

## **ESTUDO DA CULTURA ALIMENTAR, HÁBITOS DE VIDA E INFLUÊNCIAS SOBRE AS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS**

Antonia Dalla pria Bankoff  
Ieda Maria Pace Bispo  
Marco Aurélio Batista de Sousa

**RESUMO:** Nas Américas, as diferentes expressões de culturas alimentares estão fortemente relacionadas às populações que imigraram para o Brasil trazendo hábitos, necessidades, uma variedade muito grande de alimentos e temperos e, também, preferências, prescrições e interdições. A alimentação é um processo cultural caracterizado por hábitos e costumes que a família traz consigo independente do nível sócio-econômico, cor, raça e sexo. Mesmo aqueles países que não consomem algum tipo de alimentação devido à religião, também, é um processo cultural. No caso das famílias, esse papel é exercido, predominantemente, pela figura da mãe/esposa/dona de casa. Considerando a Cultura Alimentar familiar um “Patrimônio Cultural” podemos considerar também, a história familiar agregada ao surgimento das doenças crônicas não transmissíveis (hipertensão, diabetes, taxa alta de colesterol, doenças cardiovasculares, doenças do aparelho digestivo e outras) a esta Cultura Alimentar, em especial na escolha dos alimentos no supermercado. Concluímos que a cultura alimentar familiar quando agregada em níveis elevados de gorduras, carboidratos, açúcares e sódio, somando aos hábitos de vida em especial o sedentarismo favorece precocemente a instalação das doenças crônicas não degenerativas e isso acontece no núcleo familiar por muitos anos.

**Palavras Chaves:** Cultura Alimentar. Hábitos de vida. Doenças crônicas não transmissíveis.

## **STUDY OF FOOD CULTURE, LIVING HABITS AND INFLUENCES ON NON- TRANSMISSIBLE CHRONIC DISEASES**

**ABSTRACT:** In the Americas, the different expressions of food cultures are strongly related to the populations that immigrated to Brazil bringing habits, needs, a wide variety of foods and spices, as well as preferences, prescriptions and prohibitions. Food is a cultural process characterized by habits and customs that the family brings with them regardless of socio-economic level, color, race and gender. Even those countries that do not consume some kind of food due to religion, too, is a cultural process. In the case of families, this role is predominantly played by the mother / wife / housewife figure. Considering Family Food Culture a “Cultural Heritage” we can also consider family history added to the emergence of noncommunicable diseases (hypertension, diabetes, high cholesterol, cardiovascular disease, digestive tract diseases and others) to this Food Culture, especially when choosing food in the supermarket. We conclude that family food culture when aggregated in high levels of fats, carbohydrates, sugars and sodium, in addition to lifestyle habits especially sedentary lifestyle early favors the onset of chronic non-degenerative diseases and this happens in the family nucleus for many years.

**Keywords:** Food Culture. Habits of life. Noncommunicable chronic diseases.

## **ESTUDIO DE LA CULTURA ALIMENTARIA, HÁBITOS VIVOS E INFLUENCIAS EN ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES**

**RESUMEN:** En las Américas, las diferentes expresiones de las culturas alimentarias están fuertemente relacionadas con las poblaciones que emigraron a Brasil trayendo hábitos, necesidades, una amplia variedad de alimentos y especias, así como preferencias, prescripciones y prohibiciones. La comida es un proceso cultural caracterizado por hábitos y costumbres que la familia trae consigo independientemente del nivel socioeconómico, color, raza y género. Incluso aquellos países que no consumen algún tipo de alimento debido a la religión, también es un proceso cultural. En el caso de las familias, este papel lo desempeña predominantemente la figura de madre / esposa / ama de casa. Considerando la cultura alimentaria familiar como un "patrimonio cultural", también podemos considerar la historia familiar añadida a la aparición de enfermedades no transmisibles (hipertensión, diabetes, colesterol alto, enfermedades cardiovasculares,

enfermedades del tracto digestivo y otras) a esta cultura alimentaria, especialmente al elegir comida en el supermercado. Llegamos a la conclusión de que la cultura alimentaria familiar cuando se agrega en altos niveles de grasas, carbohidratos, azúcares y sodio, lo que se suma a los hábitos de vida, especialmente el estilo de vida sedentario, favorece la aparición de enfermedades crónicas no degenerativas y esto ocurre en el núcleo familiar durante muchos años.

**Palabras clave:** Cultura alimentaria. Hábitos de la vida. Enfermedades crónicas no transmisibles.

## INTRODUÇÃO

### Cultura Alimentar histórica

Nas Américas, as diferentes expressões de culturas alimentares estão fortemente relacionadas às populações que imigraram para o Brasil trazendo hábitos, necessidades, uma variedade muito grande de alimentos e temperos e, também, preferências, prescrições e interdições. As influências dessas populações que chegavam a esses novos continentes eram mais do que meras contribuições que se somavam a uma cultura já consolidada. Elas foram introduzidas em um contexto de colonização, de relações de forças diferentes entre povos diferentes, confrontando sistemas alimentares igualmente diversos<sup>1</sup>.

É freqüente a afirmação de que a “cozinha brasileira” é o resultado das influências portuguesa, negra e indígena. De fato, esta é a base principal da cultura alimentar brasileira. Mas não se pode deixar de considerar que a influência da cozinha portuguesa se dá em um contexto de colonização em que os africanos eram escravos e os indígenas estavam sendo dizimados. Além desse fato, uma caracterização da cultura alimentar brasileira deve considerar três outros aspectos. O primeiro deles é a dimensão continental do país, não apenas em seus aspectos físicos, mas na própria diversidade de condições históricas de apropriação e colonização de seu território. Por isso, o Brasil não tem uma única cultura alimentar, mas culturas alimentares diversas em cada uma de suas regiões, com pratos típicos que são verdadeiros marcadores de identidade<sup>1</sup>.

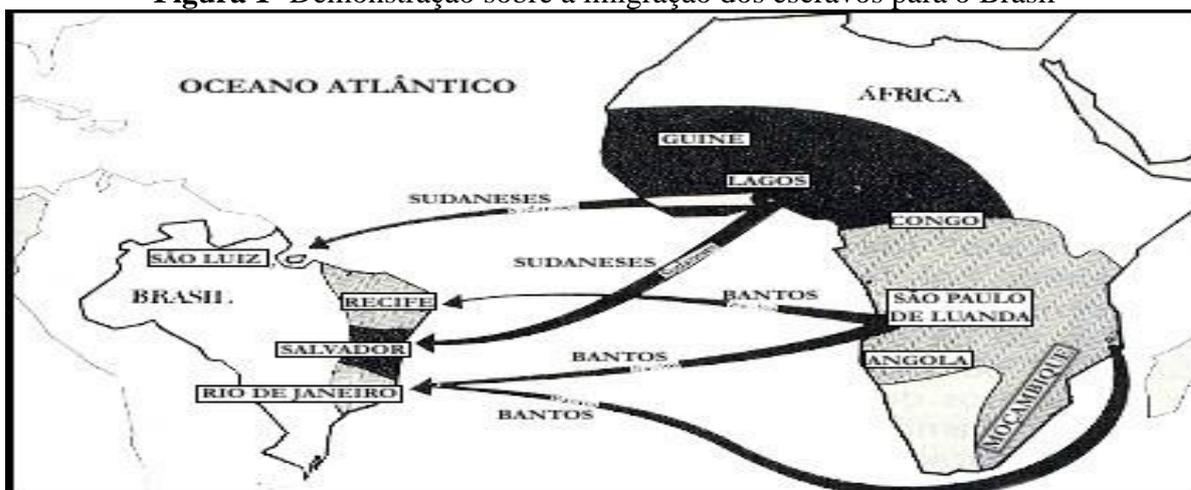
Até hoje os pratos africanos estão presentes em nossa cultura, são saboreados no dia-a-dia e também nas festas populares. Os caldos, extraídos dos alimentos assados, misturados com farinha de mandioca (o pirão) ou com farinha de milho (o angu), são uma herança dos africanos, sem deixar de citar o caruru, o vatapá, o acarajé e a feijoada. Enquanto as melhores carnes iam para a mesa dos senhores, os escravos ficavam com as sobras: pés e orelhas de porco, lingüiça, carne-seca, os quais, eram misturados com feijão e cozidos num grande caldeirão e sempre acompanhados com variedades de temperos contendo muitos condimentos.

O sal em quantidade elevada, sempre esteve muito presente nos temperos dos pratos africanos<sup>2</sup>.

O vatapá representante oficial da cozinha afro-brasileira e, principalmente, da baiana, foi uma elaboração da nossa cozinha, na qual, o leite de coco, junta-se à farinha de milho ou de mandioca e ao azeite de dendê para compor com o peixe e os camarões um prato especificamente brasileiro. Na África o leite de coco não possui o prestígio que usufrui no Brasil, ao que se sabe, vatapá não é palavra de nenhum idioma banto. E apenas em Angola, alguns pratos se aproximam do vatapá, o muambo de galinha e o quitande de peixe. O vatapá foi desenvolvido nas cozinhas baianas, tomando o rumo das mesas brasileiras e continuando a evoluir e complicando-se em sua química pela adição e substituição dos seus componentes pelas diversas regiões brasileiras com muitos condimentos em seu tempero<sup>3</sup>.

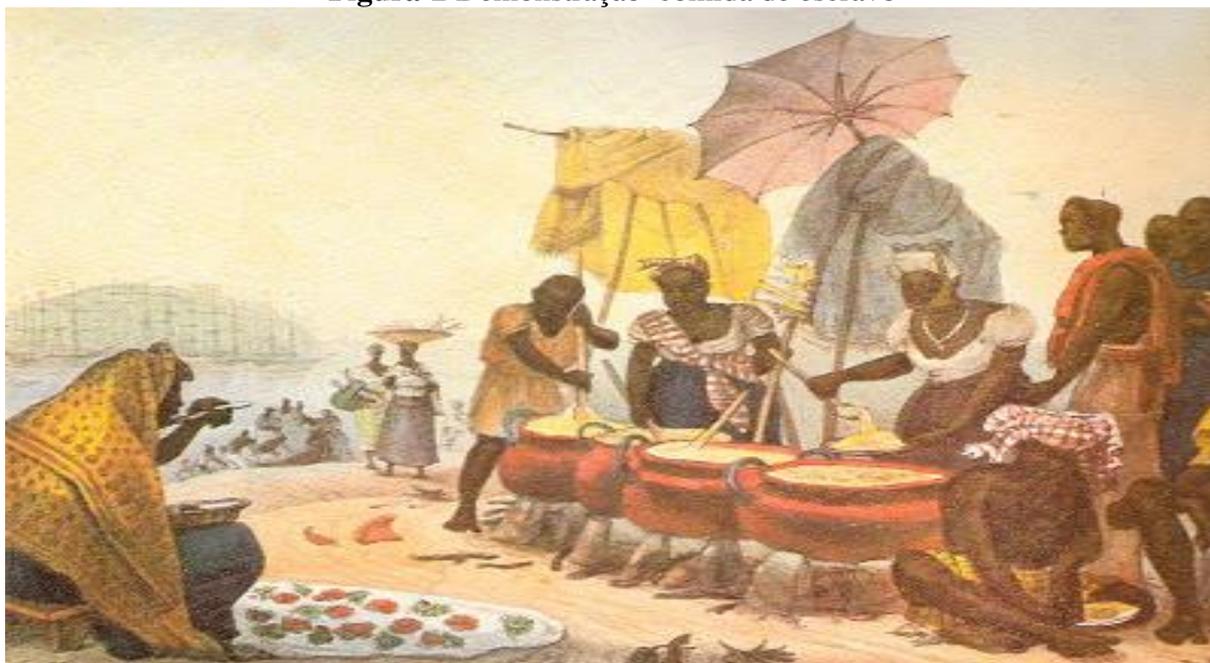
Se olharmos para a figura 1, logo podemos imaginar o quanto a cultura alimentar negra influenciou a cultura alimentar brasileira. Cada ser humano carrega a sua cultura alimentar, independente dos continentes por centenas de anos. Verificamos através desta figura, que o maior desembarco de negros aconteceu nos Estados do Maranhão, Recife, Bahia e Rio de Janeiro. A partir daí eles eram distribuídos (vendidos) para outros estados brasileiros, e sua cultura alimentar também percorria outros estados brasileiros.

**Figura 1-** Demonstração sobre a imigração dos escravos para o Brasil



**Fonte:** A escravidão nas Américas - Geledés-<https://www.geledes.org.br/escravidao-nas-americas/> acesso em 21 de 05 de 2019<sup>4</sup>.

**Figura-2** Demonstração comida de escravo



**Fonte:** <http://asacolabrasileira.com.br/2015/06/15/comida-de-rua-do-passado/#.XYpUNH9v-zc>. Acesso em 21 de maio de 2019<sup>5</sup>.

## **CULTURA ALIMENTAR E SUAS INFLUÊNCIAS**

A alimentação é um processo cultural caracterizado por hábitos e costumes que a família traz consigo independente do nível sócio-econômico, cor, raça e sexo. Mesmo aqueles países que não consomem algum tipo de alimentação devido à religião, também, é um processo cultural. Há umas duas décadas os brasileiros das grandes capitais, como eram assim chamados, foram aos poucos mudando seus hábitos alimentares fora de casa constituindo assim um exército de pessoas com sobre peso e obesas<sup>3</sup>. importância da alimentação não se restringe ao aspecto nutricional. Entre outros fatores igualmente significativos está a cultura alimentar. Os povos e os distintos grupos sociais expressam suas identidades também por meio da alimentação. A escolha dos alimentos, sua preparação e consumo estão relacionados com a identidade cultural e são fatores desenvolvidos ao longo do tempo, que distinguem um grupo social de outro e que estão intimamente relacionados com a história, o ambiente e as exigências específicas impostas ao grupo social pela vida do dia-a-dia<sup>3</sup>.

Cada sociedade estabelece um conjunto de práticas alimentares, consolidadas ao longo do tempo. Essas práticas expressam diferentes culturas alimentares, algumas ligadas ao que é tradicional e outras ao que é inovador. Algumas não se fixam, desaparecendo pouco a pouco.

Outras se enraízam, vindo a formar hábitos alimentares e, em muitos casos, constituindo-se como verdadeiro patrimônio cultural. As tradições alimentares peculiares de cada grupo social têm importância no seu auto-reconhecimento e auto-estima, expressando ou afirmando determinado valor, ou seja, o prato de comida pode materializar a identidade cultural de um grupo social. Os modos como as escolhas alimentares são feitas também devem ser considerados, bem como o papel exercido por determinadas pessoas na entrada dos alimentos junto a um grupo social. No caso das famílias, esse papel é exercido, predominantemente, pela figura da mãe/esposa/dona de casa. Considerando a Cultura Alimentar familiar um “Patrimônio Cultural” podemos considerar também, a história familiar agregada ao surgimento das doenças crônicas não transmissíveis (hipertensão, diabetes, taxa alta de colesterol, doenças cardiovasculares, doenças do aparelho digestivo e outras) a esta Cultura Alimentar, em especial na escolha dos alimentos no supermercado<sup>3,6</sup>.

Todo ser humano está sujeito às rotinas diárias da vida, independente das faixas etárias e do nível socioeconômico. Incorporamos nos hábitos de vida na maioria das vezes os hábitos de nossos familiares, não tendo, em muitas situações, a oportunidade de escolher os nossos.

Normalmente, nos alimentamos “da compra do supermercado” que alguém da família fez, porém, raramente a pessoa responsável pela compra nos pergunta o que queremos comer. No entanto, consideramos que a mesa “posta para as refeições”, representa o produto final da compra no supermercado, porém, é neste momento que podemos ter uma noção o que estamos consumindo para a nossa qualidade de vida alimentar, ou seja, para uma boa saúde ou não. Lembrando que as doenças crônicas não transmissíveis, podem fazer parte deste momento no sentido cumulativo, ou seja, taxas altas de colesterol, diabetes, pressão alta e outras<sup>6</sup>.

Quanto ao estilo de vida, crianças observam pais que consomem tabaco e bebida alcoólica dentro de casa, também observam se são sedentárias ou não. Na verdade, há uma certa tendência dos filhos reproduzirem o que os pais fazem<sup>1,7,8,9</sup>.

Discutir a herança familiar dos hábitos alimentares, estilos de vida e das doenças crônicas não transmissíveis não é uma tarefa fácil porque são poucas literaturas que abordam este tema. Conhecer a epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis, os tratamentos e metodologias de estudos constitui o saber de muitas publicações, porém, conhecer a herança familiar ainda é incipiente em pesquisas. Quando falamos de herança familiar, falamos dos mesmos hábitos que aprendemos com a nossa família e seu prosseguimento sucessivamente por décadas<sup>1</sup>. Os hábitos de vida, em especial os alimentares são aprendidos em nossa família.

Quando criança e adolescentes não temos a oportunidade de fazer compras, comemos o que os nossos pais compram para a alimentação, e já adulto não nos importamos com isso, preferimos que os nossos pais continuem a fazer as compras. Os hábitos alimentares podem permanecer por décadas em uma família constituindo assim a herança familiar alimentar e juntamente com ela o desenvolvimento das mesmas doenças que os avós, tios, tias, pais e outros do mesmo núcleo familiar venham a desenvolver<sup>4</sup>. Portanto, a cultura alimentar possui grandes influências sobre as doenças crônicas não transmissíveis independente do local que a pessoa se alimenta, em especial, a quantidade de sal, quantidade de gorduras e frituras e outros<sup>1</sup>.

## **HÁBITOS DE VIDA**

Uma mudança significativa entre os hábitos alimentares dos brasileiros é o aumento de 15,5% no consumo recomendado de frutas e hortaliças pela Organização Mundial da Saúde (cinco porções diárias pelo menos cinco vezes na semana) em comparação com 2008. Em 2018, o percentual do consumo chegou a 23,1% em comparação com os 20% de 2008. A pesquisa Vigitel apontou ainda que o consumo é mais frequente entre as mulheres, 27,2% do que entre os homens, 18,4%. Embora o crescimento, apenas 23,1% dos brasileiros - 1 entre 4 adultos - consomem o recomendado<sup>10</sup>.

Outra importante mudança é a redução de 53,4% do consumo regular de refrigerante e suco artificial entre os adultos. A diminuição foi identificada, entre 2007 a 2018, em todas as faixas-etárias e em ambos os sexos. Os dados, apontam queda mais expressiva na população de 55 a 64 anos, que representou uma redução de 58,8% no período avaliado. A pesquisa aponta ainda que o consumo dessas bebidas é maior entre os homens, 17,7% do que entre as mulheres 11,6%<sup>10</sup>.

Em novembro de 2018, o Ministério da Saúde fechou acordo estabelecendo metas de redução do açúcar em produtos industrializados, como, bebidas adoçadas, biscoitos, bolos e misturas para bolos, produtos lácteos e achocolatados. O acordo deve resultar na redução dos teores em mais de 50% dos produtos destas categorias. Segundo estimativas das indústrias, serão reduzidas 144 mil toneladas de açúcar nos produtos até 2022<sup>10</sup>.

As epidemias dos fatores de risco para as doenças crônicas não transmissíveis estão dentro de nossas casas, iniciando pelo estilo de vida das pessoas e pelos hábitos alimentares e

também pelos hábitos considerados nocivos a saúde, por exemplo: muitos filhos iniciam o uso do tabaco e bebida alcoólica porque vê seus pais fazerem uso dentro de casa<sup>11,1</sup>.

Então, é no núcleo familiar que aprendemos os nossos hábitos diários de vida. Em consequência destes, muitas vezes ainda crianças ou adolescentes, incorporamos um estilo de vida que mais tarde vai repercutir em toda nossa vida, como por exemplo, o distúrbio da obesidade, ou então, a magreza na busca de um corpo ideal, o sedentarismo, considerado o maior fator de risco para as doenças não transmissíveis, a hipertensão, doenças cardiovasculares e outras. A família precisa estar atenta para estes problemas e tentar buscar soluções que minimizam estas consequências, por exemplo, na hora de escolher os alimentos nas compras do supermercado, evitar comprar os excessos de refrigerantes, doces, biscoitos, enlatados e todo alimento que possui excesso de calorias e fazer opções por frutas, legumes e outros tipos de alimentos que contém menos calorias bem como ensinar os filhos a consumir mais água diariamente. Investir nos hábitos alimentares e no estilo de vida dos filhos para uma vida saudável é diminuir o surgimento precoce das doenças crônicas não transmissíveis<sup>1,9,12</sup>.

Estes hábitos não são referentes somente à alimentação, e sim a todos os outros hábitos diários de vida (horário para o almoço, para jantar, dormir, brincar e outros). Dessa forma, analisando bem, os hábitos de vida, eles vem como um pacote pronto nas nossas vidas. Assim é muito comum observar que até pelas mesmas doenças as pessoas da família são acometidas, levando ao mesmo tipo de óbito (câncer, hipertensão, diabetes, infarto do miocárdio e outras). Percebe-se, nesse sentido, que os hábitos de vida caracterizam nosso estilo de vida. Desta forma, se os hábitos de vida são saudáveis, teremos um estilo de vida saudável, porém, se os hábitos não são saudáveis, também não teremos um estilo de vida saudável<sup>7,13</sup>.

<sup>14</sup>Ratifica as afirmações anteriores relatando que é visível e questionável a falta de apoio das famílias, ou então, contribuem negativamente, pois não colaboram com a orientação alimentar de seus filhos durante o período em que permanecem dentro do ambiente familiar. Exemplos claros acontecem durante as compras em supermercados, onde: guloseimas, refrigerantes, doces e outros hipercalóricos estão sempre presentes nos carrinhos. O que não é diferente nas festas infantis, onde há uma enorme variedade de alimentos de grande densidade calórica. Os autores verificaram em estudos que crianças cujos pais possuem hábitos alimentares irregulares e com alta ingestão calórica apresentam excesso de gordura corporal.

Com relação à dieta-modificação de hábitos alimentares, não há um tipo de tratamento dietoterápico modelo, mas o essencial é a modificação dos comportamentos nutricionais inadequados, tais como: alimentação pouco variada, com predominância de carboidratos; aversão por frutas, verduras e legumes; pular e/ou substituir refeições importantes como café da manhã, almoço ou jantar, atitude mais comum entre adolescentes do sexo feminino, que buscam uma forma rápida de atingirem o padrão de beleza atual; fazer refeições na frente da televisão; alto consumo de alimentos do grupo de “calorias vazias” (baixo valor nutritivo) como bala, chiclete, doce, refrigerante, ao longo do dia. Desta forma, foi verificado que a redução em 30 a 40% de a ingesta alimentar atual, com a redução em torno de meio quilograma de peso por semana seria o mais indicado<sup>15</sup>.

Outro estudo dirigido ao âmbito familiar é o de<sup>16</sup> o qual verificou uma relação direta dos hábitos de atividade física dos pais e de seus filhos adolescentes, isto é, pais fisicamente ativos possuem, normalmente, filhos também ativos, o que se repete com pais com estilo de vida sedentário, cujos filhos costumam possuir a mesma característica. Isto nos faz refletir sobre a grande responsabilidade dos pais aos hábitos de vida a que seus filhos irão adquirir. Hábitos saudáveis de alimentação e de atividade física devem fazer parte da estrutura familiar, para que sejam potencialmente passadas para os filhos. Este fator é essencial para o efetivo combate da obesidade e para a melhoria da saúde da família.

As doenças crônicas não transmissíveis no Brasil estão relacionadas às mudanças profundas no modo de vida das pessoas, que dentre outros fatores, reduziu de forma também significativa, o gasto energético da população em geral. Vale salientar que os dados referentes à prevalência do sedentarismo no Brasil e no mundo ainda se revelam muito inconsistentes, devido à dificuldade encontrada no delineamento de estudos sobre este tema<sup>17</sup>.

O estilo de vida é responsável por 54% do risco de morte por cardiopatia, 50% pelo risco de morte por acidente vascular cerebral, 37% pelo risco de morte por câncer e no total por 51% do risco de morte de um indivíduo. O estilo de vida sedentário também é um fator de risco dependente para enfermidade coronariana e acidente vascular, principal causas de morte em todo mundo. O risco de doença cardíaca para as pessoas menos ativas e menos condicionadas pode ser o dobro comparado às pessoas mais ativas e condicionadas<sup>18</sup>.

No Brasil, os níveis de atividade física no lazer da população adulta são baixos (15%) e apenas 18,2% consomem cinco porções de frutas e hortaliças em cinco ou mais dias por semana. Enquanto, 34% consomem alimentos com elevado teor de gordura e 28% consomem

refrigerantes 5 ou mais dias por semana, o que contribui para o aumento da prevalência de excesso de peso e obesidade, com taxas de 48% e 14% dos adultos, respectivamente<sup>17</sup>.

## **SEDENTARISMO**

O termo sedentarismo deriva do vocábulo latino *sedentariu*, que significa que está comumente sentado; que anda ou se exercita pouco. Este é mais um hábito de vida que influencia no surgimento das doenças crônicas não transmissíveis. <sup>19</sup>Informa que desde os tempos da Revolução Industrial, com a tecnologia avançando a uma velocidade assustadora, observa-se transformação notável de uma sociedade acostumada aos trabalhos pesados, com uma estrutura basicamente rural e fisicamente ativa, para uma população de cidadãos urbanos ansiosos, estressados e de suburbanos com poucas ou nenhuma oportunidade para o envolvimento em atividades físicas. <sup>6</sup>Relata que nos dias atuais esta população descrita por<sup>19</sup>, acrescenta ainda, uma população intolerante, depressiva, isolada em suas redes sociais em um vazio constante. Estes avanços na tecnologia moderna permitiram à atual sociedade uma vida de relativo conforto. A vida está se tornando cada vez mais fácil, ou seja, sob o ponto de vista da conservação dos esforços e energias humanas. Em resumo, será que lucraremos alguma coisa com este recém-adquirido sedentarismo? Existem dois tipos de pessoas sedentárias; uma delas é aquela pessoa que não pratica atividade física porque não quer, e a outra é aquela que não pratica por falta de oportunidade. A falta de movimento atinge todo o organismo humano, onde cada tecido e cada órgão tem sua capacidade de acordo com sua função, e que quanto menos eles forem exigidos, menor será sua capacidade de exercer sua função. A falta de uso é caracterizada inicialmente por uma queda na capacidade corporal e orgânica, ocorrendo assim atrofias, incapacidades funcionais, distúrbios no sistema de regulação, entre outras, finalizando-se com doenças típicas do envelhecimento.

Sedentarismo atinge 70% dos brasileiros. Levantamento inédito feito pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Pnud) 2017, revela que apenas três em cada dez brasileiros na idade adulta praticam atividades físicas e esportivas com regularidade. O levantamento mostra ainda que os homens praticam atividade física 28% a mais do que as mulheres e as pessoas com maior renda têm mais acesso à prática esportiva<sup>20</sup>.

De acordo com o Relatório de Desenvolvimento Humano Nacional 2017 - Movimento é Vida: Atividades Físicas e Esportivas para Todas as Pessoas, em 2015, 37,9% dos brasileiros entrevistados disseram praticar esporte. Entre os homens, o índice ficou em 42,7%

e entre as mulheres, em 33,4%. O Distrito Federal (50,4%) é a unidade da Federação em que as pessoas mais praticam atividade física, enquanto Alagoas (29,4%) tem o menor percentual<sup>20</sup>.

“Os dados analisados reforçam a compreensão de que realizar atividade física e esportiva não se restringe somente a uma decisão individual, mas é também produto de como a sociedade pauta a vida coletiva. Isso significa que aconselhar os indivíduos a praticar mais exercícios, sem criar oportunidades efetivas para as pessoas se engajarem com as práticas, nem enfrentar os condicionantes sociais que limitam o envolvimento, dificilmente mudará o cenário”, diz o relatório.

O levantamento, que traz dados sobre o perfil da prática esportiva no Brasil, faz recomendações aos governos nas áreas de saúde, educação, esporte e desenvolvimento humano. De acordo com o Pnud, a intenção do estudo é “contribuir para o aumento das práticas esportivas de modo a oportunizar patamares mais elevados de desenvolvimento humano para todas e todos”. Segundo o estudo, ser homem, jovem, branco, sem deficiência e de alto nível socioeconômico e educativo significa praticar muito mais atividades físicas e esportivas do que o restante da população. Em contrapartida, as mulheres de baixo nível socioeconômico e educativo, as pessoas idosas, as pessoas negras e as pessoas com deficiência são a maioria entre os não praticantes<sup>20</sup>.

Conforme o levantamento, pessoas com rendimento mensal domiciliar per capita de cinco salários mínimos ou mais praticam até 71% a mais do que a média das pessoas adultas no Brasil. Já o grupo de pessoas sem nenhum nível de instrução pratica até 54% a menos que a média das pessoas adultas. “Esse não é um problema exclusivamente do Brasil, em que as pessoas estão cada vez mais sedentárias<sup>20</sup>.

Sedentarismo avança no planeta: 25% da população no grupo de alto risco. Cerca de 25% da população está em alto risco de ter cânceres e outras doenças de alta letalidade, mostra estudo com dados de 168 países. O Brasil figura entre as cinco nações mais afetadas pelo problema, segundo<sup>21</sup>.

Uma epidemia de sedentarismo coloca mais de 25% da população mundial — 1,4 bilhão de pessoas no grupo de alto risco das doenças que mais matam e debilitam: enfermidades cardiovasculares, diabetes 2, demências e alguns tipos de câncer. Em um estudo que estima o nível de atividade física global, pesquisadores da Organização Mundial da Saúde (OMS) constataram que não houve progressos nesse sentido entre 2001 e 2016. No Brasil,

47% da população não faz atividade suficiente — 53,3% das mulheres e 40,4% dos homens admitem que se mexem menos do que deveriam<sup>21</sup>.

Segundo o trabalho, publicado na revista *The Lancet*, se o padrão continuar, a meta de melhorar o quadro até 2025, assumida pelos países membros da OMS, não será alcançada. O estudo traz uma compilação de dados fornecidos pelos ministérios da Saúde ou órgãos equivalentes de 168 países referentes a 358 pesquisas populacionais com 1,9 milhão de adultos acima de 18 anos. Neles, os próprios entrevistados reportam os níveis de atividade diárias, seja no trabalho, em casa, seja no deslocamento ou no tempo de lazer<sup>21</sup>.

Do universo pesquisado, 75% não se movimentam suficientemente, considerando os padrões da OMS — ao menos 150 minutos de atividade moderada/intensa ou 75 minutos de atividade vigorosa por semana. Em relação à população mundial em 2016, ano-base do levantamento, eles representam um quarto do globo. “Diferentemente de outros importantes riscos à saúde, níveis insuficientes de atividade física não estão caindo no mundo e, em média, mais de um quarto de todos os adultos não alcança os níveis recomendáveis para ter uma boa saúde<sup>21</sup>.

Além de figurar nos primeiros lugares do ranking do sedentarismo (**veja quadro**), o Brasil compõe o grupo dos países que registraram aumento de 5% nessa tendência desde 2001. No ano passado, um levantamento nacional trouxe dados ainda mais preocupantes — por questões metodológicas, o estudo da OMS acabou revelando um percentual mais baixo de pessoas com nível de atividade insuficiente. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) mostrou que 60% dos brasileiros com mais de 15 anos são sedentários. Ao mesmo tempo, outro levantamento da OMS divulgado em 2017 mostrou que, por ano, 300 mil pessoas morrem no Brasil por doenças associadas à inatividade física.

## Os mais sedentários

% da população que pratica atividades físicas insuficientemente \*

País	Total	Homens	Mulheres
Samoa Americana	53,4%	49,3%	57,5%
Arábia Saudita	53,1%	44,9%	65,1%
Iraque	52%	39,2%	64,6%
Brasil	47%	40,4%	53,3%
Costa Rica	46,1%	37,7%	54,3%
Chipre	44,4%	38,4%	50,5%
Colômbia	44%	38,8%	48,9%
Ilhas Marshall	43,5%	37%	50%
Alemanha	42,2%	40,2%	44,1%
Itália	41,4%	36,2%	46,2%

\* Ao menos 150 minutos de atividade moderada/intensa ou 75 minutos de atividade vigorosa por semana.

Em relação as chamadas Escolas Ativas, de acordo com o levantamento, somente 0,58% das escolas brasileiras é considerada Escola Ativa (classificação pleno e avançado), enquanto 38,56% estão ainda no patamar insuficiente. Metade das escolas está no nível elementar<sup>21</sup>.

O relatório define Escola Ativa como aquela em que a distribuição do tempo, da arquitetura e do mobiliário dos espaços, das regras de conduta é mais apropriada para o estímulo e a prática das atividades físicas. “A proposição da Escola Ativa, defendida na perspectiva do desenvolvimento humano, trata de fazer da escola um local em que o mover-se seja compreendido como uma capacidade valorosa na vida das pessoas”, afirma o relatório<sup>21</sup>.

Entre as escolas públicas, mostra o estudo, quase metade (46,1%) está no nível elementar, enquanto 42% estão no nível insuficiente. Entre as particulares, 61% estão no nível elementar e 24% no nível insuficiente. No Brasil, 39% das escolas oferecem atividades físicas extracurriculares e 20% abrem nos fins de semana para a prática esportiva. Conforme o relatório do Pnud, entre os estudantes de 13 a 17 anos, 29,2% fariam atividades físicas e esportivas na maioria dos dias da semana se pudessem e apenas 5,9 não fariam, mesmo que fosse possível<sup>21</sup>.

Como sugestão para melhorar os índices de práticas esportivas no país, o relatório afirma que os governos, o setor privado e as organizações da sociedade civil devem adotar políticas públicas e iniciativas condizentes com a importância das atividades. “As políticas de

promoção de atividades físicas e esportivas não podem estar focadas somente na responsabilização individual e na mudança de comportamento. Diversas condições estruturais causam impacto nessa prática. Assim, as políticas devem corrigir desigualdades, bem como pensar em soluções sistêmicas, com ênfase na participação e no controle social”, diz o texto. Para o Pnud, há uma alta “alta concentração do investimento privado”, feito especialmente pela famílias. Segundo o relatório, em 2013 as famílias investiram R\$ 51 bilhões em esporte. No mesmo ano, os clubes investiram R\$ 4 bilhões e as empresas investiram R\$ 2,13 bilhões. Já o financiamento público ficou em R\$ 590 milhões, por parte do governo federal, R\$ 2,37 milhões das secretarias estaduais e R\$ 1,39 milhões das secretarias municipais<sup>21</sup>.

O sedentarismo é um dos principais fatores de risco à saúde. Associados a ele estão a obesidade, a hipertensão, as doenças crônico-degenerativas e outras. O sedentarismo é uma condição indesejável e representa risco para a saúde. Diversos estudos já apontaram associação inversa entre estilo de vida mais ativo e menor probabilidade de óbito, assim como melhor qualidade de vida.

Quanto a obesidade, volta a crescer no Brasil, é o que aponta a Pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), de 2018, do Ministério da Saúde. Sobre esse índice, houve aumento de 67,8% nos últimos treze anos, saindo de 11,8% em 2006 para 19,8% em 2018. O Brasil nos últimos três anos apresentava taxa estáveis da doença. Desde 2015, a prevalência de obesidade se manteve em 18,9%<sup>22</sup>.

Em 2018, os dados também apontaram que o crescimento da obesidade foi maior entre os adultos de 25 a 34 anos e 35 a 44 anos, com 84,2% e 81,1%, respectivamente. Apesar de o excesso de peso ser mais comum entre os homens, em 2018, as mulheres apresentaram obesidade ligeiramente maior, com 20,7%, em relação aos homens, 18,7%<sup>22</sup>.

O Vigitel também registrou crescimento considerável de excesso de peso entre a população brasileira. No Brasil, mais da metade da população, 55,7% tem excesso de peso. Um aumento de 30,8% quando comparado com percentual de 42,6% no ano de 2006. O aumento da prevalência foi maior entre as faixas etárias de 18 a 24 anos, com 55,7%. Quando verificado o sexo, os homens apresentam crescimento de 21,7% e as mulheres 40%<sup>22</sup>.

Na contramão do aumento dos percentuais de obesidade e excesso de peso, o consumo regular de frutas e hortaliças cresceu 15,5% entre 2008 e 2018, passando de 20% para 23,1%. A prática de atividade física no tempo livre também aumentou 25,7% (2009 a

2018), assim como o consumo de refrigerantes e bebidas açucaradas caiu 53,4% (de 2007 a 2018), entre os adultos das capitais. Também ao informar que receberam o diagnóstico médico de diabetes (40%), entre 2006 e 2018, os entrevistados demonstraram ter maior conhecimento sobre sua saúde, o que os motivaram a buscar os serviços de saúde, na Atenção Primária, receber o diagnóstico e iniciar o tratamento<sup>22</sup>.

Para avaliar a obesidade e o excesso de peso, a pesquisa leva em consideração o Índice de Massa Corporal (IMC). Por meio dele, é possível classificar um indivíduo em relação ao seu próprio peso, bem como saber de complicações metabólicas e outros riscos para a saúde.

O Vigitel é uma pesquisa telefônica realizada com maiores de 18 anos, nas 26 capitais e no Distrito Federal, sobre diversos assuntos relacionados à saúde. Assim, entre fevereiro e dezembro de 2018, foram entrevistados por telefone 52.395 pessoas.

<sup>9</sup>A obesidade emergiu nos últimos anos como uma epidemia tanto nos países desenvolvidos como nos subdesenvolvidos. De acordo com o informe dos centros de prevenção de doenças, mais de 78 milhões de adultos (34,9%) eram obesos entre 2011 e 2012. A faixa etária mais afetada é a compreendida entre 40 e 59 anos, tanto para homens (39,5%) quanto para mulheres (39,5%). Na faixa etária entre 18 a 24 anos os americanos apresentam taxa de 27,6% de sobre peso.

<sup>23</sup>Estudaram os fatores de risco cardiovasculares e o excesso de adiposidade em crianças e adolescentes americanos com excesso de peso e encontraram 94% com excesso de adiposidade, representando mais de dois milhões de crianças afetadas por este extremo da obesidade, com predisposição para serem adultos obesos. Esses autores também quantificaram os fatores de risco cardiovasculares e metabólicas (incluindo dislipidemia, hipertensão e hiperinsulinemia) nos maiores percentis de IMC. Há fortes evidências de que os hábitos alimentares e estilo de vida durante a adolescência são fatores de risco relacionado às doenças crônicas não transmissíveis na idade adulta<sup>24</sup>.

## DISCUSSÃO

Grandes são os problemas de saúde da população em consequências da alimentação as vezes considerada de forma errada ou então exageros alimentares. Isso implica em alimentação carregada de gorduras, carboidratos, açúcares, excesso de sódio e outros componentes. São os chamados “piores” alimentos para a sua saúde pelos nutricionistas. Estes

alimentos são considerados verdadeiros inimigos da pressão arterial, do coração, dos rins, dos sistemas venoso e arterial, da gordura localizada em geral, sedentarismo e de outros. Somados a estes alimentos, o álcool e o tabaco (muito embora não abordamos em nosso trabalho) a saúde se torna ainda pior.

A preocupação de órgãos Governamentais a exemplo Ministério da Saúde, Organização Mundial de Saúde, Programa das Nações Unidas e outros estão sempre em alerta realizando pesquisas para informar qual o estado de saúde da população, em especial as doenças crônicas não transmissíveis as quais devastam a população de modo geral.

As pesquisas citadas neste trabalho evidencia que os hábitos alimentares somados ao estilo de vida, e considerando o sedentarismo, constitui diversos fatores de risco para a população em geral, porém, as mulheres de baixo nível socioeconômico e educativo, as pessoas idosas, as pessoas negras e as pessoas com deficiência são a maioria entre os não praticantes (Ministério da Saúde, 2017).

Na verdade, o ser humano, mostra uma certa resistência em mudanças de hábitos alimentares e estilos de vidas, talvez por acreditar que nunca vai acontecer nada com ele, e isso, não é verdade. Com a idade- envelhecimento, que é um fator não modificável, as doenças crônicas não transmissíveis irão se instalar de maneira até precocemente no sujeito, e isso já está acontecendo em nossa sociedade, tendo em vista a obesidade, diabetes e pressão alta em crianças e adolescentes.

A alta taxa de mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis está intimamente ligada a cultura alimentar familiar e ao estilo de vida não ativo (sedentário).

Cada vez mais em nossa sociedade atual, decorrente dos sistemas de mídias, incluindo as redes sociais, segundo informação do Jornal Globo, os brasileiros passam em média até nove horas e catorze minutos por dia conectados, estando apenas atrás dos países Tailândia e Filipinas, corremos o risco do sedentarismo aumentar muito em nossa população.

Concluindo, há necessidade de maior consciência e menor resistência por parte das pessoas, quanto as necessidades de mudanças de estilo de vida para uma vida melhor e mais ativo e alterar a cultura alimentar familiar para uma melhor qualidade de vida e maior prevenção das doenças crônicas não transmissíveis.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1-Bankoff, ADP; Bispo, IMP; Rodrigues, MD. Doenças Crônicas não Transmissíveis: História alimentar familiar e hábitos de vida. In 2º Congresso da Associação Latino Americana de Ciências do esporte, Educação Física e Dança, 14 a 19 de setembro de 2015, Juiz de Fora- Minas Gerais, p. 129.
- 2-Bispo, IMP, Bankoff, ADP. Estudo da Cultura Alimentar e suas influências sobre as doenças crônicas não transmissíveis. Semana de Estudos em Enfermagem. Universidade Federal de Mato Grosso do Sul- Campus CPTL- Três Lagoas- MS-2016.
- 3-Bankoff, ADP et al. Doenças crônicas não transmissíveis: História familiar, hábitos alimentares e Sedentarismo em alunos de graduação de ambos os sexos. I Congresso Multidisciplinar Integrado as Ciências da Saúde- Sociedade Brasileira de Educação Física, Esportes, Qualidade de Vida, Promoção a Saúde e Reabilitação- Faculdade de Campinas- 10 a 13 de maio de 2017.
- 4- Imagem demonstrando a imigração dos escravos para o Brasil. A escravidão nas Américas - Geledés-<https://www.geledes.org.br/escravidao-nas-americas/> acesso em 21 de 05 de 2019.
- 5- Imagem demonstrando a comida de escravos no Brasil. <http://asacolabrasileira.com.br/2015/06/15/comida-de-rua-do-passado/#.XYpUNH9v-zc>. Acesso em 21 de maio de 2019.
- 6- Bankoff, ADP et al . Study on issues related to health, access physical education, physical activity in black women in Brazil. At the 2019 International Association oh Physical Education and Sport for Girls and women. Universidad Europea de Madrid- 10 a 13 July 2019.
- 7-Bankoff, ADP; Zamai, CA. et al. Programa de Convivência e atividade Física na Unicamp: responsabilidade social em ação. Anais... 5º Congresso Brasileiro de Atividade Física & Saúde. Florianópolis, 15 a 17-11-2005.
- 8-Bankoff, ADP; Ferro, F ; Cremonesi, L N ; Zamai, C A ; Crivelli, D M ;Barros, D D . Estudo da Aptidão Física através das variáveis: Pressão Arterial e Frequência Cardíaca de Adolescentes Obesos em diversas Atividade Físicas.. Revista de Educação Física de Maringá, v. 13, n.2, 2003.
- 9-Bankoff, ADP; Doenças Crônicas Não Transmissíveis em Crianças e Adolescentes. In Carlos A. Zamai e Alan A. Rodrigues. (Org.). Saúde Escolar: A Responsabilidade de Ensinar. Jundiaí: Paco Editorial. 2012 (01): 11-38.
- 10- Ministério da Saúde. Acordo pretende reduzir 144 mil toneladas de açúcar de alimentos. <http://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2018-11/acordo-pretende-reduzir-144-mil-toneladas-de-acucar-de-alimentos>. Acesso em 22 de dezembro de 2018.

- 11-Bankoff, ADP; Zamai, C A; J; Guimarães, PRM. Study on little active and sedentary women: Comparison between protocols and prospects for admission in physical activity program. *Open Journal of Preventive Medicine*, v. 03, p. 413-419, 2013.
- 12-Bankoff, ADP. Zago, LC. Studies of anthropometric indicators and their relationship with metabolic variables. *Open Journal of Preventive Medicine*, v. 04, p. 64-68, 2014. 6
- 13-Bankoff, ADB.; Zamai, CA.; Bueno, E; Bergantini, M; Carvalho, T.H.P.F. Implantação do programa de convivência e atividade física na Unicamp – Mexa-se. *Anais... II Simpósio de Profissionais da Unicamp (II Simtec)*, Campinas, 2008.
- 13-Zamai, CA et al. Estudo dos fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis entre funcionários. *Revista Conexões*, 2008, 6 ,1, 14-30.
- 14-Mendonça, CP e Anjos, LA. Aspectos das práticas alimentares e da atividade física como determinantes do crescimento do sobrepeso/obesidade no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro 2004; 20(3): 698-709.
- 15-Pinheiro, ARO, Freitas, SFT, Corso, ACT. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. *Rev. Nutr. Campinas* 2004; 1(4): 523-533.
- 16-Ministério da Saúde, Estratégica e Participativa. *Vigitel Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília, Fonte: ATS, 17 de maio de 2012.
- 17-Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. *Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil*. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, Guia de Vigilância Epidemiológica, 2012, Brasília.
- 18-Bankoff, ADP; Zamai, C A; J; Guimarães, PRM. Study on little active and sedentary women: Comparison between protocols and prospects for admission in physical activity program. *Open Journal of Preventive Medicine*, v. 03, p. 413-419, 2015.
- 19- Pollock, M. L.; Wilmore, J. H. *Exercício na saúde e na doença*. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.
- 20- Programa das Nações Unidas: *Movimento é vida: Atividades físicas e esportivas para todas as pessoas*. Relatório Nacional de Desenvolvimento Humano do Brasil. 2017.
- 21- *Organização Mundial da Saúde - OMS (World Health Organization - WHO)*. O sedentarismo no mundo e no Brasil. 2018. <http://saude.gov.br/saude-de-a-z/pense>. Acesso 03 de agosto de 2019.

**22-** Ministério da Saúde. Brasileiros atingem maior índice de obesidade nos últimos treze anos .<http://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45612-brasileiros-atingem-maior-indice-de-obesidade-nos-ultimos-treze-anos>. Acesso 23 de julho de 2019.

**23-** Freedman,D S; Ogden, C L; Flegal, K M; Khan, L K; Serdula, M K; William,H. Dietz, MD Childhood Overweight and Family Income MedGenMed. 2007; 9(2): 26. P. 123-134.

24 – World, Health Organization (WHO). Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases. Technical Report Series 916. Geneva, Switzerland,2002.