



**CURSO BACHARELADO EM NUTRIÇÃO**  
**BEATRIZ CAROLINE TENÓRIO DE ALMEIDA**

**MUNDANÇA NOS HÁBITOS ALIMENTARES DA**  
**POPULAÇÃO BRASILEIRA**

---

**Apucarana**

**2021**

BEATRIZ CAROLINE TENÓRIO DE ALMEIDA

# **MUDANÇA NOS HÁBITOS ALIMENTARES DA POPULAÇÃO BRASILEIRA**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de Bacharelado  
em Nutrição da Faculdade de Apucarana  
– FAP, como requisito à obtenção do  
título de Bacharel em Nutrição.

Orientadora: Prof. Me. Tatiana Marin.

Apucarana

2021

BEATRIZ CAROLINE TENÓRIO DE ALMEIDA

MUDANÇA NOS HÁBITOS ALIMENTARES DA POPULAÇÃO  
BRASILEIRA

Trabalho de conclusão de curso  
apresentado ao Curso de Bacharelado em  
Nutrição da Faculdade de Apucarana –  
FAP, como requisito parcial à obtenção do  
título de Bacharel em Nutrição, com nota  
final igual a \_\_\_\_\_, conferida pela Banca  
Examinadora formada pelos professores:

**Comissão Examinadora**

\_\_\_\_\_  
Prof. Me. Tatiana Marin.  
Faculdade de Apucarana

\_\_\_\_\_  
Prof. Esp. Ana Helena Gomes  
Faculdade de Apucarana

\_\_\_\_\_  
Prof. Esp. Natália Brandão dos Santos  
Lourival  
Faculdade de Apucarana

Apucarana, \_\_\_ de \_\_\_\_\_, 2021.

## **Agradecimentos**

Começo meus agradecimentos primeiramente a Deus, pela minha vida e por me ajudar a ultrapassar todos os obstáculos encontrados ao longo do curso.

Aos meus pais Altair Almeida, Cleuza Tenório e ao meu irmão Luis Henrique por todo o suporte que me deram em casa, pelo incentivo durante todos anos que estive na faculdade e o amor dedicado.

A minha grande amiga Bruna Pires que sempre me apoiou e incentivou até no momentos difíceis e compreendeu minha ausência enquanto me dedicava à realização deste trabalho.

Agradeço a as amizades que fiz durante o curso e que hoje são essenciais para mim Isadora Peixoto, Fernanda Lima e Sarina Nunes, obrigado por todos momentos juntas que tivemos durante o estágio da clínica, pelo apoio, incentivo, conhecimentos trocados, trabalhos realizados juntas e pelos perrengues.

Agradeço a minha orientadora Tatiana Marin que me deu todo o suporte necessário para a realização deste trabalho e sempre solicita para sanar minhas dúvidas.

Aos professores pelos ensinamentos ao longo destes anos, que me permitiram apresentar um melhor desempenho no meu processo de formação.

“A nutrição é a arte de dar saúde a vida”.

**Liliane Coelho.**

# SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	10
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	12
2.1 Objetivo geral .....	12
2.2 Objetivos específicos .....	12
<b>4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	13
4.1 Alimentação .....	13
4.2 Gui Alimentar da População Brasileira .....	15
4.3 Pirâmide Alimentar .....	17
4.4 Hábitos Alimentares .....	17
4.5 Sedentarismo .....	18
4.6 Tabagismo .....	29
4.7 Etilismo .....	20
4.8 Doenças Crônicas Não Transmissíveis .....	21
4.8.1 Diabetes Mellitus .....	21
4.8.2 Hipertensão Arterial Sistêmica .....	22
4.8.3 Obesidade .....	22
4.8.4 Doenças Cardiovasculares .....	23
4.8.5 Câncer .....	24
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	26
3.1 Delineamento da pesquisa .....	26
3.2 Amostragem .....	26
3.3 Critério de inclusão e exclusão .....	26
3.4 Coleta de dados .....	27
<b>5 RESULTADO</b> .....	28
<b>6 DISCUSSÃO</b> .....	29

<b>7 CONCLUSÃO .....</b>	<b>34</b>
<b>8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>35</b>

ALMEIDA, Beatriz. **Mudança nos hábitos alimentares da população brasileira.**

(?) Trabalho de Conclusão de Curso (Monografia). Graduação em Nutrição.

Faculdade de Apucarana – FAP. Apucarana-Pr.2021.

## RESUMO

A promoção e a prática de hábitos alimentares tem seu início na primeira infância, no aleitamento materno, e no transcorrer da vida, consolida-se em busca de um estilo de vida saudável. A alimentação saudável é compreendida como aquela que faz o bem, promove a saúde e ela deve ser orientada e incentivada desde a infância até a idade adulta. Hoje em dia muitos brasileiros possuem doenças crônicas, deficiências em micronutrientes, sobrepeso e conseqüentemente a obesidade infantil e a obesidade adulta. Esse estudo tem por objetivo avaliar as mudanças da população brasileira, analisar o estilo de vida, relacionar a alimentação com a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e identificar os motivos que levaram a população a ter uma alimentação saudável.

**Palavras-chave:** Alimentação. Doenças Crônicas não Transmissíveis. Estilo de Vida.



ALMEIDA, Beatriz. **Change in the eating habits of the Brazilian population.** (?)  
Completion of course work (Monography). Graduation in Nutrition. Faculty of  
Apucarana – FAP. Apucarana-Pr.2021.

## **ABSTRACT**

The promotion and practice of eating habits begins in early childhood, breastfeeding, and throughout life, consolidates itself in search of a healthy lifestyle. Healthy eating is understood as one that does good, promotes health and it must be guided and encouraged from childhood to adulthood. Nowadays many Brazilians have chronic diseases, micronutrient deficiencies, overweight and consequently childhood obesity and adult obesity. This study aims to assess changes in the Brazilian population, analyze lifestyle and whether it interferes with the diagnosis of obesity and how people are eating during the pandemic.

**Keywords:** Food. Chronic Non-Communicable Diseases. Lifestyle.

## **LISTA DE ORGANOGRAMA**

Organograma 1 – Análise do hábitos alimentares e os impactos causados .....	28
---	----

## **LISTA DE SIGLAS**

OMS – Organização Mundial da Saúde

DM – Diabetes Mellitus

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

PA – Pressão Arterial

DCV – Doenças Cardiovasculares

DCNT – Doenças Crônicas não Transmissíveis

## 1. INTRODUÇÃO

Hábitos alimentares são os jeitos que os indivíduos ou grupos, escolhem e consomem alimentos que estão à sua disposição (ARRUDA, 1981). E segundo Franco (1995), os hábitos alimentares são a identidade social dos indivíduos. A alimentação é uma necessidade fisiológica, que está submetido a fatores culturais, regionais, religiosos e sociais. A ação de se alimentar traz a satisfação das necessidades do organismo (MEZOMO, 2002).

De acordo com Oliveira e Thebaud-Mony (1997), os retratos da alimentação precisam ser avaliados perante vários aspectos: aversões e preferências, a renda familiar, os preços dos alimentos, estilo de vida, valor nutricional, a desigualdade social, as concepções culturais e as tradições culinárias.

No Brasil, os hábitos alimentares foram formados pela mistura das culinárias indígenas, portuguesas e africanas, e ao longo dos anos foi conquistando suas próprias particularidades e originalidades. Em toda a região do país criou-se uma cultura apreciada, valiosa e diversificada, na qual desenvolveu-se uma culinária exclusiva, devido à intervenção das migrações, a capacidade de se adaptar ao clima e a disponibilidade dos alimentos (PINHEIRO, 2001).

Durante os primeiros séculos coloniais, passaram-se à cultivar, por todo o país, plantas consideradas indígenas ou importadas, a fim de satisfazer às necessidades da alimentação. A mandioca foi o principal alimento de sustentação da população colonial e nos dias atuais tem grande valia na alimentação do brasileiro. Os índios despejavam o líquido disponibilizado pela raiz, e no decorrer do preparo da farinha, eles a desidratavam no fogo, e alcançando o beiju. O costume de comer farinha se expande por todo o Brasil, em diferentes formas de consumo (LOPES, 2001).

A atuação mais proveitosa na alimentação da população do brasileira, é a culinária africana, essencialmente com seus alimentos mais significativos os vegetais, que veio diretamente da África. A alimentação era em excesso de feijão, milho e toucinho (FREYRE, 2001).

A intervenção portuguesa, se deu pela chegada de D. João VI para o Brasil. Seu consumo alimentar era definido pela propagação de receitas com aves, vacas, bezerros, porcos, carneiros e coelhos, que eram preparados com temperos da antiga região da Lusitânia, atualmente refere-se aos território portugueses: alho, cebola e cominho. Os portugueses ainda dispuseram alimentos inéditos como tâmaras, avelãs, nozes e amêndoas. Ainda também trouxeram o costume de fazer compotas e geléias de frutas (FREYRE, 2001).

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral:**

- Avaliar a mudança dos hábitos alimentares da população brasileira.

### **2.2 Objetivo específico:**

- Analisar o nível de atividade física da população brasileira;
- Identificar quais os motivos para a população escolher uma alimentação mais saudável;
- Relacionar a alimentação com a prevalência das doenças crônicas não transmissíveis.

## 4 FUNDAMENTAÇÃO TEORICA

### 4.1 ALIMENTAÇÃO

Alimentação saudável deve ser elaborada com alimentos de todos os grupos alimentares, sempre contendo carboidratos, proteínas, lipídios, fibras, vitaminas, minerais e água, pois eles são fundamentais e insubstituíveis. Além disso, deve se respeitar as preferências alimentares, questões sociais, culturais e emocionais, buscando atingir as recomendações nutricionais e trazer o prazer ao comer (PHILIPPI, 2013).

O grande aumento da urbanização e das intervenções industriais, gerou novas preferências e escolhas pelos alimentos e essa modificação no padrão alimentar e no estilo de vida, é capaz de ocasionar danos futuros à saúde. Atualmente no Brasil, houve uma diminuição na taxa de desnutrição e um grande aumento na taxa de obesidade, observado por uma elevada ingestão de açúcares refinados, gorduras, carnes gordurosas e baixo consumo de frutas, verduras, fibras e cereais (ESCODA, 2002; BATISTA FILHO; RISSIN, 2003; MENDONÇA; ANJOS, 2004).

A alimentação do brasileiro foi dominada pela Revolução Industrial, pois a evolução das indústrias produtoras de alimentos começaram a fabricar lanches rápidos e congelados (MONTANARI, 1996).

Com a introdução das mulheres no mercado de trabalho, houve uma redução de tempo para preparo das refeições tradicionais, pois a mulher chega cansada ou realiza o serviço doméstico, e acaba optando por comidas congeladas, fast-food, lanches e pizzas, levando a um consumo elevado de alimentos gordurosos, ricos em energias e colesterol (POPKIN, 2006).

A alimentação hoje é influenciada pela mídia, com destaque para os supermercados. Pois os grandes supermercados induzi o consumidor a ficar fascinado com a variedade de alimentos,na maioria das vezes com preços mais acessíveis por causa da competição entre marcas, querendo que consumidor leve o produto a qualquer custo, sem se preocupar com o valor nutricional do alimento (ALMEIDA, 2002).

A condição socioeconômica reflete no consumo alimentar e no estilo de vida da população, pois o houve um aumento de consumo em alimentos de baixa qualidade, principalmente aquelas pessoas que possui baixa renda, por exemplo, alimentos ricos em gorduras e açúcares são mais baratos, no futuro levando essa população a sofrer com doenças como obesidade e outras doenças crônicas pela má alimentação (DRENOWSKI, 2003).

Em cada estado do Brasil tem-se uma preferência alimentar, muito se da pela nacionalidade dos imigrantes que vieram para o país. No Rio Grande do Sul, tem como característica o consumo de chimarrão e carne. Já em Santa Catarina alimentam-se em maiores quantidades de aveia, centeio, lentilha, carne, batata e queijo. No Paraná tem alto consumação de arroz, feijão, hortaliças, leite, queijos, manteiga e carnes. Em São Paulo e Rio de Janeiro, há uma grande diversidade de raças e costumes, pois eles consomem todos os alimentos considerados essenciais, como leite, ovos, aves, peixes, carnes, cereais, açúcares, frutas, hortaliças, óleos e gorduras. Minas Gerais, Mato Grosso e Goiás prevalecem o arroz, milho, feijão, trigo, hortaliças e frutas com destaque para a banana, a laranja e o abacaxi (LOPES, 2001).

Na Região Amazônica o principal alimento consumido é a farinha de mandioca, consumida em formas de mingaus, farofas, beijus e bebidas fermentadas, também é consumido a mandioca com sementes, frutos, milho, arroz e o peixe pirarucu. Os demais alimentos consumidos são a manteiga, a carne de tartaruga, tem uma escassez quase total de consumo de carnes, de leites, de queijos e de ovos, acarretando o desenvolvimento nutricional do amazonense. Devido à condições climáticas desfavorecendo às práticas de agricultura e pecuária, essa população sofre com deficiências de minerais e vitaminas, provocada pela carência de leite e derivados, carnes e ovos e alguns vegetais (LOPES, 2001).

A Região Nordeste é dividida em duas: a açucareira e o sertão. A região açucareira o alimento mais predominante é a farinha de mandioca, acompanhada do feijão com a carne seca e café com rapadura. Mesmo tendo um solo fértil, se planta mais a cana-de-açúcar, o cacau e o algodão, sem a presença da indústria de laticínios e da prática pecuária. Mostrando uma alimentação em excesso de carboidrato e deficiência de proteínas por ausência de leite e derivados, ovos e carnes, e de minerais e vitaminas e carência de legumes e verduras. Já na região do sertão a alimentação compõe-se em: milho, e pequenas porções de leite e derivados, feijão,



tubérculos e pouca quantidade de carne. O mel e a rapadura são muito utilizados no lugar do açúcar, um alimento muito tradicional do sertanejo é o cuscuz feito com a farinha de milho. Nesta região é possível notar uma deficiência de minerais e vitaminas (LOPES, 2001).

Já na Região Sul é uma área próspera, pois as condições climáticas favorecem a prática de atividades de lavoura e pecuária, pois seu solo é fértil, proporcionando uma alimentação balanceada e diversificada. Essa população se alimenta de leite e derivados, ovos, carnes, frutas, hortaliças, vegetais, cereais, açúcares, óleos e gorduras (BURKHARD, 1991).

#### **4.2 GUIA ALIMENTAR DA POPULAÇÃO BRASILEIRA**

O Guia Alimentar Brasileiro divulga conhecimentos e orientações para uma alimentação que visa à saúde de todos cidadãos brasileiros, na atualidade e no amanhã. Espera-se que o guia venha ser trabalhado para promover saúde, nas escolas e creches, na própria casa das pessoas, nas unidades básicas de saúde e etc (BRASIL, 2014).

Na alimentação aconteceu importantes modificações, envolvendo a troca de alimentos *in natura* ou minimamente processados por alimentos industrializados já disponíveis para consumo. Tais substituições atingiram enorme expressividade no Brasil, acarretando em distúrbios de nutrientes e alto consumo de calorias (BRASIL, 2014).

Os alimentos *in natura* ou minimamente processados, são encontrados em vasta diversidade e prevalecendo alimentos de origem vegetal, pois são pilares para se ter uma alimentação nutricionalmente equilibrada, apetitosa e sustentável (BRASIL, 2014).

Alimentos *in natura* são aqueles adquiridos através dos animais ou das plantas, sem passar por alguma modificação. Alimentos minimamente processados são alimentos *in natura* que sofreram métodos de limpeza, retiradas de partes impróprias para consumo, técnicas de secagem e moagem, processos pasteurização,

fermentação, refrigeração e congelamento e processamentos sem adição de açúcar, sal, gorduras e óleos (BRASIL, 2014) .

Alimentos processados são aqueles produzidos pela indústria alimentícia, acrescentando aos alimentos sal, açúcares, corantes e conservantes para que eles durem mais e sejam gostoso a gustação (BRASIL, 2014) .

Os alimentos ultraprocessados é aqueles que são criados totalmente ou majoritariamente pelas indústrias através de gorduras, açúcares, proteína, amido, aditivos alimentares, corantes, saborizantes e etc. Usando procedimentos de pré cocção ou fritura submersa ao óleo (BRASIL, 2014).

Os óleos, sal, gorduras e açúcares são mercadorias retirados do meio ambiente e do alimento em sua forma *in natura*, por meio de refinação, fragmentação, pulverulência. São utilizados para temperos, pães, bolos, saladas, doces e etc (BRASIL, 2014).

A escolha dos alimentos é muito importante pois devem ser feitos em ambientes limpos e arrumados, com qualidade higiênico sanitário e local de estocagem em boa preservação. Os vegetais A ( folhosos), B (legumes) e as frutas, devem ser comprados frescos, com boa aparência, se na hora do consumo tiver alguma parte estragadas devem ser removidos. Na compra da carne deve-se observar a cor se está vistosa, se o tecido da carne está bem firme e o cheiro. Os peixes podem ser adquiridos na forma fresca ou congelado, os fresco merecem mais atenção pois devem olhar todos os detalhes como as escamas, as guelras, os olhos e o couro, já o congelado a embalagem não pode estar violada e ser conservado adequadamente (BRASIL, 2014).

A conservação dos alimentos não perecíveis precisam ser guardados em locais secos e ventilados, com temperatura ambiente. Os alimentos que são suscetíveis a estragar mais rápidos devem ser preservados em refrigeração ou em congelamento (BRASIL, 2014).

A manipulação dos alimentos envolve toda a questão higiênica no preparo dos alimentos, tornando-se necessário precauções para evitar contaminações, sendo assim, lavar sempre as mãos, fazer a limpeza legumes, verduras e frutas e manter o ambiente limpo e organizado (BRASIL, 2014).

### 4.3 PIRÂMIDE ALIMENTAR

Pirâmide Alimentar é um manual para guiar e auxiliar a separação e distinção dos alimentos, ajudando os indivíduos a terem um planejamento alimentar diversificado e apropriado, pretendendo proporcionar bem estar e práticas alimentares saudáveis (PHILIPPI, 2008).

No topo da pirâmide encontra-se os grupos dos óleos, açúcares, doces e gorduras, estão nessa posição pois devem ser consumidos moderadamente. A parte intermediária alta estão as proteínas animais e as vegetais, leite e derivados, as proteínas são essenciais para restauração e constituição dos tecidos, já o leite e derivados são uma importante fonte de cálcio, importante para os ossos. Na parte intermediária baixa está as frutas, legumes e verduras, é um grupo considerável, uma vez que, ofertam todos nutrientes e minerais que o organismo necessita, são considerados reguladores. E na base da pirâmide fica os carboidratos, que são alimentos fontes de energia, pois ao ser consumidos são convertidos em açúcar no sangue (PHILIPPE, 2013).

### 4.4 HÁBITOS ALIMENTARES

Os hábitos alimentares são capazes de ser formar através da religião, cultura, renda e da sociedade, por tanto, para compreender esses hábitos é necessário entender esses comportamentos socioculturais (GARCIA, 1997).

Hábito alimentar condiz à adesão dentre um modelo que possui compreender comportamentos já pré definidos que passam de gerações em gerações, juntamente com chances concretas para a compra de alimentos (FONTES *et al*, 2011).

Para PITA (2010), hábito alimentar é os recursos que as pessoas ou um grupo de pessoas, lidam, junto a, influência social e cultural e de que maneira, usufruem e aproveitam as frações dos alimentos à disposição, isto é, como o indivíduo se comporta diante do alimento.

Comportamento alimentar é, de que forma, o indivíduo confraterniza com o alimento (CARVALHO *et al*, 2013). Já para Matias *et al* (2010), comportamento alimentar é qualquer atitude referente ao alimento, que tem início na escolha, na flexibilidade, no modo em que é preparado, os utensílios, os horários definidos, a distribuição das refeições e por fim a deglutição.

Comportamento ou hábito alimentar são quaisquer jeito de contato com o alimento, isto significa, que os padrões alimentares não retratam somente os alimentos que foram ou não foram consumidos, porém, abrangem a moral, os princípios e os conceitos, os quais transpassam os distintos pontos de vistas, em relação ao ato de se alimentar (LEONIDAS E SANTOS,2011 ALESSI,2006).

A questão socioeconômica também influencia nos hábitos alimentares, pois os alimentos nutritivos, em outras palavras, alimentos saudáveis tem de ser mais caros (TORAL, 2006;2007). O valor das alimentações baseadas em carboidratos simples, alimentos gordurosos e doces, são mais acessíveis que os alimentos saudáveis, por isso pessoas com condições socioeconômicas mais altas, corre menos risco de deficiências energéticas e nutricionais (SILVA, RIBEIRO, CARDOSO, 2008).

A urbanização e a industrialização é um motivo decisivo nas mudanças dos hábitos alimentares, ocasionando alteração no estilo de vida de praticamente toda população mundial (GARCIA, 2003).

#### **4.5 SEDENTARISMO**

Por meio dos anos 90, a referência para melhoria da saúde mirava a obrigação de melhorar a disposição para as atividades físicas para atingir os proveitos, após essa época teve uma mudança no estilo de vida sedentária para ativa se tornando benéfica para à saúde, apesar de ter tido alguma transformação da predisposição para atividade física ( FARIAS JÚNIOR, 2011).

As atividades classificadas como sedentárias, são aquelas que possui uma demanda energética reduzida, por exemplo, trabalhar muito tempo sentada, ficar em frente do celular, computador e televisão (AMORIM, FARIA., 2012).

A partir da Revolução Industrial, muitas afazeres manuais feitos pelos trabalhadores que possuem uma demanda energética elevada, foram substituídos por equipamentos e máquinas. Essa virada no modo de trabalhar e qualidade de vida, gerou o sedentarismo (OLIVEIRA *et al.*, 2014).

A nova era tecnológica tem influenciado no urbanismo, na vida social das pessoas e com isso houve transformações no estilo de vida e na saúde, e em decorrências a pessoas estão cada vez mais sedentárias e com sobrepeso ou obesidade. (SMITH-MENEZES, DUARTE, SILVA 2012).

A inatividade física está relacionada a doenças cardiovasculares, diabetes mellitus, obesidade, síndrome metabólica entre outras, tendo potencial para ser um perigo para qualquer letalidade. (MENEGUCI *et al.*, 2015)

Diversos trabalhos destacam que a atividade física e a saúde, previne várias doenças como hipertensão, osteoporose, minimiza a gordura corporal, entre outros. Com isso a constância da atividade física é fundamental na preservação e melhoria da saúde e estilo de vida dos indivíduos (OLIVEIRA *et al.*, 2014).

#### **4.6 TABAGISMO**

O tabagismo refere-se um imenso transtorno à saúde pública, sendo uns dos fatores importantes para a predisposição ao câncer. O fumo é causador de outras patologias tais como a bronquite, doenças que acometem o coração, enfisema, doenças vasculares, além disso pode modificar a voz, e também pode desenvolver um quadro de falta de ar. O tabagismo é a razão em torno de 4,9 milhões de óbitos hoje em dia no mundo. Em 2030, supõe-se que o tabaco será o grande motivo de falecimentos, tendo potencial a chegar em 10 milhões de mortes por ano (MENEZES *et al.*, 2002).

O consumo do tabaco é uma influente condição de perigo para à saúde, levando ao aparecimento de doenças crônicas não transmissíveis (MALTA *et al.*, 2019; PRÉCOMA *et al.*, 2019).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) analisa que, nos dias de hoje a população mundial dispõe de 40 milhões recentes juvenis tabagistas (13 e

15 anos), e na medianidade 1,1 bilhão de pessoas são fumistas. Por isso é determinada uma complicação preocupante, uma vez que o consumo em grandes quantidades e com muita frequência expõe-se a uma dependência, ainda assim pode elevar a vulnerabilidade ao uso de diferentes drogas psicoativas (PORTES *et al.*, 2017).

#### **4.7 ETILISMO**

Etanol é a razão para anomalias cerebrais, quando é ingerido demasiadamente é caracterizado como alcoolismo e provoca diversas doenças do tipo degenerativas e inflamatórias, levando a morte ou a invalidez. Podendo provocar miocardiopatia alcoólica, miopatia alcoólica, polineuropatia alcoólica, pancreatite aguda e crônica, osteoporose, atrofia cerebral, encefalopatias, hepatites, depressão e ansiedade (PIEDRAHITA, 2017).

O álcool provoca várias mutações no organismo, principalmente nos tecidos hepático e o hematopoiético. Sendo assim, comprometendo na biodisponibilidade, da vitamina B12, no fósforo e no ácido fólico, progredindo para uma desnutrição proteico-calórica. O intestino delgado também acaba sendo comprometido, pois, afeta a absorção de vitaminas (OMS, 2019; LAIA, 2018; BARBOSA *et al.*, 2017).

A ingestão desmoderada do álcool também é considerado um obstáculo para a saúde pública. De acordo com a OMS em 2011, as bebidas alcólicas foram encarregadas por 2,5 milhões de falecimentos no mundo todo (WHO, 2011).

O álcool é a droga mais consumida no mundo inteiro, causando dependência, danos mentais, neurológicos e emocionais. O consumo da bebida alcoólica induz a falhas na memória, como esquecimento e riscos de problemas mentais (OMS, 2010)

O uso de álcool aumenta a incidência de vários tipos de câncer, como o de boca, garganta, esôfago, cólon e fígado, este último levando à cirrose hepática. Esses riscos aumentam quando associados a hábitos de vida não saudáveis, como o tabagismo e o sedentarismo (OMS, 2010).

## **4.8 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS**

Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são doenças cardiovasculares, diabetes mellitus (DM), hipertensão (HAS) e cânceres, que são encarregados por meio de 70% das mortalidades no mundo todo (SCHMIDT; DUNCAN; AZEVEDO; MENEZES; MONTEIRO; BARRETO, 2011).

As DCNT no Brasil são da mesma forma, problemas de saúde pública de total seriedade e representam cerca de 75% das razões dos óbitos (GLOBAL BURDEN OF DISEASE STUDY, 2015).

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), são causadas por vários motivos e possui diversos fatores de risco, e para combater o grande número de DCNT é importante criar métodos para controle e prevenção do etilismo, tabagismo, sedentarismo, obesidade, dislipidemia e a alimentação inadequada (MALTA, 2006).

De acordo com estudos, revelam que as DCNT acometem em maior quantidade populações de baixa renda, por meio de estar uma vez mais submetida a um risco, encontrarem-se mais suscetíveis, usufruírem pouco dos sistemas de saúde e às convenções de promoção de saúde e a precaução das doenças (ABEGUNDE, MATHERS, ADAM, ORTEGION, STRONG, 2007).

### **4.8.1 DIABETES MELLITUS**

Diabete Mellitus (DM) enfatiza, visto que nos dias de hoje é um sério de problema de morbidade e letalidade. Suposições mundiais apontam que 382 milhões de pessoas apresentam DM (8,3%), podendo atingir 529 milhões de pessoas em 2035 (GUARIGUATA *et al.*, 2014).

O balanço mais recente, feito no ano de 2020, contabilizou 7,7% da população adulta brasileira com o quadro de diabetes confirmado, proporção que era de 5,5% em 2006. As mulheres tem

percentual maior de diagnóstico: 8,1%, o índice de homens é 7,1% (VIGITEL, 2021).

Considera-se, por volta de 50% das pessoas portadoras do diabetes não sabem que possui a patologia (BEAGLEY *et al*, 2014).

Além disto, é estimado que o diabetes mellitus pode ser a sétima razão de óbitos da população mundial em 2030 (SHAW *et al.*, 2010).

No contexto nacional, essa patologia reflete uma complicação da saúde de imensa gravidade. O Brasil no ano de 2013, atingiu o quarto lugar junto de outros países que possui grande números de pessoas com diabetes, totalizando 11,9 milhões de ocorrências na população adulta entre 20 a 79 anos (IDF,2013).

Com o crescimento dos números dos idosos da população, a predominância da obesidade e a urbanização tornam-se causadores da existência e do prevaecimento do diabetes mellitus no mundo (Moura *et al.*, 2012).

#### **4.8.2 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA**

Hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença crônica não transmissível, é definida pelos níveis elevados da pressão sanguínea, isto é, PA sistólica igual ou maior que 140mmHg e a PA diastólica igual ou maior que 90mmHg. Esta relacionada constantemente com alterações funcionais ou estruturais dos órgãos-alvo como o coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos e alterações metabólicas, com consequente elevado risco de doenças cardiovasculares fatais ou não fatais (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

Essa patologia é classificada como uns dos principais fatores de risco e um dos mais graves problemas de saúde pública. Os fatores de risco para hipertensão são a idade, alta ingestão de sal e álcool, sedentarismo, excesso de peso e genético (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).



### **4.8.3 OBESIDADE**

A obesidade pode-se caracterizada como uma patologia que possui uma abundância numerosa de gordura corporal, por decorrência do balanço energético positivo ocasionado impactos na saúde (WHO, 1998).

Diversos aspectos encontram-se implicados na causa da obesidade, mas todos tendem para o mesmo objetivo, o desequilíbrio energético positivo. As calorias que são consumidas cotidianamente excedem as que são gastas, ocorrendo o grande estoque incessantemente no tecido adiposo. Este desequilíbrio energético tem a interferência de condições genéticas, emocionais, fisiológicas, comportamentais e ambientais (SPIEGELMAN; FLIER, 2001).

Apesar de que a obesidade seja uma doença hereditária, tal como, a modificação no DNA ou no receptor da leptina, nos dias de hoje a obesidade é qualificada como uma doença multifatorial (PÉRUSSE *et al.*, 2001).

A obesidade encontra-se relacionada ao aparecimento de várias comorbidades que afetam o estilo de vida e pioram a prognose dos pacientes. Entre algumas comorbidades as mais importantes são as doenças cardiovasculares, diabetes mellitus tipo 2 e o câncer (GUH *et al.*, 2009).

### **4.8.4 DOENÇAS CARDIOVASCULARES**

As doenças cardiovasculares (DCV) pertencem ao conjunto de morbidades incluindo o coração e os vasos sanguíneos, ou por decorrências do abastecimento sanguíneo vascular inapropriado (DEVAUX *et al.*, 2019).

Existem dois grupos para as doenças cardiovasculares, são eles doenças isquêmicas do coração e as doenças cerebrovasculares (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

As doenças crônicas não transmissíveis e as doenças cardiovasculares, estão relacionadas com determinados fatores de risco, apontados como não mutáveis, por

exemplo a predisposição genética, o sexo, a idade e os mudáveis como a alimentação, o estilo de vida, o sedentarismo, o tabagismo e o etilismo (MALTA *et al.*, 2015).

#### 4.8.5 CÂNCER

Câncer entende-se um conjunto por mais de 100 patologias representadas pela multiplicação desalinhada das células, apresentando habilidade de se alastrar no meio dos órgãos e tecidos. O câncer é visto como imbróglio na saúde pública brasileira. A ocorrência progressiva do câncer transfigurou o delineamento epidêmico da população, sendo o crescimento do contato com os fatores que levam a predisposição ao câncer, o aumento de idosos, os avanços tecnológicos para fechar diagnóstico e os grandes números de mortes em decorrência do câncer (INCA, 2012).

O câncer gástrico é definido pelo aumento celular desalinhado, sendo três tipos: o adenocarcinoma, o linfoma e o leiomiossarcoma. O adenocarcinoma é o tumor mais frequente e agressivo, sendo gerado na mucosa gástrica, onde é produzido o muco (COIMBRA *et al.*, 2013).

O estilo de vida é um fator de risco para o surgimento do câncer, pois, predisposição genética, bactérias como *Helicobacter Pylori*, má alimentação, sedentarismo, obesidade, etilismo e tabagismo são elementos cruciais para o aparecimento e evolução da patologia (PERIN, ZANARDO, 2013).

A alimentação tem função importante na prevenção, como os alimentos que são fontes antioxidantes, como a vitamina E, ácido ascórbico, polifenóis e carotenóides, dando uma visibilidade maior para o licopeno, sendo os seguintes alimentos: tomate, molho de tomate e mamão (INCA, 2011).

O consumo diário de verduras, legumes e frutas, também são fontes importantes de prevenção ao câncer gástrico (LIMA *et al.*, 2013; KIM *et al.*, 2015). O aumento no consumo das frutas, gerou uma resposta positiva no poder de proteção da mucosa gástrica combatendo a inflamação e a proliferação de bactérias, tudo isso devido ao seu fator antioxidante (WANG *et al.*, 2016; SOMI *et al.*, 2015).

A ingestão de carnes embutidas, processadas e vermelha é uma causa deste câncer, o churrasco e a fritura pode também induzir ao câncer ( LEONCIO *et al.*, 2019). Pois o consumo de nitritos e nitratos, também prejudica a ingestão da vitamina A. Uma vez que quando o nitrato chega no trato gastrointestinal, ele se transforma em nitrito e depois formar as nitrosaminas no estômago, que são fatores cancerígenos (BENEVIDES, SOUZA, 2015).

Pacientes portadores de câncer gástrico, podem estar com seu estado nutricional afetado, devido os seguintes sintomas: saciedade precoce, vômitos, náuseas, diarreia, constipação intestinal, xerestomia, disfagia e disgeusia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 Delineamento da pesquisa**

Trata-se de uma revisão de literatura que teve como objetivo o levantamento de dados baseados em artigos e revistas científicas, monografias e dissertações já publicadas.

A pesquisa é de caráter transversal, onde o pesquisador teve acesso a materiais sobre o tema proposto e não influenciou nos fatos que estão sendo estudados, apenas apontam as informações ou dados coletados, em um único momento, deste modo auxiliando na análise das pesquisas, onde será feito um novo estudo.

Trata-se de uma pesquisa transversal, pois, ela é observada em um único momento, sendo um estudo que aborde indivíduos ou outros tipos de dados (KRAMER, 1998; KATZ, 2006).

#### **3.2 Amostragem (participantes do estudo/público alvo)**

Foi realizada uma revisão de literatura que aborde sobre o tema alimentação, hábitos alimentares, doenças crônicas não transmissíveis, estilo de vida. Foram selecionados diversos artigos científicos, dissertações, teses e periódicos.

#### **3.3 Critérios de inclusão e exclusão**

Foram incluídos no estudo artigos cuja as pesquisas de hábitos alimentares que realizaram pesquisas de revisão bibliográfica ao tema proposto que foram publicados entre 1981 a 2020 nas línguas portuguesa e inglesa.

Os critérios para exclusão foram fontes não seguras, publicações ou artigos incompletos e os artigos que não tenha relevância para o trabalho, mesmo tendo relação com o tema.

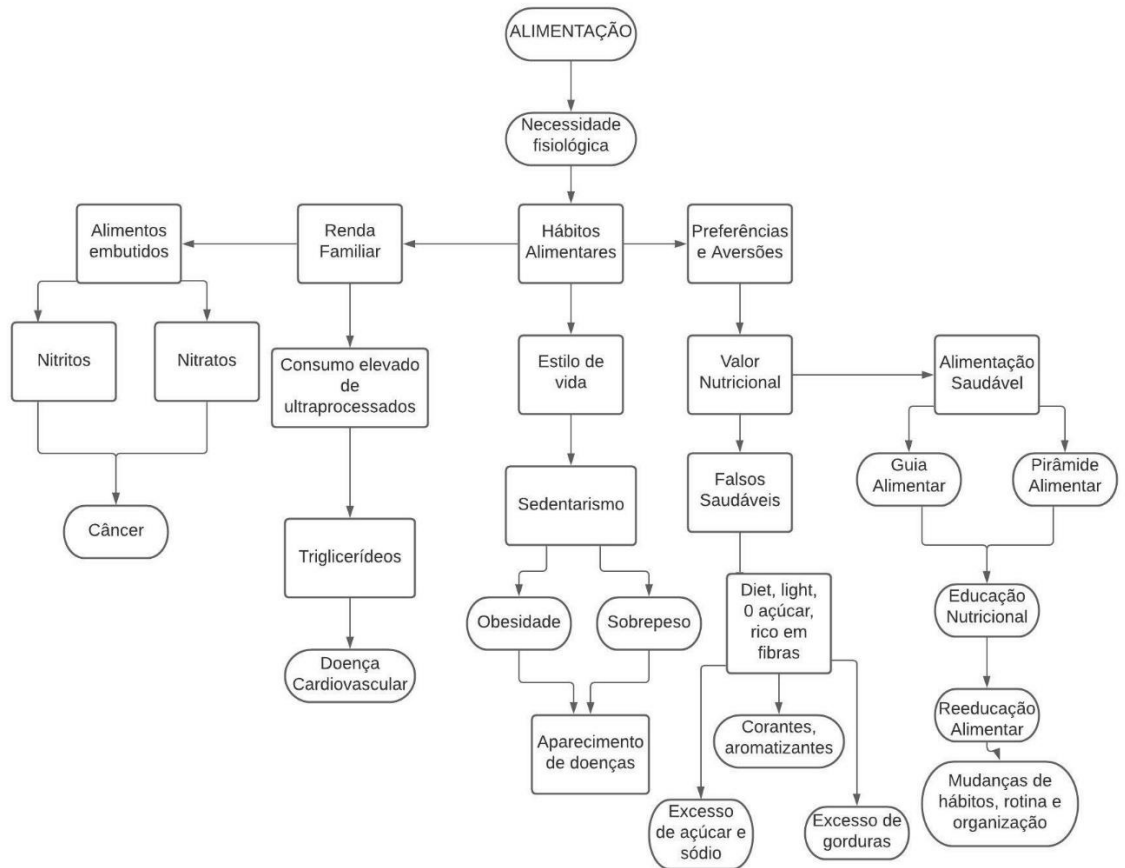
### **3.4 Procedimentos e Desenvolvimento do Estudo (Coleta de Dados)**

Este estudo de revisão foi desenvolvido por meio de pesquisas com embasamento científico, utilizando-se artigos publicados em revistas, publicações oficiais do Ministério da Saúde do Brasil, artigos científicos, projetos de monografia e dissertações. As bases de dados utilizadas nessas pesquisas foram Biblioteca Virtual em Saúde, (Scientific Electronic Library Online (SciELO), Google Acadêmico, Livros e Revistas.

Para a realização desse estudo foram analisadas publicações do período de 2000 a 2020. Como estratégia de busca nas bases de dados foram utilizadas palavras chaves como: alimentação, doenças crônicas não transmissíveis e estilo de vida.

5 RESULTADO

Organograma 1 – Análise do hábitos alimentares e os impactos causados



Fonte: ALMEIDA; MARIN (2021).

## 6 DISCUSSÃO

Alimentação é uma necessidade fisiológica, que o organismo necessita para atender as necessidades energéticas, nutricionais e essenciais para o seu bom funcionamento, por meio do ato de se alimentar.

Os cuidados que devem se ter em relação a alimentação, é sobre a alta ingestão de alimentos ricos em gorduras, sódio e açúcares. Pois estes alimentos consumidos de forma excessiva, está ligado ao surgimento de DCNT ( WHO, 2015).

Os hábitos alimentares de uma pessoa envolve vários fatores, um deles é a renda familiar que nem sempre o indivíduo irá priorizar o valor nutricional dos alimentos e sim o que ele está podendo comprar no momento. Porém esses alimentos como, bolachas recheadas, macarrão instantâneo, salgadinhos, sucos em pó, bebida láctea, temperos prontos e entre outros, são alimentos ultraprocessados que são ricos em gorduras e açúcares, elevando o triglicerídeos e conseqüentemente progredindo para uma doença cardiovascular, já que esses tipos de alimentos são pobres em fibras que são essenciais na prevenção desta patologia.

É na infância que começa o interesse ou a falta de interesse por um certo tipo de alimento, e a família tem um papel importante nessas escolhas ou não, pois, é o primeiro lugar de confraternização da criança, ou seja, é ali que ela vai adquirir seu hábitos alimentares, sendo saudáveis ou não saudáveis (COUCH, 2014; PEDERSEN, GRONHOJ, TOGERSEN, 2015).

Outros alimentos ligados a renda familiar são os embutidos, que são compostos por aditivos químicos para fazer com que a conservação desses alimentos durem mais. Estão presente nesse processo o nitrito e nitrato, ambos sendo conservantes atuando na coloração avermelhada das carnes, nos sabores e para evitar a proliferação microbiana. Esses dois componentes quando são submetidos em altas temperaturas, formam as nitrosaminas que é considerado um composto cancerígeno, sendo relacionado ao câncer de intestino. Além do câncer esses alimentos podem causar hipertensão, por causa das carnes serem muito salgadas.

O estilo de vida é a melhor prevenção para o surgimento de doenças crônicas não transmissíveis, é possuir uma alimentação balanceada e nutritiva, ter uma boa rotina de sono, praticar atividades físicas, evitar o consumo de tabaco, ter uma ingestão razoável de bebidas alcólicas e realizar os exames de rotina.

Outro registro positivo diz respeito à prática de atividades físicas no tempo livre. A taxa subiu 25,7%, na compra de 2009 com 2018. O salto foi de 30,3% para 38,1% (VIGITEL, 2021).

Atualmente o nível de sedentarismo cresceu bastante desde as crianças até aos adultos, a tecnologia teve grande contribuição para esse aumento.

As crianças cada vez mais cedo estão tendo acesso ao celular, computador e *tablet*, isso é um dos jeitos que os pais encontrou para distrair-los para conseguir realizar suas obrigações, e com isso, eles deixam de brincar, gastar energia para ficar entretidos em televisões, videogames e entre outros.

Com os adultos acontece que alguns alegam a falta de tempo, dinheiro para pagar uma academia, e outros que tem falta de vontade e interesse de sair desse estilo de vida.

A prática de atividades físicas, elevam a qualidade de vida e ainda reduzem as chances de DCNT, melhora a saúde mental e ainda ajuda na conservação do peso de forma saudável (GUTHOLD, *et al.*, 2018; GASPAROTTO, *et al.*, 2013).

No Brasil os casos de sobrepeso, obesidade e obesidade infantil, aumentou muito nos últimos anos, por causa da mudança dos hábitos alimentares, substituindo uma refeição caseira por uma industrializada, que são ricas em gorduras, sódio e açúcares e pela falta de praticar um exercício físico.

De acordo com o resultado da pesquisa Vigitel 2019 (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico), levantamento que revela o perfil da população brasileira em relação às doenças crônicas mais comuns, o maior aumento, desde 2006, é da obesidade. Saltou de 11,8% para 20,3% em 2019. O excesso de peso atinge 55,4% dos brasileiros, percentual que varia de acordo com a faixa etária: 30,4% para os jovens de 18 a 24 anos e 59,8% entre adultos com mais de 65 anos (VIGITEL, 2021).

Isso acende um alerta para as doenças que possam surgir por causa desse quadro clínico, como doenças cardiovasculares, diabetes, hipertensão e colesterol alto. E também uma ressalva para o constrangimento e *bullying* que essa pessoa pode sofrer.



A alimentação inadequada, o sedentarismo, o consumo de álcool e tabaco, são responsáveis pela DCNT e essas condições são as grandes causadoras do sobrepeso e obesidade ( MALTA *et al.*, 2006).

Por outro lado preferência alimentar é quando se escolhe um alimento em relação ao outro. Em muitos casos essa preferência acontece por influência da família, amigos, nas escolas e pela mídia, e geralmente essas escolhas são feitas por alimentos bastante calóricos e poucos nutritivos. Aversão alimentar resume-se a rejeição ao experimentar ou comer novos alimentos. As vezes tem uma confusão com a seletividade alimentar, que consiste em se alimentar em um só tipo de alimento várias vezes.

As preferências e aversões alimentares envolve o gosto particular, e também pode estar ligado a religião, pois em algumas crenças certos tipos de alimentos são proibidos de serem consumidos.

Quando se fala em valor nutricional, não está apenas se referindo a composição química destes alimentos, e sim dos nutrientes que são compostos por carboidratos, proteínas, lipídeos, vitaminas, minerais e água.

Os alimentos de origem animal são ricos em proteínas, os cereais são compostos por carboidratos, mas também podem possuir proteínas, lipídeos, vitaminas e minerais, já as frutas, verduras e legumes possuem fontes de fibras, vitaminas e minerais.

Os alimentos considerados falsos saudáveis fornece uma alimentação deficiente, e que não atingem as recomendações de nutrientes e energia, levando a um quadro de carência nutricional e levando ao adoecimento. Pois esses alimentos contém corantes, aromatizantes e saborizantes para poder deixar o alimento mais “gostoso”, sem contar nos excessos de açúcares, gorduras e sódios.

Muitas vezes esses alimentos são comprados com a promessa de ser saudáveis, pois a propaganda, as embalagens e rótulos acaba enganando o consumidor.

A alimentação saudável, é aquela que proporciona a quantidade necessária dos nutrientes para um melhor desenvolvimento do organismo, garantindo saúde e bem estar.

Com isso o Ministério da Saúde criou o Guia Alimentar para a População Brasileira, no qual foi atualizado em 2014, ele é um material com o intuito de apoio,

incentivo, proteção e promoção da saúde, segurança alimentar e nutricional da população.

Sônia Philippi (2013), em conjunto com o Ministério da Saúde, elaborou uma nova pirâmide alimentar, contendo 2.000 calorias. E acrescentando novos alimentos, como arroz integral, pão de forma integral, pão francês, folhas de coloração verde escura, abobrinha, beringela, iogurte, sardinha, salmão, frango sem pele, castanha do Pará e caju e o chocolate.

Esses dois materiais permitem a promoção da educação nutricional, e que a alimentação saudável deve conter os princípios da adequação, qualidade, quantidade, harmonia e variedade.

Sendo adequada às diferentes fases da vida, de acordo com as condições do indivíduo, como atividades, necessidades fisiológicas e presença ou não de patologias. A qualidade são os alimentos, que irão satisfazer as necessidades do organismo, sendo os alimentos nutritivos. A quantidade é que a alimentação, deve ser suficiente para suprir as necessidades do corpo em todos os sentidos. A harmonia deve ter um equilíbrio entre os nutrientes, tanto em qualidade como em quantidade. Na variedade deve-se consumir diversos tipos de alimentos todos os dias, pois cada um oferece um nutriente diferente.

A alimentação saudável busca proteger e promover saúde, sendo um direito para todos os seres humanos, visando a qualidade durante o desenvolvimento em todas as fases da vida (BRASIL, 2012).

A reeducação alimentar é a primeira atitude para mudar os hábitos alimentares. Ela tem o objetivo de prevenir doenças, a manutenção da saúde e o emagrecimento com qualidade.

O ato de realizar a reeducação alimentar, ajuda a entender melhor o impacto da alimentação na vida do ser humano, em relação a mente e o corpo, mostrando que é possível ter prazer ao se alimentar e ainda promover saúde.

E por fim entender que a fome física aparece de forma gradual, sendo assim o organismo começa a enviar sinais de fome, para que o indivíduo entenda que está na hora de se alimentar, e se logo após estes sinais continuar em jejum, o corpo começa a demonstrar fraqueza.

Como a rotina hoje em dia é agitada e tem a falta de tempo, as marmitas congeladas, no próprio supermercado tem a opção de frutas e legumes descascados e picados que acabam facilitando na hora de cuidar da alimentação. Pois, o

planejamento e a organização é o segredo chave, para se ter mudanças e adotar novos hábitos alimentares, e ainda assim ter resultados em seus objetivos.

## 7 CONCLUSÃO

Após a leitura dos artigos científicos e a construção do organograma acredita-se que o brasileiro, está desembalando mais e descascando menos, ou seja, houve mudança significativa dos seus hábitos alimentares, tendo um aumento na procura por alimentos mais práticos e fáceis, que nem sempre agregam os valores nutricionais para a saúde.

Conclui-se que o estilo de vida da população brasileira é o sedentarismo, a grande maioria não pratica atividades físicas, muitas trabalham sentados e com isso acaba despertando a falta de disposição. E esse estilo de vida traz prejuízos para a saúde, pois a pessoa não pratica atividade física e déficit calórico, ou seja, consome mais do que gasta.

Por isso, quem mais procura ter uma alimentação saudável são os praticantes de atividades físicas e quem possui determinada patologia. Em alguns casos as pessoas buscam por melhorar a alimentação, mas acabam sendo influenciados pela internet e redes sociais e optam por fazer uma dieta muito restritiva, e que acabam tendo o efeito contrário.

Com isso a alimentação da população brasileira, hoje em dia, rica em gorduras, sódio, açúcares, conservantes e entre outros, e está sim ligado ao surgimento de doenças crônicas não transmissíveis.

O nutricionista é o profissional competente para educar a população a ter hábitos alimentares mais saudáveis. O papel do profissional nutricionista, é mais que prescrever dieta para o emagrecimento. Ele é aquele que irá tornar seu organismo mais saudável, melhorar seu estilo e qualidade de vida, melhorar a alimentação e prevenir o surgimento de doenças crônicas não transmissíveis.

## 8 REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, S.S. Quantidade e qualidade de produtos alimentícios anunciados na televisão brasileira. **Revista Saúde Pública**. 2002, vol.36, n.3
- ABEGUNDE DO, Mathers CD, Adam T, Ortegon M, Strong K. **The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries**, 2007 acessado em 25/03/2021 [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61696-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61696-1).
- AMORIM, P. R. S., FARIA, F. R. **Dispêndio energético das atividades humanas e sua repercussão para a saúde**. 2012
- ARRUDA, B.K.G. **Padrões alimentares da população brasileira**. Instituto Nacional da Alimentação e Nutrição-INAN, 1981, 64p.
- ALESSI NP. Conduta alimentar e sociedade. **Rev Medic**. 2006; 39(3):327-32.
- BARBOSA, Camila Dias; FERREIRA, Célia Cristina Diogo. **O papel da nutrição no processo reabilitatório de dependentes de álcool**. Cadernos UniFOA, v. 6, n. 1 (Esp.), p. 89-101, 2017.
- BATISTA FILHO, M.; RISSIN, A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Cad. Saúde Pública**. 2003, vol.19.
- BENEVIDES, Clícia; SOUZA, Mariana. Fatores antinutricionais em alimentos: revisão. **Segurança Alimentar e Nutricional**, Campinas, v. 18, n. 2, p. 67-79, 10 fev. 2015. DOI doi.org/10.20396/san.v18i2.8634679. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/san/article/view/8634679> Acesso em: 30 maio. 2021.
- BURKHARD, G.K. **Novos caminhos da alimentação. Alimentos em diferentes situações da vida e idades**. Cardápios e dietas. 3ª edição. São Paulo: CRL brasileiro, 1991, p164.
- BRASIL. Departamento de Informática do SUS - DATASUS. Informações de saúde. **Epidemiológicas e morbidade**. Ministério da Saúde: Brasília, 2017. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/epidemiologicase-morbidade/>
- BRASIL. **Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável**. Ministério da Saúde: Brasília, 2014.
- BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Ministério da Saúde: Brasília, 2012.
- COIMBRA, Felipe et al. Câncer Gástrico: Patologia. In: LOPES, Ademar et al. **Oncologia para a graduação**. 3 edição. Ed. São Paulo: Lemar, 2013. cap. 54, p. 425-429. ISBN 978-85-88652-37-0.
- Consenso nacional de nutrição oncológica, volume 2/ Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Gestão Assistencial. Hospital do Câncer I. **Serviço de Nutrição e Dietética** – Rio de Janeiro: INCA, 2011. Cap: 6, p.65-66. ISBN 978-85-7318-183-8.
- COUCH SC, Glanz K, Zhou C, Sallis JF, Saelens BE. Home food environment in relation to children's diet quality and weight status. **J Acad Nutr Diet**. 2014; 114 (10): 1569-79.
- DRENOWSKI, A. **Fat and sugar: an economic analysis**. The Journal of Nutrition, v.133, n.3, p.1-3, 2003.
- DEVAUX M, Lerouge A, Ventelou B, Goryakin Y, Feigl A, Vuik S, et al. Assessing the potential outcomes of achieving the World Health **Organization global non-communicable**

**diseases targets for risk factors by 2025** : is there also an economic dividend? Public Health 2019;169:173-9. doi: [https://doi.org/ 10.1016/j.puhe.2019.02.009](https://doi.org/10.1016/j.puhe.2019.02.009)

FARIAS Júnior, J. C. (In)Atividade física e comportamento sedentário: estamos caminhando para uma mudança de paradigma? **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**. 2011.

FRANCO, A. **De caçador a gourmet: uma história da gastronomia**. Brasília / DF, Ed. Thesaurus Editora, 1995, p. 240.

FREYRE, G. **Características gerais da colonização portuguesa no Brasil: formação de uma sociedade agrária, aristocrata e híbrida**. IN: FREYRE, G. Casa-grande & Senzala. 43º edição. Rio de Janeiro: Record, 2001, p.105-115.

GARCIA, R. W. D. Reflexos da globalização na cultura alimentar: considerações sobre as mudanças na alimentação urbana. **Revista de Nutrição**, Campinas, out./dez., 2003.

GASPAROTTO, G. S., et. al. Associação entre fatores sociodemográficos e o nível de atividade física de universitários. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, v. 21, n. 4, p. 30-40, 2013.

GUTHOLD, et al. Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1.9 million participants. **Lancet Global Health**, v. 6, n. 6, p. 1077-86, 2018.

Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Educação ABC do câncer: **abordagens básicas para o controle do câncer**. 2ª ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: INCA; 2012.

KATZ M.H. **Study Design and Statistical Analysis**. New York: Cambridge University Press, 2006.

KIM , Mi et al. Anticancer Effect of Lycopene in Gastric Carcinogenesis. **PubMed**, [S. I.], v. 20, p. 1-5, 2 jun. 2015. DOI 10.15430. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26151041> Acesso em: 30 maio. 2021.

KRAMER M.S. **Clinical Epidemiology and Biostatistics**. Berlin: Springer-Verlag, 1988.

LEONCIO, Barbara et al. **Importância da alimentação na prevenção do câncer: Consumo de carne vermelha, carne processada e câncer**. In: PIOVACARI, Sílvia et al. Nutrição Clínica na Oncologia. São Paulo: Atheneu, 2019. cap. 7, p. 86-102.

LEÔNIDAS C, SANTOS MA. **Imagem Corporal e Hábitos Alimentares na Anorexia Nervosa: Uma Revisão Integrativa da Literatura**. *Psicol Refl Crít*. 2011; 25(3):550-8.

LIMA, Carmem et al. Prevenção do câncer: dieta, sobrepeso, obesidade e atividade física. In: LOPES, Ademar et al. Oncologia para a graduação. 3. ed. revista. São Paulo: Le mar, 2013. cap. 34, p. 269-277. ISBN 978-85-86652-37-0.

LOPES, A D. **Assim comiam os desbravadores**. *Jornal Gazeta Mercantil*, edição de 24/08/2001, p.14.

LOPES, J.D. **As raízes do Brasil**. *Jornal O Estado de São Paulo*, edição de 17/ 08/01, p. 8.

LOPES, J.D. **O arredio monarca que adorava frangos**. *Jornal O Estado de São Paulo*, edição de 31/08/01, p.12.

MALTA DC, Cezário AC, Moura L, Morais Neto OL, Silva Júnior JB. **A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do sistema único de saúde**. *Epidemiol Serv Saúde* 2006;

MATIAS CT, FIORE EG. **Mudanças no comportamento alimentar de estudantes do curso de nutrição em uma instituição particular de ensino superior**. Nutrire. 2010; 35(2):53-66

MALTA, D. C., Andrade, S. S. C. D. A., Oliveira, T. P., Moura, L. D., Prado, R. R. D., Souza, M. D. F. M. D. (2019). Probabilidade de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis, Brasil e Regiões, projeções para 2025. **Revista Brasileira de Epidemiologia**.

MALTA DC, França E, Abreu DMX, Perillo RD, Salmen MC, Teixeira RA, et al. **Mortality due to noncommunicable diseases in Brazil**, 1990 to 2015, according to estimates from the Global Burden of Disease study. São Paulo Med J 2017;

MALTA DC, Campos MO, Oliveira MM de, Iser BPM, Bernal RTI, Claro RM, et al. **Prevalência de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis em adultos residentes em capitais brasileiras**, 2013. Epidemiol Serv Saúde. 2015;23(4):387-73. doi: [https://doi.org/10.5123/S1679-49742014\\_000400003](https://doi.org/10.5123/S1679-49742014_000400003).

MENEGUCI, Joilson, Douglas Assis Teles Santos, Rodrigo Barboza Silva, Rafaela Gomes Santos, Jeffer Eidi Sasaki, Sheilla Tribess, Renata Damiano, e Jair Virtuoso Júnior. 2015. “**Comportamento sedentário: conceito, implicações fisiológicas e os procedimentos de avaliação**”. Motricidade, abril, 160-174 Pages. <https://doi.org/10.6063/MOTRICIDADE.3178>.

MENEZES, A.M.B. et al. Risco de câncer de pulmão, laringe e esôfago atribuível ao fumo. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v.36, n.2, p.129-134, 2002.

MEZOMO, I. F. B. **Os serviços de alimentação: planejamento e administração**. Barueri (SP): Manole; 2002.

MONTANARI, et al. **Alimentação mundial - uma reflexão sobre a história**. Saúde e Sociedade; 2001. 10 (2):3-14.

OLIVEIRA, S. P.; THEBAUD-MONY, A. **Consumo alimentar: abordagem multidisciplinar**. Revista da Saúde Pública, v.31, n.2, p. 201-208, 1997.

OLIVEIRA, Cristiano de Souza, Alex Pinheiro Gordia, Teresa Maria Bianchini de Quadros, e Wagner de Campos. 2014. “**ATIVIDADE FÍSICA DE UNIVERSITÁRIOS BRASILEIROS: UMA REVISÃO DA LITERATURA**”. **Revista de Atenção à Saúde** (ISSN 2359-4330) 12 (42). <https://doi.org/10.13037/rbbcs.vol12n42.2457>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Alcoolismo**. Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) - Brasil: 2019. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-organização-mundial-da-saudeomswho.html> Acesso em: 30 maio 2021.

PEDERSEN S, Gronhoj A, Thogersen J. **Following family or friends**. Social norms in adolescent healthy eating. Appetite. 2015; 86: 54-60.

PELLISSARI, Franciele; RONA, Maria; MATIOLI, Graciete. **O licopeno e suas contribuições na prevenção de doenças**. Arq Mudi, [S. l.], p. 9, 4 set. 2008.

PERIN L, Zanardo VPS. Alimentos funcionais: uma possível proteção para o desenvolvimento do câncer. **Revista Perspectiva Erechim**, mar.2013;37 (137):93-101.

PÉRUSSE L, Chagnon YC, Weisnagel J, Rankinen T, Snyder E, Sands J, et al. **The human obesity gene map: the 2000 update**. Obes Res. 2001;9:135-69.

PIEDRAHITA, A.S; VARGAS, B.P; CULMA, L.A.R. Neurotoxicidade alcoólatra. Revista Max. v. 25, n. 1, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/med/v25n1/v25n1a10.pdf>

PINHEIRO, K. **História da Alimentação**. Universitas Ciências da saúde; 2001. 3:173-190.

PITAS AMCS. **Atuação do nutricionista em saúde pública na promoção da alimentação saudável** [dissertação]. Serviços de Saúde Pública: Faculdade de Saúde Pública; 2010.

PORTES, L. H., Machado, C. R., Turci, S. R. B., Figueiredo, V. C., Cavalcante, T. M., Costa e Silva, L. A. (2017). **Política de Controle do Tabaco no Brasil: um balanço de 30 anos.** Ciênc.Saúde Colet.,23(6):1837-48.

POPKIN, B. M. Global nutrition dynamics: the world is shifting rapidly toward a diet linked with non communicable diseases. **American Journal of Clinical Nutrition**, v. 84, n. 2, p. 289-298, 2006.

PHILIPPI, S. T. **Redesenho da Pirâmide Alimentar Brasileira para uma alimentação saudável**, 2013. Disponível em [http://www.piramidealimentar.inf.br/pdf/ESTUDO\\_CIENTIFICO\\_PIRAMIDE\\_pt.pdf](http://www.piramidealimentar.inf.br/pdf/ESTUDO_CIENTIFICO_PIRAMIDE_pt.pdf) Acesso em 05 de maio de 2021.

PHILIPPI, Sonia Tucunduva. 2014. **Pirâmide dos alimentos: fundamentos básicos da nutrição.** Editora Manole.

PRÉCOMA, D. B., Oliveira, G. M. M. D., Simão, A. F., Dutra, O. P., Coelho, O. R., Izar, M. C. D. O. et al. (2019). **Atualização da Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia.** Arq Bras Cardiol., 113(4): 787-891

SOMI, Mohammad Hossein. Is there any relationship between food habits in the last two decades and gastric cancer in North-Western Iran? **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**, [S. l.], v. 16, n. 1, p. 283-290, 2 abr. 2015. DOI dx.doi.org/10.7314/APJCP.2015.16.1.283. Disponível em: <http://journal.waocp.org/?sid=Entrez:PubMed&id=pmid:25640366&key=2015.16.1.283> Acesso em: 30 maio. 2021

SMITH-Menezes, Aldemir, Maria de Fátima da Silva Duarte, e Roberto Jerônimo dos Santos Silva. 2012. “Inatividade física, comportamento sedentário e excesso de peso corporal associados à condição socioeconômica em jovens”. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte** 26 (3): 411-18. <https://doi.org/10.1590/S1807-55092012000300007>.

SCHMIDT MI, Duncan BB, Azevedo e Silva G, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. **Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges.** 9 mai 2011. [» https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60135-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60135-9). Acessado 25 março. 2021

SHAW JE, Sicree RA, Zimmet PZ. **Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030.** Diabetes Res Clin Pract 2010; 87(1): 4-14.

SPIEGELMAN BM, Flier JS. **Obesity and the regulation of energy balance.** Cell. 2001; 104:531-43.

VI DIRETRIZES Brasileiras de Hipertensão. **Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia.** Arq Bras Cardiol, n. 95, supl.1, p. 1-51, 2010.

WANG, Tianyi. **Fruit and vegetable consumption, Helicobacter pylori antibodies, and gastric cancer risk: A pooled analysis of prospective studies in China, Japan, and Korea.** International Journal of Cancer, [S. l.], p. 591–599., 31 out. 2016. DOI 10.1002/ijc.30477. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5531280/> Acesso em: 30 maio. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global status report on non communicable diseases 2010.** Geneva: World Health Organization; 2011.



WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global status report on alcohol and health.** 2011 disponível em [http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/global\\_alcohol\\_report/msbgs\\_ruprofiles.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbgs_ruprofiles.pdf). Acessado em 13 abril. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Obesity: preventing and managing the global epidemic** - report of a WHO consultation on obesity. Geneva: WHO; 1998. Technical Report Series 894. Disponível em: <http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/en/index.html> Acessado 12 abril.2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Noncommunicable diseases progress monitor.** 2015. Geneva: WHO; 2015.