

**HÁBITOS OBESOGÊNICOS E PREVALÊNCIA DE OBESIDADE
EM POPULAÇÃO ADULTA NA BAHIA**

**Ana Gardênia Santos Barreto¹,
Murione Icó da Silva¹,
Nicole Vilela Alves Gabriel¹,
Suzana Márcia Gomes Pereira¹,**

RESUMO

O artigo aborda a obesidade em adultos e tem como objetivo identificar os hábitos obesogênicos relacionados ao ganho de peso e obesidade em adultos nas cidades de Salvador, Madre de Deus, Feira de Santana e Valença no estado da Bahia. A obesidade é hoje considerada a nível mundial como um problema de saúde pública, contribuindo para o aumento de doenças cardiovasculares, hipertensão arterial, diabetes entre outras doenças degenerativas. Para este estudo foi aplicado um questionário para análise do estilo de vida e hábitos alimentares dos indivíduos numa faixa etária de 18 a 60 anos e calculado o Índice de Massa Corpórea (IMC) dos entrevistados. Considerando-se que a obesidade é um fator de risco para saúde da população, necessário se faz uma maior atenção da saúde pública direcionada para estimular medidas preventivas, concluindo-se que é importante a adoção de políticas públicas eficazes de combate à obesidade que busquem introduzir hábitos saudáveis na população, implementando estratégias que promovam mudanças comportamentais e introduzam novas tecnologias alimentares, visando controlar o incremento do sobrepeso e obesidade no estado da Bahia.

Palavras-chave: Obesidade. Hábitos alimentares. Estilo de vida. nutrição

1 - Programa de Pós-Graduação Lato-Sensu da Universidade Gama Filho - Obesidade e Emagrecimento

ABSTRACT

Obesogenics habits e prevalence of obesity in adult population in Bahia.

The article deals with obesity in adults and aims to identify obesogenic habits related to weight gain and obesity in adults in the cities of Salvador, Mother of God, Feira de Santana and Valencia in the state of Bahia. Obesity is now considered worldwide as a public health problem, contributing to the increase in cardiovascular disease, hypertension, diabetes among other degenerative diseases. For this study a questionnaire was used for analysis of lifestyle and dietary habits of individuals in an age range of 18 to 60 years and calculated the Body Mass Index (BMI) of respondents. Considering that obesity is a risk factor for health of the population, needed more attention is a public health preventive measures aimed at stimulating, concluding that it is important the adoption of effective public policies to combat obesity who seek to introduce healthy habits in the population, implementing strategies that promote behavioral changes and introduce new food technologies, aimed at controlling the increase of overweight and obesity in the state of Bahia.

Key words: Obesity. food habits. Lifestyle. nutrition

Endereço para Correspondência:
ana-gardenia@ig.com.br
Murione@zipmail.com.br
nicolevilela@yahoo.com.br
suzanagp@terra.com.br

INTRODUÇÃO

Com a globalização, e a industrialização do país, muito se alterou o estilo de vida da população e os hábitos alimentares acarretando elevação da prevalência da obesidade, que por alguns estudos é considerada endêmica.

As determinantes que levaram a sociedade ao aumento ponderal estão diretamente relacionadas às mudanças ambientais a que as pessoas se expuseram, aumento da ingestão de alimentos de alta densidade energética, consumo de mega porções, redução das atividades físicas, alterações nos meios de deslocamento, incremento na oferta de refeições rápidas e redução de preço dos alimentos.

Segundo WHO (2000), a obesidade pode ser definida como uma doença caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal, proveniente de um balanço energético positivo que traz sérios prejuízos à saúde.

O sobrepeso e a obesidade devem ser combatidos como problema de saúde pública e não como uma doença da moda, visto acarretar perdas na quantidade e na qualidade de vida da população estudada.

O termo obesidade vem do latim *obedere*, que significa comer em excesso. A palavra "obesidade" deriva do latim *obesus*, que significa "gordura em demasia" e pode ser definida como o acúmulo exagerado de gordura no organismo (Lamounier e colaboradores, 2005).

A obesidade é uma doença crônica que envolve fatores sociais, comportamentais, ambientais, culturais, psicológicos, metabólicos e genéticos. Caracteriza-se pelo acúmulo de gordura corporal resultante do desequilíbrio energético prolongado, que pode ser causado pelo excesso de consumo de calorias associado à redução de atividade física (Lamounier e colaboradores, 2005; WHO, 2003).

A obesidade pode ser considerada como a doença da civilização ocidental atual, diversos fatores têm contribuído para que o indivíduo desenvolva a obesidade, a mecanização da agricultura aumentando a produção agrícola e conseqüentemente o aumento da oferta de alimentos, o aperfeiçoamento de técnicas de purificação do alimento e de sua maior densidade energética,

o crescente consumo de açúcar e doces, o estilo sedentário de vida favorecido pelo processo de mecanização, pelo uso do computador e hábitos passivos como assistir à televisão, a facilidade de transporte, as máquinas, a facilidade dos eletrodomésticos que facilitam todas as tarefas, e o uso exagerado do controle remoto (Anjos, 1993).

Nas populações rurais, é muito pouco evidente a incidência de obesidade, pois os hábitos de vida são preservados, a subsistência depende do extrativismo, os alimentos consumidos geralmente não são industrializados, realizam um maior número de atividades diárias que requerem um maior esforço físico, não submetendo o organismo a uma maior adaptação genética, ou seja, o ganho de peso como mecanismo de adaptação às dietas de alta densidade energética aliados a um estilo de vida mais confortável predispondo ao sedentarismo.

O sobrepeso, a obesidade e a obesidade mórbida estão cada vez mais freqüentes na população e já podem ser consideradas como uma epidemia mundial, presente em vários países, bem como no Brasil (Sanchez e colaboradores, 2000).

Segundo a OMS 54% dos adultos norte americanos têm sobrepeso (IMC > 25 kg/m²) e 22% são obesos. Sabe-se que no Brasil a presença da obesidade nas estatísticas esta crescendo, apesar de se saber que em algumas regiões, principalmente do norte e nordeste, vive-se uma carência nutricional grave, a obesidade vem num ritmo crescente de maneira tal a tornar-se um problema de saúde pública mais acentuada do que a desnutrição (Lerario e Lottenberg, 2006).

A obesidade é considerada mundialmente pelos estudiosos como a alteração nutricional mais importante, pois é o acúmulo excessivo de tecido adiposo causado pela ingestão demasiada de alimentos que excedem as necessidades de gastos energéticos do organismo dos indivíduos geneticamente propensos ao ganho de peso.

Estudos recentes demonstram que a obesidade tem crescido bastante em países em desenvolvimento, com a economia aquecida, mecanização da agricultura e transferência da população para os centros urbanos onde adquirem novos hábitos de vida, aumentando a ingestão de maior quantidade de alimentos energéticos, hiperlipídicos e

industrializados, devido a maior oferta e apelo comercial de marketing com menor gasto energético na realização de sua atividade, pois passaram a dispor de maior facilidades com o uso de eletrodomésticos e automação das atividades (Lerario e Lottenberg, 2006).

Nos anos 70 e 80 surgiram as “dietas mágicas”, que prometiam resultados mirabolantes, num período muito curto. Estas dietas contribuíram para a idéia de que se pode cuidar da obesidade apenas através de uma alimentação que restringe determinados grupos de alimentos. Não se deve menosprezar a importância de uma alimentação mais saudável, porém quando uma dieta é muito restritiva, tende a ser um processo artificial, que não poderá ser mantido por muito tempo pela pessoa (Sanchez e colaboradores, 2000).

Estas dietas podem ser responsáveis pelo famoso “efeito sanfona”, emagrecimento rápido acompanhado de um subsequente sobrepeso ou obesidade, em função de uma dieta desequilibrada. Até o momento surgem novas dietas mirabolantes, que prometem resolver o problema da obesidade num espaço curto de tempo. Como não podem ser mantidas pelo indivíduo, acabam desestimulando a pessoa para um tratamento mais prolongado e criterioso. “A obesidade se apresenta não apenas como problema científico e de saúde pública, porém como grande indústria que envolve o desenvolvimento de fármacos, de alimentos modificados e estratégias governamentais estimulando a prática regular de atividade física e a orientação alimentar a fim de promover melhores hábitos” (Sanchez e colaboradores, 2000).

Saber se uma pessoa que tem excesso de peso ou se é obesa nem sempre é simples, pois nem sempre todo excesso de peso corporal significa obesidade, tomando os atletas como exemplo, eles sempre apresentam excesso de peso comparados a indivíduos normais, e não são obesos, já que o sobrepeso representa a massa muscular.

O diagnóstico de obesidade se baseia no aumento do peso corporal devido ao aumento generalizado de tecido adiposo, isto é, da gordura. De acordo com o grau de obesidade ela pode ser classificada em pequena obesidade, média e grande, ou obesidade mórbida, conforme a tabelas 1 e 2.

Para se obter uma referência inicial a respeito do sobrepeso, da obesidade ou da obesidade mórbida, pode-se consultar um dos índices mais utilizados para a avaliação da massa corporal, que é o Índice de Quetelet (nome do autor que descobriu esta proporção orgânica) ou Índice de Massa Corporal (IMC). Este índice é calculado pela equação: peso (kg)/altura² (m) e é amplamente utilizado em pesquisas e atividade clínica: “O índice de massa corporal (IMC) é uma medida que relaciona peso e altura, tem excelente correlação com a quantidade de gordura corporal e é largamente usado em estudos epidemiológicos e clínicos” (Mancini, 2001).

O IMC serve como referência inicial e, na atividade clínica podendo considerar também outras variáveis, tais como massa óssea, massa muscular, tipo de deposição da adiposidade, que devem ser avaliados por um profissional especialista na área.

O IMC possibilita os critérios de classificação que estão na tabela 1 a seguir:

Tabela 1 - Índice de IMC

IMC menor que 18,5 kg/m ²	Desnutrição Energética Crônica
IMC menor que 19,9 kg/m ²	Baixo peso
IMC entre 20 e 24,9 kg/m ²	Peso normal
IMC entre 25 e 29,9 kg/m ²	Sobrepeso
IMC entre 30 e 39,9 kg/m ²	Obesidade
IMC maior que 40 kg/m ²	Obesidade mórbida

Fonte: Anjos, 1992.

Outra classificação que é feita a partir do IMC é a respeito do grau de obesidade:

Tabela 2 - Grau de obesidade

IMC entre 30 e 34,9 kg/m ²	Grau I
IMC ente 35 e 39,9 kg/m ²	Grau II
IMC acima de 40 kg/m ²	Grau III

Fonte: Segal e Fandiño, 2002

Segundo o pesquisador Anjos (1992): “Conclui-se que apesar de não representar a composição corporal de indivíduos, a facilidade de sua mensuração e a grande disponibilidade de dados de massa corporal e estatura parecem ser motivos suficientes para a utilização do IMC em estudos

epidemiológicos, em associação (ou não) a outras medidas antropométricas, até que metodologias de campo que expressem a composição corporal sejam desenvolvidas para tais estudos”.

Mesmo que os fatores de massa óssea, massa muscular e deposição da gordura devam ser observados a partir de um exame clínico complementar, o pesquisador Anjos (1992), considerou, em sua pesquisa, que o IMC é um critério que deve ser utilizado como indicador do estado nutricional de adultos.

Este critério pode e deve ser complementado por outros, mas é uma referência inicial importante: “É importante que se correlacionem os valores de IMC com outras medidas independentes de composição corporal, quais sejam, a massa de gordura corporal (MGC) ou o percentual de gordura corporal (%GC)” (Anjos, 1992).

A própria Organização Mundial da Saúde utiliza este critério, como fica evidente na citação a seguir, relativa à controvérsia sobre o critério de peso normal: “Mais recentemente um grupo de estudiosos da OMS acabou com a controvérsia ao sugerir o valor de 25 como limite máximo para normalidade” (Anjos, 1992).

Portanto o objetivo do nosso trabalho foi avaliar os hábitos obesogênicos e a prevalência de obesidade em população adulta na Bahia.

MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo, de natureza qualitativa teve como objetivo identificar a relação existente entre os hábitos de vida do indivíduo e o aumento de peso. Para tanto, constou de duas etapas, a primeira referente a uma

revisão bibliográfica a respeito da temática proposta e a segunda, relativa a uma pesquisa exploratória, utilizando-se como instrumento uma entrevista estruturada.

Esse tipo de entrevista leva à obtenção de informações a respeito de determinado assunto, mediante uma conversação, baseada em uma estrutura pré-estabelecida e pré-determinada.

O motivo da estruturação, segundo Marconi e Lakatos (1986), é obter dos entrevistados, respostas às mesmas perguntas que permitam uma comparação entre todas elas com as mesmas perguntas.

Este instrumento foi aplicado a uma amostra composta por 100 sujeitos, de ambos os gêneros, com faixa etária entre 18 a 60 anos, aparentemente saudáveis, sem queixa de doenças metabólicas, selecionados aleatoriamente entre os moradores das cidades do Salvador (25), Feira de Santana (25), Madre de Deus (25) e Valença (25), no estado da Bahia. Destes, 26 eram do gênero masculino e o restante (74) do gênero feminino.

Os dados coletados através do questionário, foram analisados de forma descritiva, utilizando-se a Técnica de Análise de Conteúdo Temático, que, conforme Richardson (1989), salienta os aspectos mais relevantes para o contexto do estudo.

Foram realizadas medidas de peso e estatura dos indivíduos e calculado o IMC

RESULTADOS

Foram realizadas algumas comparações e entre os indivíduos estudados tinham idade entre 18 a 60 anos de ambos os gêneros, sendo prevalência o gênero feminino, como se vê demonstrado na tabela 3.

Tabela 3 - Relação peso por faixa de idade

	18-29		30-39		40-59		60 acima	
	F	M	F	M	F	M	F	M
EUTRÓFICO	5	-	13	3	2	1	-	-
SOBREPESO	3	4	5	3	11	3	1	1
OBESIDADE	4	2	16	4	13	5	1	-

Quando se analisou a questão da classificação da obesidade encontrou-se o seguinte resultado demonstrado na figura 1.

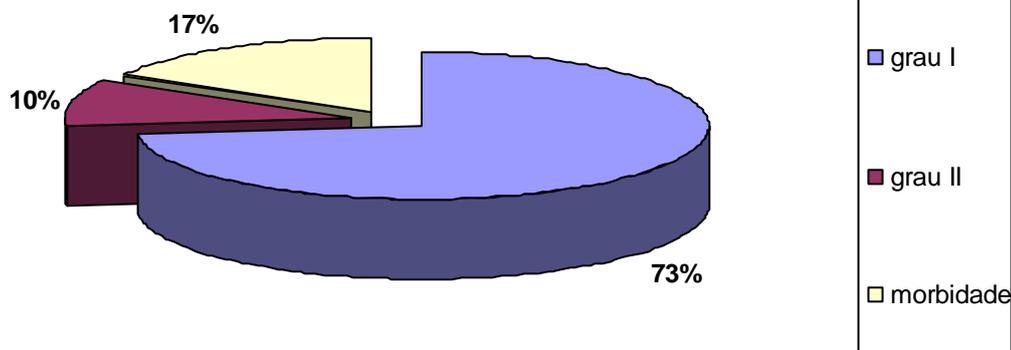


Figura 1 - Grau de obesidade dos indivíduos pesquisados

Com base na questão proposta sobre os fatores ambientais, foram encontradas várias respostas. Para, 51 dos 100 entrevistados, fazem suas refeições preferencialmente em suas residências, 32 entrevistados fazem as refeições no local de trabalho e eventualmente “quando dá” fazem em casa as refeições e 17 entrevistados

responderam que fazem as refeições habitualmente em restaurantes e lanchonetes. (Ver figura 2). 60 entrevistados fazem suas refeições sentados, calmamente, 34 fazem suas refeições sentados mais apressadamente e 6 fazem suas refeições em pé e apressadamente.

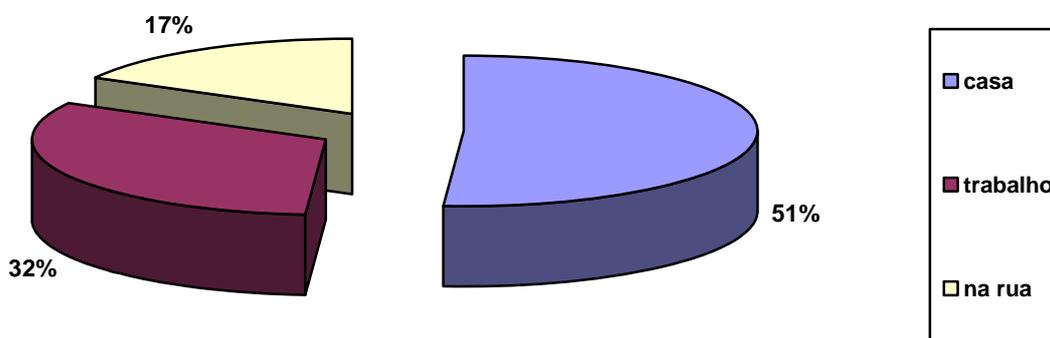


Figura 2 - Local de refeições

Ainda com relação à refeição 41 dos entrevistados disseram que não tem horário certo para fazer as refeições, 30 responderam que raramente tem horário e 29 responderam que freqüentemente tem horário pré-estabelecido para fazer as suas refeições.

Quanto se alimentar muito tarde no período da noite 44 dos entrevistados responderam que não costumam se alimentar tarde da noite, pois não gostam de ir dormir com o estômago cheio, 33 entrevistados responderam que esporadicamente se alimentam tarde e 22 entrevistados responderam que freqüentemente se alimentam tarde da noite, indo dormir logo em seguida.

Quando questionado sobre o tipo de restaurante que escolhem quando se alimentam fora de casa ou do refeitório do

trabalho 41 entrevistado responderam que preferem a comida a Quilogramas, pois eles têm mais opções, 13 responderam que dão preferência a lanchonetes ou fast-food, 14 preferem prato-feito e 32 responderam que preferem outros tipos, não especificando o tipo de restaurante, como demonstrado na figura 3. Pode-se observar também que 48 dos entrevistados costumam substituir as refeições, almoço e jantar, por lanches rápidos, já 41 dos entrevistados sempre dão preferência as refeições, buscando assim uma alimentação mais consistente, já 41 disseram que pelo menos duas vezes por semana costumam substituir refeições e 11 freqüentemente substituem as refeições por lanches, o que se pode observar que são os hábitos da sociedade atual.

Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento.

ISSN 1981-9919 *versão eletrônica*

Periódico do Instituto Brasileiro de Pesquisa e Ensino em Fisiologia do Exercício

www.ibpex.com.br - www.rbone.com.br

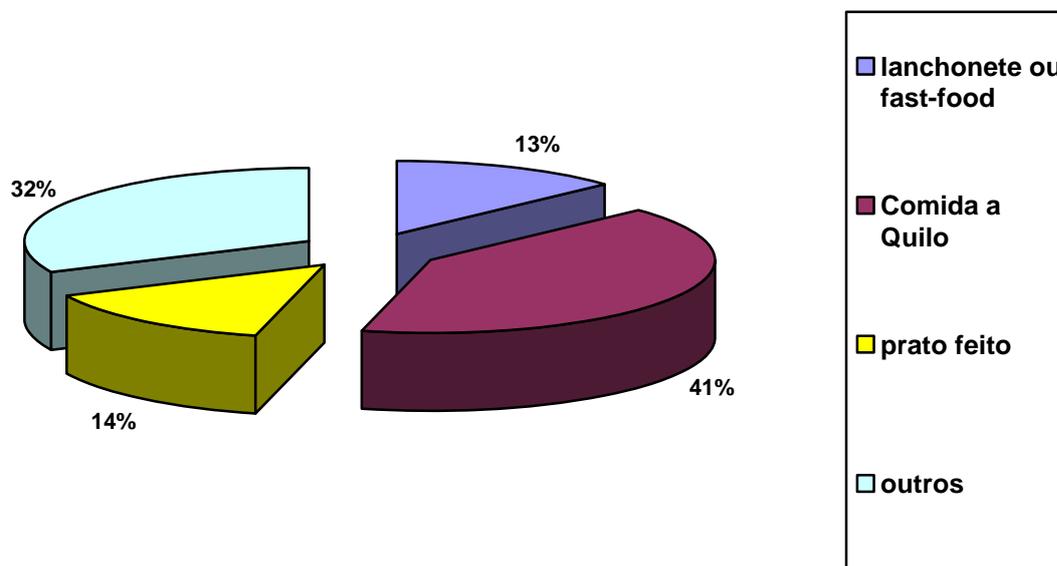


Figura 3 - Tipos de restaurantes

Ainda foi observado quanto ao hábito alimentar dos entrevistados que 42 dos entrevistados costumam "beliscar" entre as refeições 25 responderam que beliscam ocasionalmente e 33 responderam que não tem este hábito. Sabe-se que o hábito de beliscar pode ser um fator obesogênico que contribui bastante o ganho de peso.

52 entrevistados fazem uso de alimentos pré-preparados lasanhas empanados ou embutidos, 25 responderam que freqüentemente fazem uso deste tipo de alimento e 22 responderam que nunca consomem alimentos pré-preparados. (ver demonstrativo na figura 4)

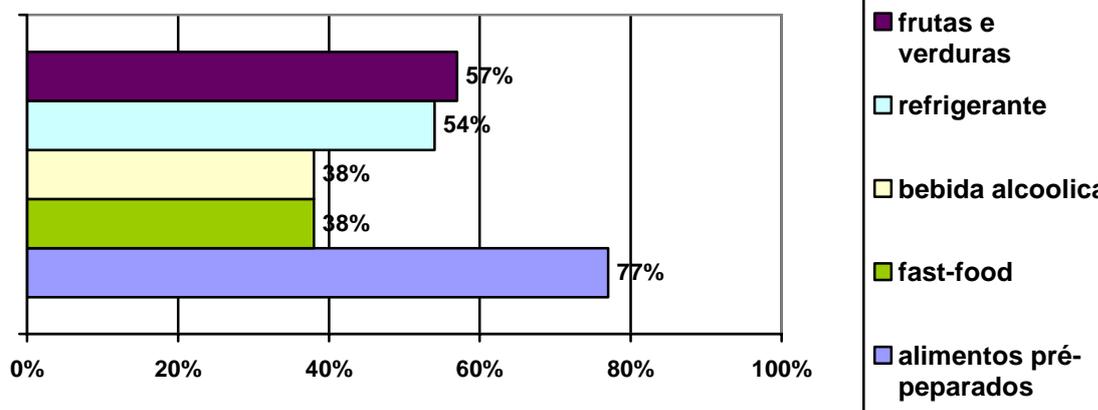


Figura 4 - Alimentos consumidos pelos entrevistados

Podendo-se confirmar que nas sociedades de hábitos ocidentais, o consumo calórico tem derivado predominantemente de alimentos processados, de alta densidade energética, com elevados teores de lipídios e carboidratos.

Quando o assunto é mega-porções sabe-se que muito se tem discutido sobre os fatores relacionados à obesidade é a contribuição do aumento das porções dos

alimentos servidas em restaurantes, bares e supermercados.

O artigo de Young e Nestlé citado por Faria (2007), evidencia a evolução dos tamanhos das porções de alimentos oferecidas em alguns estabelecimentos nos Estados Unidos da América, nas últimas décadas, e compara com as padronizadas pelo USDA.

Os resultados mostraram que o tamanho da porção de carnes, massas e chocolates ultrapassava em 224, 480 e 700%, respectivamente, o da padronizada pelo USDA. Além disso, constatou-se que foi a partir da década de 70 que se iniciou o aumento das porções, coincidindo com a atuação mais forte do marketing na indústria alimentícia. Como exemplo, o tamanho da batata-frita oferecida aos consumidores em meados dos anos 50 representava 1/3 do maior tamanho oferecido em 2001 (Fisberg, 2003 citado por Farias, 2007).

Na pesquisa constatou-se que 41 dos entrevistados responderam que ocasionalmente só usam, já 41 responderam que nunca usaram e 10 responderam que frequentemente usam as mega-porções (ver figura 5).

Dentre os entrevistados, houve um que não soube responder esta questão. Talvez não porque realmente não sabia sobre o que se tratava, mas o que pode ser observado é que esta pessoa dizia não ter estudo e não sabia responder, parecia julgar-se incapaz e com medo de responder errado, preferiu não dizer nada.

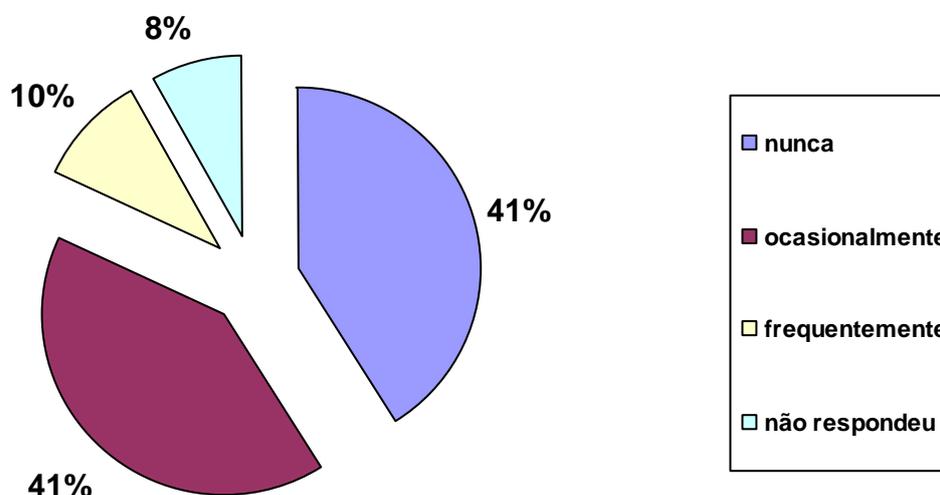


Figura 5 - Consumo de mega-porções

Tendo em vista o grande número de dietas, programas alimentares rigorosos que estão na moda, sabe-se que são regimes populares durante certo tempo e que depois desaparecem para surgir uma nova, e que elas podem causar problemas distúrbios sérios para os que as seguem por longo tempo, foi questionado sobre a utilização de dietas da moda e 66% dos entrevistados responderam que não, apesar de terem conhecimento de algumas, já 32% responderam que ocasionalmente fazem uso de alguma das dietas da moda e somente 2% responderam que fazem uso freqüente de dieta da moda, como pode-se ver na figura 6). Quanto à questão de uso de inibidores de apetite apesar da grande incidência de pessoas obesas no universo estudado 63% responderam que não

fazem uso 37% fazem uso freqüentemente ou ocasionalmente.

Quando se fala de estilo de vida relacionado ao ganho de peso associado estão as atividades físicas e de lazer, pode-se afirmar que como o ganho de peso o sedentarismo é crescente numa sociedade ocidental e a atividade física reduziu-se drasticamente nos países desenvolvidos e esta redução começa a observar-se, de forma ainda mais intensa, entre as populações de mais baixa renda, estimando-se que a inatividade física de lazer seja 3 vezes mais freqüente na população de baixa renda dos Estados Unidos, quando comparada com a população de renda mais alta (Mokdad e colaboradores, 2000).

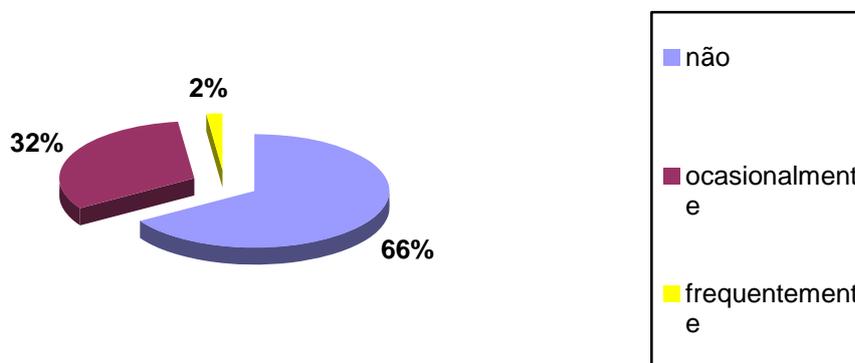


Figura 6 - Utilização de dietas da moda

Inicialmente questionou-se sobre a prática de atividades físicas e 51 entrevistados responderam que não praticam nenhuma atividade física, 32 responderam que só ocasionalmente praticam atividades física e

somente 17 responderam que fazem atividades físicas regulares, todas estão incluídas na faixa de normalidade de peso. (Ver figura 7)

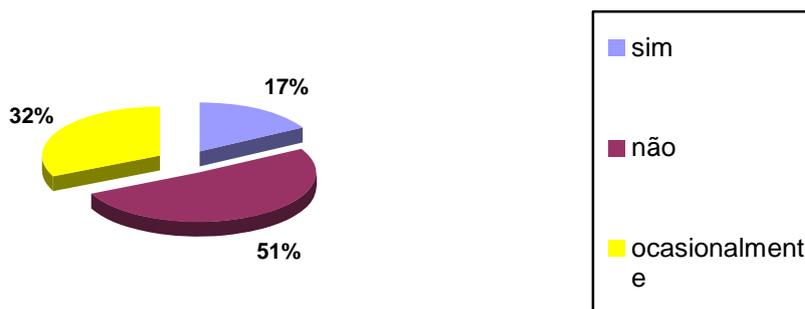


Figura 7 - Prática de atividades físicas

Já no quesito relacionado ao tipo de trabalho que executa, 56 entrevistados responderam que seu trabalho é ativo, geralmente em movimento ou em pé, 24 responderam que sua atividade laboral é sedentária ficando a maior parte do tempo sentada, 7 responderam que executam atividades pesadas, que requerem bastante esforço físico e 13 preferiram não responder ao quesito.

Com o incremento da economia e o incremento das linhas de crédito as pessoas tiveram mais acesso ao uso de automóveis e motos como meio de transporte, principalmente as de classe mais baixas, com isto aumentou-se o ganho de peso nas classes mais baixas o que antes era privilégio das classes média alta e rica. Quando questionados sobre o meio de transporte que utilizam para se deslocar até o trabalho 42 responderam que vão para o trabalho de transporte coletivo, 38 vão de carro próprio ou

moto, 14 vão a pé, e 6 responderam que utilizam de outros meios de transporte.

Quando se trata de lazer nada mais é do que uma distração, uma diversão, um modo bem simplificado de defini-lo, mas que se encaixa perfeitamente em seu significado, pois, segundo Dumazedier (1973), o lazer é um conjunto de ocupações às quais o indivíduo pode entregar-se de livre vontade, para repousar, divertir-se, recrear-se e entreter-se, ou ainda, para desenvolver sua formação desinteressada, sua participação social voluntária ou sua livre capacidade criadora, após livrar-se ou desembaraçar-se das obrigações profissionais familiares e sociais.

Pode-se observar que, a maioria dos entrevistados (45) elencaram como atividade de lazer uma caminhada ou um passeio ao shopping, ou seja, uma atividade mais moderada 34 preferem atividades mais leves como ir ao cinema, assistir TV ou ouvir música

e somente 21 tem como atividade de lazer mais freqüente atividades mais movimentadas como a dança, corrida ou esporte, saindo um pouco da rotina do seu dia-a-dia.

Ouvi quem associasse as atividades de lazer (72%) a alimentação, pois a alimentação esta muito associada a socialização. Sem dúvida as pessoas precisam conhecer diferentes atividades no lazer para irem em busca de atividades prazerosas, fora da rotina de alimentação.

DISCUSSÃO

Foi observada alta prevalência de sobrepeso (31%) e obesidade (45%) no grupo estudado.

Os resultados deste trabalho demonstram relações já conhecidas como o efeito da idade na obesidade, pois no universo estudado o maior numero de pessoas que se encontram com sobrepeso, obesidade e obesidade mórbida estão na faixa de 30 ate 59 anos.

Como comer fora de casa vem se tornando um hábito comum, os restaurantes de comida a quilograma e os *fast-foods* tem incrementado a oferta de alimentos que agradam os consumidores como frituras, pães e alimentos de teor energético elevado e de gordura o que tem contribuído muito para o ganho de peso.

Na atual concepção de bem estar democratizado, diversos itens de conforto parecem também contribuir de forma significativa para a diminuição do gasto energético, como os controles remotos e os telefones celulares, que se tornam cada vez mais presentes no estilo de vida moderno. (King e colaboradores, 2000).

O hábito de ver televisão se alimentando também parece desempenhar um papel importante na etiologia da obesidade, pois se ingere o alimento sem se dar conta do que se esta comendo, acabando ingerindo mais alimento do que o necessário e sim por compulsão, além de não mastigar o necessário para cada alimento. Alguns estudos com crianças relataram uma média de 28 horas de televisão por semana, demonstrando uma relação direta com o risco de obesidade (Gortmaker e colaboradores, 1996).

A Organização Mundial da Saúde já reconheceu neste ambiente obesogênico o

principal determinante do rápido crescimento da prevalência de obesidade e oficialmente recomendou que fossem estudadas medidas de mudança ambiental para prevenir o ganho de peso (Margetts, 2004). Onde nesta pesquisa observou-se que 73% dos entrevistados tem o hábito de se alimentar em frente a Tv.

Alguns entraves têm ocorrido para que a prática de exercício físico fosse uma constante na vida dos entrevistados, pode-se destacar o uso da tecnologia e mecanização das atividades domésticas e de trabalho, ficando restrita a atividade física a prática de atividades de esporte e ginástica em academias, que nem sempre é utilizado em razão de dificuldades econômicas, falta de locais disponíveis.

Assim pode-se afirmar que o sedentarismo aliado às condições sociais e a ingestão de alimentos ricos em gorduras e carboidratos podem levar o indivíduo ao ganho de peso excessivo, devendo ser recomendado a associação de hábitos alimentares mais saudáveis, com redução de carboidratos e de gorduras, uma alimentação mais rica em fibras, vitaminas e sais minerais, redução do consumo de açúcares, ingestão de água associado ao aumento de atividades físicas, fazer uma mastigação adequada e verificação do tempo adequado de alimentação, que são mais lentos do que a população em geral está acostumada. Devendo também evitar assistir televisão enquanto come, para não associar televisão com alimentação.

CONCLUSÃO

Conclui-se, portanto que os fatores ambientais e os hábitos obesogênicos têm um papel fundamental no ganho de peso que leva a sociedade atual a caminhar rumo a epidemia da obesidade e que necessário e urgente se faz o poder público encarar a obesidade como um problema de saúde pública grave, pois compromete a qualidade de vida da população, implantando programas educativos e restritivos que levem a sociedade a adotarem mudanças no seu estilo de vida, dificultando o consumo de alimentos calóricos, ou seja, mudança de hábitos em busca de uma alimentação mais saudável e da prática de exercícios físicos regulares, começando na infância

REFERÊNCIAS

1- Anjos, L. A. Índice de massa corporal (massa corporal x estatura²) como indicador do estado nutricional de adultos: revisão de literatura. *Revista de Saúde Pública*. Vol. 26, Num. 6. 1992. p. 431-436.

2- Anjos, M.N. dos. *Obesidade*. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1993.

3- Dumazedier, J. *Lazer e cultura popular*. São Paulo: Perspectiva, 1973.

4- Faria, E.V. Características nutricionais e fatores associados a sobrepeso e obesidade em adolescente atendidos em ambulatório da Faculdade de ciências médicas de Minas Gerais em Belo Horizonte. 2007. Dissertação de Mestrado UFMG.

5- Gortmaker, S.L.; Must, A.; Sobol, A.M.; e colaboradores. Television viewing as a cause of increasing obesity among children in the United States, 1986–1990. *Arch Pediatr Adolesc Med*. Num. 150. 1996. p. 356–362.

6- King, A.C.; Castro, C.; Wilcox, S.; e colaboradores. Personal and environmental factors associated with physical inactivity among different racial-ethnic groups of U.S. middle-aged and older-aged women. *Health Psychol*. Num. 19. 2000. p. 354–364.

7- Lamounier, J.A.; Villefort, O.R.; Coutinho, R.L.; Araújo, S.S. Síndrome metabólica. *Rev. Med. Minas Gerais, Uberaba*, Vol. 13. Num.1. 2005. p.19-34.

8- Lerario, A.C.; Lottenberg, S.A. Mecanismos ambientais implicados no ganho de peso e as oportunidades para prevenção da obesidade. *Einstein*, 2006. supl 1. S7-S13.

9- Marconi, M.A.; Lakatos, F.M. *Técnicas de pesquisa*. São Paulo: Atlas, 1986.

10- Margetts, B. WHO global strategy on diet, physical activity and health. *Public Health Nutr*. Num. 7. 2004. p.361-363.

11- Mancini, M.C. Obstáculos Diagnósticos e Desafios Terapêuticos no Paciente Obeso. *Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e*

Metabologia. Vol. 45. Num. 6. 2001. p. 584-608.

12- Mokdad, A.H.; Serdula, M.K.; Dietz, W.H.; e colaboradores. The continuing epidemic of obesity in the United States. *JAMA*. Num. 284. 2000. p. 1650-1651.

13- Richardson, R. J. *Pesquisa social: métodos e técnicas*. São Paulo: Atlas, 1989.

14- Sanchez e colaboradores. Obesidade: atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento, *Revista de Nutrição*. Vol. 13. Num. 1. jan./abr. 2000. p. 17-28.

15- Segal, A.; Fandiño, J. Indicações e contra-indicações para realização das operações bariátricas, *Revista Brasileira de Psiquiatria*. Vol. 24 supl. 3. Dez. 2002. p. 68-72.

16- WHO. World Health Organization. *Obesity and overweight: global strategy on diet, physical activity and healthy*, Geneva. 2003.

17- WHO. *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. Geneva: World Health Organization, 2000. (WHO Technical Report Series, 894).

Recebido para publicação em 19/10/2008

Aceito em 18/04/2009