: Instituto Nacional de Estatística de Cabo Verde "<http://www.ine.cv/>" [www.ine.cv](http://www.ine.cv/) , consultado a 5 Julho 2005
- <sup>15</sup> Informações disponíveis na base de dados da UNICEF disponível através do endereço "[http://www.unicef.org/infobycountry/capeverde\\_statistics.html](http://www.unicef.org/infobycountry/capeverde_statistics.html)" "[http://www.unicef.org/infobycountry/capeverde\\_statistics.html](http://www.unicef.org/infobycountry/capeverde_statistics.html)" , consultado a 5 Julho 2005
- <sup>16</sup> Informações disponíveis na base de dados da UNICEF disponível através do endereço "[http://www.unicef.org/infobycountry/capeverde\\_statistics.html](http://www.unicef.org/infobycountry/capeverde_statistics.html)" "[http://www.unicef.org/infobycountry/capeverde\\_statistics.html](http://www.unicef.org/infobycountry/capeverde_statistics.html)" , consultado a 5 Julho 2005
- <sup>17</sup> Informações disponíveis na página do Instituto Português do Desenvolvimento (IPAD), em: "[http://www.ipad.mne.gov.pt/index.php?option=com\\_content&task=view&id=53&Itemid=84](http://www.ipad.mne.gov.pt/index.php?option=com_content&task=view&id=53&Itemid=84)" "[http://www.ipad.mne.gov.pt/index.php?option=com\\_content&task=view&id=53&Itemid=84](http://www.ipad.mne.gov.pt/index.php?option=com_content&task=view&id=53&Itemid=84)" , consultado a 5 Julho 2005
- <sup>18</sup> Informações disponíveis na página do Instituto Português do Desenvolvimento (IPAD), em: "[http://www.ipad.mne.gov.pt/index.php?option=com\\_content&task=view&id=53&Itemid=84](http://www.ipad.mne.gov.pt/index.php?option=com_content&task=view&id=53&Itemid=84)" "[http://www.ipad.mne.gov.pt/index.php?option=com\\_content&task=view&id=53&Itemid=84](http://www.ipad.mne.gov.pt/index.php?option=com_content&task=view&id=53&Itemid=84)" , consultado a 5 Julho 2005
- <sup>19</sup> Informações disponíveis na base de dados da UNICEF disponível através do endereço "[http://www.unicef.org/infobycountry/guineabissau\\_statistics.html](http://www.unicef.org/infobycountry/guineabissau_statistics.html)" "[http://www.unicef.org/infobycountry/guineabissau\\_statistics.html](http://www.unicef.org/infobycountry/guineabissau_statistics.html)" , consultado a 5 Julho 2005
- <sup>20</sup> Estudo de Caso Sobre a Segurança Alimentar e Nutricional no Processo de Desenvolvimento de Moçambique. Ministério da Agricultura e Desenvolvimento Rural, Direcção Nacional de Agricultura, Secretariado Técnico de Segurança Alimentar e Nutrição. Estudo de Caso apresentado na 32ª Sessão Anual do Comité Permanente de Nutrição, Brasília, 2005. Disponível em: "[http://www.unsystem.org/scn/Publications/country\\_case\\_studies/FULL%20Mozambique%20P.pdf](http://www.unsystem.org/scn/Publications/country_case_studies/FULL%20Mozambique%20P.pdf)" "[http://www.unsystem.org/scn/Publications/country\\_case\\_studies/FULL%20Mozambique%20P.pdf](http://www.unsystem.org/scn/Publications/country_case_studies/FULL%20Mozambique%20P.pdf)" , consultado a 10 Agosto 2005
- <sup>21</sup> Informações disponíveis em: Portal do Governo Português, "<http://www.portugal.gov.pt/Portal/PT/Portugal/>" "<http://www.portugal.gov.pt/Portal/PT/Portugal/>" , consultado a 6 Julho 2005
- <sup>22</sup> Informações disponíveis em: Instituto Nacional de Estatística de Portugal, "<http://www.ine.pt/>" "<http://www.ine.pt/>" , consultado a 5 Julho 2005
- <sup>23</sup> Informações disponíveis em: Instituto Nacional de Estatística de Portugal, "<http://www.ine.pt/>" "<http://www.ine.pt/>" , consultado a 5 Julho 2005
- <sup>24</sup> Murjal, Leonor, I. Machado e F. de Pádua; A situação de Saúde de Portugal em relação aos outros países europeus (EU 15); Lisboa: Instituto Nacional de Cardiologia Preventiva 2002.
- <sup>25</sup> Gameiro in DGS. Ganhos de Saúde em Portugal: Relatório do Director Geral e Alto Comissário da Saúde de 2001, Lisboa, 2002.
- <sup>26</sup> Padez et al. Prevalence of Overweight and Obesity in 7–9-Year-Old Portuguese Children: Trends in Body Mass Index From 1970–2002. *Am J Hum Biol*, 16:670-678, 2004.
- <sup>27</sup> Carmo I, Carreira M, Almeida MDV, Gomes L, Reis JPL, Medina JL, Galvão-Teles. Estudo da prevalência da obesidade em Portugal (EPOP). *Notícias de obesidade 2000*, vol. nº 8 (1):1-10.
- <sup>28</sup> Plano Nacional de Saúde 2004-2010; Volume I - Prioridades; Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde; Julho 2004

- <sup>29</sup> Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: current situation. Istituto per l'Infanzia IRCCS Burlo Garofolo; Unit for Health Services Research and International Health - WHO Collaborating Centre for Maternal and Child Health; Dezembro 2003
- <sup>30</sup> "Young people's health in context" - Health behaviour in school-aged children (HBSC) study: International Report from the 2001/2002 Survey. World Health Organization, Regional Office for Europe, 2004.
- <sup>31</sup> Informações disponíveis na página do Instituto Português do Desenvolvimento (IPAD), em: "[http://www.ipad.mne.gov.pt/index.php?option=com\\_content&task=view&id=78&Itemid=109](http://www.ipad.mne.gov.pt/index.php?option=com_content&task=view&id=78&Itemid=109)" [http://www.ipad.mne.gov.pt/index.php?option=com\\_content&task=view&id=78&Itemid=109](http://www.ipad.mne.gov.pt/index.php?option=com_content&task=view&id=78&Itemid=109) , consultado a 5 Julho 2005
- <sup>32</sup> Informações disponíveis na página do Instituto Português do Desenvolvimento (IPAD), em: "[http://www.ipad.mne.gov.pt/index.php?option=com\\_content&task=view&id=78&Itemid=109](http://www.ipad.mne.gov.pt/index.php?option=com_content&task=view&id=78&Itemid=109)" [http://www.ipad.mne.gov.pt/index.php?option=com\\_content&task=view&id=78&Itemid=109](http://www.ipad.mne.gov.pt/index.php?option=com_content&task=view&id=78&Itemid=109) , consultado a 5 Julho 2005
- <sup>33</sup> Informações disponíveis na base de dados da UNICEF disponível através do endereço "[http://www.unicef.org/infobycountry/stp\\_statistics.html](http://www.unicef.org/infobycountry/stp_statistics.html)" [http://www.unicef.org/infobycountry/stp\\_statistics.html](http://www.unicef.org/infobycountry/stp_statistics.html) , consultado a 5 Julho 2005
- <sup>34</sup> Informações disponíveis na base de dados da UNICEF disponível através do endereço "[http://www.unicef.org/infobycountry/stp\\_statistics.html](http://www.unicef.org/infobycountry/stp_statistics.html)" [http://www.unicef.org/infobycountry/stp\\_statistics.html](http://www.unicef.org/infobycountry/stp_statistics.html) , consultado a 5 Julho 2005
- <sup>35</sup> Estudo sobre Avaliação da prevalência da desnutrição proteico - calórico das crianças com inferior .a 15 anos, São Tomé e Príncipe, 2003
- <sup>36</sup> Estudo sobre Avaliação da prevalência da desnutrição proteico - calórico das crianças com inferior .a 15 anos, São Tomé e Príncipe, 2003
- <sup>37</sup> Informações disponíveis na base de dados da UNICEF disponível através do endereço "[http://www.unicef.org/infobycountry/stp\\_statistics.html](http://www.unicef.org/infobycountry/stp_statistics.html)" [http://www.unicef.org/infobycountry/stp\\_statistics.html](http://www.unicef.org/infobycountry/stp_statistics.html) , consultado a 5 Julho 2005
- <sup>38</sup> Informações disponíveis na página do Governo da República Democrática de Timor-Leste, disponível em: "<http://www.gov.east-timor.org/index.asp>" <http://www.gov.east-timor.org/index.asp> , consultado a 5 Julho 2005
- <sup>39</sup> Informações disponíveis na página do Instituto Português do Desenvolvimento (IPAD), em: "[http://www.ipad.mne.gov.pt/index.php?option=com\\_content&task=view&id=90&Itemid=121](http://www.ipad.mne.gov.pt/index.php?option=com_content&task=view&id=90&Itemid=121)" [http://www.ipad.mne.gov.pt/index.php?option=com\\_content&task=view&id=90&Itemid=121](http://www.ipad.mne.gov.pt/index.php?option=com_content&task=view&id=90&Itemid=121) , consultado a 5 Julho 2005
- <sup>40</sup> Informações disponíveis na base de dados da UNICEF disponível através do endereço "[http://www.unicef.org/infobycountry/Timorleste\\_statistics.html](http://www.unicef.org/infobycountry/Timorleste_statistics.html)" [http://www.unicef.org/infobycountry/Timorleste\\_statistics.html](http://www.unicef.org/infobycountry/Timorleste_statistics.html) , consultado a 5 Julho 2005
- <sup>41</sup> Informações disponíveis na base de dados da UNICEF disponível através do endereço "[http://www.unicef.org/infobycountry/Timorleste\\_statistics.html](http://www.unicef.org/infobycountry/Timorleste_statistics.html)" [http://www.unicef.org/infobycountry/Timorleste\\_statistics.html](http://www.unicef.org/infobycountry/Timorleste_statistics.html) , consultado a 5 Julho 2005
- <sup>42</sup> Plano Nacional de Saúde 2004-2010; Volume I - Prioridades; Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde; Julho 2004
- <sup>43</sup> Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida; Ministério da Saúde, Direcção geral da Saúde; 2004; disponível em: "<http://www.dgsaude.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005962.pdf>" <http://www.dgsaude.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005962.pdf> , consultado a 5 Maio 2005
- <sup>44</sup> Fruit and Vegetable for Health. Report of a Joint FAO/WHO Workshop, op cit.
- <sup>45</sup> Fruit and vegetable promotion initiative/ A meeting report/ 25-27/08/03, op cit.
- <sup>46</sup> Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases. Report of a Joint FAO/WHO Expert Consultation. Geneva, World Health Organization, 2003 (WHO Technical Report Series, No. 916)
- <sup>47</sup> International Agency for Research on Cancer (IARC) Handbooks of Cancer Prevention. Fruits and Vegetables, op cit.



ISBN 978 92 4 859403 8

