

**ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA – EMESCAM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E
DESENVOLVIMENTO LOCAL**

FERNANDA FERREIRA RAMOS

**COMPREENDENDO A DETERMINAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE E OS
HÁBITOS DE VIDA NA OBESIDADE: UMA ANÁLISE DO SISTEMA DE
VIGILÂNCIA DE FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA
DOENÇAS CRÔNICAS POR INQUÉRITO TELEFÔNICO (2018 - 2023)**

VITÓRIA - ES

2025

FERNANDA FERREIRA RAMOS

COMPREENDENDO A DETERMINAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE E OS HÁBITOS DE VIDA NA OBESIDADE: UMA ANÁLISE DO SISTEMA DE VIGILÂNCIA DE FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA DOENÇAS CRÔNICAS POR INQUÉRITO TELEFÔNICO (2018 - 2023)

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestra em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientador: Prof. Dr. Fernando Rocha Oliveira

Área de Concentração: Políticas Públicas, Saúde, Processos Sociais e Desenvolvimento Local.

Linha de Pesquisa: Políticas de Saúde, Integralidade e Processos Sociais.

VITÓRIA - ES

2025

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
(CIP) EMESCAM – Biblioteca Central**

Ramos, Fernanda Ferreira

R175c Compreendendo a determinação social em saúde e os hábitos de vida na obesidade: uma análise do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (2018-2023) / Fernanda Ferreira Ramos - 2025.

88 f.: il.

Orientador: Prof. Dr. Fernando Rocha Oliveira.

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, 2025.

1. Obesidade – sobrepeso - adultos – Vitória (ES). 2. Doenças não transmissíveis. 3. Alimentação saudável. 4. Exercícios físicos. 5. Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL). I. Oliveira, Fernando Rocha. II. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM. III. Título.

CDD 616.398

Bibliotecária responsável pela estrutura de acordo com o AACR2: Elisângela

Terra Barbosa – CRB6/608

FERNANDA FERREIRA RAMOS

**COMPREENDENDO A DETERMINAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE E OS HÁBITOS
DE VIDA NA OBESIDADE: UMA ANÁLISE DO SISTEMA DE VIGILÂNCIA DE
FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA DOENÇAS CRÔNICAS POR
INQUÉRITO TELEFÔNICO (2018 - 2023)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em 02 de setembro de 2025.

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Fernando Rocha Oliveira
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
(Orientador)



Profa. Dra. Monica Cattafesta
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
(Membro Interno)



Prof. Dr. José Luiz Marques Rocha

Universidade Federal do Espírito Santo
(Membro Externo)

RESUMO

Introdução: A obesidade é um grave problema de saúde pública, com crescimento alarmante também no Brasil, onde sua prevalência aumentou 72% em treze anos. A mesma afeta principalmente adultos entre 25 e 44 anos e está ligada a fatores genéticos, sociodemográficos, comportamentais e alimentares. Ao compreender a dinâmica da obesidade com base em dados locais, este estudo busca subsidiar o planejamento e a avaliação de políticas públicas no âmbito municipal, contribuindo para a promoção da saúde e para a construção de uma comunidade mais saudável, equitativa e resiliente. **Objetivo:** Analisar a prevalência e fatores associados à obesidade em Vitória no Espírito Santo no período de 2018 a 2023. **Métodos:** Trata-se de um estudo ecológico realizado no ano de 2024 por meio de análise de dados secundários sobre a prevalência de fatores de risco modificáveis e não modificáveis para sobrepeso e obesidade através do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL). Foram incluídos neste estudo indivíduos em idade adulta ≥ 18 residentes no município de Vitória que tenham participado da pesquisa no período analisado. O estudo contou com uma amostra de 3200 indivíduos. **Resultados:** Ao longo do período analisado, a prevalência de obesidade entre adultos manteve-se estável em 18,0%, com taxas semelhantes entre homens e mulheres. Indivíduos com menor escolaridade (1 a 4 anos de estudo) apresentaram as maiores prevalências, chegando a 47,1% em 2018, enquanto aqueles com 12 anos ou mais tiveram valores menores, de 13,2% em 2019 a 16,5% em 2023. O consumo de alimentos ultraprocessados foi alto na população geral. A prática de atividade física no lazer se mostrou como fator protetor contra a obesidade, enquanto a atividade no deslocamento não mostrou associação significativa. Hipertensão e diabetes foram mais prevalentes entre obesos, que também relataram pior autoavaliação de saúde. **Considerações finais:** As análises indicam que a obesidade está fortemente associada a fatores socioeconômicos, comportamentais e de saúde autorreferida. O enfrentamento da obesidade exige políticas públicas integradas que promovam alimentação saudável, atividade física e reduzam desigualdades.

Palavras-chave: Obesidade. Doenças não transmissíveis. Alimentação Saudável. Exercício Físico.

ABSTRACT

Introduction: Obesity is a serious public health problem, also experiencing alarming growth in Brazil, where its prevalence has increased 72% in thirteen years. It primarily affects adults between the ages of 25 and 44 and is linked to genetic, sociodemographic, behavioral, and dietary factors. By understanding the dynamics of obesity based on local data, this study seeks to support the planning and evaluation of public policies at the municipal level, contributing to the promotion of health and the construction of a healthier, more equitable, and resilient community. **Objective:** Analyze prevalence and factors associated to obesity in Vitória in Espírito Santo in period of 2018 to 2023. **Methods:** This is an ecological study carried out in 2024 through analysis of secondary data on the prevalence of modifiable and non-modifiable risk factors for overweight and obesity through the Surveillance System for Risk and Protective Factors for Chronic Diseases by Telephone Survey (VIGITEL). This study included adults aged ≥ 18 living in the municipality of Vitória who participated in the research during the analyzed period. The study included a sample of 3200 individuals. **Results:** Over the analyzed period, the prevalence of obesity among adults remained stable at 18.0%, with similar rates among men and women. Individuals with less education (1 to 4 years of study) had the highest prevalence, reaching 47.1% in 2018, while those aged 12 or older had lower values, from 13.2% in 2019 to 16.5% in 2023. The consumption of ultra-processed foods was high in the general population. Leisure-time physical activity proved to be a protective factor against obesity, while commuting activity showed no significant association. Hypertension and diabetes were more prevalent among obese individuals, who also reported poorer self-rated health. **Final considerations:** Analyses indicate that obesity is strongly associated with socioeconomic, behavioral, and self-reported health factors. Tackling obesity requires integrated public policies that promote healthy eating, physical activity, and reduce inequalities.

Keywords: Obesity. Noncommunicable Diseases. Diet, Healthy. Exercise.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Prevalência Obesidade na População Adulta — VIGITEL 2018–2023....	47
Tabela 2 - Prevalência de Obesidade segundo Sexo, Escolaridade e Faixa Etária — VIGITEL 2018–2023.....	49
Tabela 3 - Distribuição de Fatores Comportamentais e Condições de Saúde segundo Obesidade — VIGITEL 2018–2023.....	52
Tabela 4 - Distribuição de Fatores Comportamentais e Condições de Saúde segundo sexo Masculino— VIGITEL 2018–2023.....	55
Tabela 5 - Distribuição de Fatores Comportamentais e Condições de Saúde segundo sexo feminino— VIGITEL 2018–2023.....	57
Tabela 6 - Associação entre Fatores Comportamentais, Condições de Saúde e Obesidade — VIGITEL 2018–2023.....	60
Tabela 7 - Associação entre Fatores Comportamentais, Condições de Saúde e Obesidade entre Homens – VIGITEL 2018–2023.....	61
Tabela 8 - Associação entre Fatores Comportamentais, Condições de Saúde e Obesidade entre Mulheres – VIGITEL 2018–2023.....	63

LISTA DE SIGLAS

ABESO	Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DCVA	Doenças Cardiovasculares
EAN	Educação Alimentar e Nutricional
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corporal
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
POF	Pesquisa de Orçamentos Familiares
SAN	Segurança Alimentar e Nutricional
SUS	Sistema Único de Saúde
VIGITEL	Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
1.1	JUSTIFICATIVA.....	14
2	REVISÃO DE LITERATURA OU REFERENCIAL TEÓRICO	16
2.1	HISTÓRICO DA OBESIDADE NO BRASIL.....	16
2.2	EPIDEMIÓLOGICOS DA OBESIDADE.....	18
2.3	OBESIDADE: CONCEITO, DIAGNÓSTICO E CLASSIFICAÇÃO.....	19
2.4	ETIOLOGIA DA OBESIDADE.....	21
2.4.1	Fatores Ambientais	22
2.4.2	Fatores Genéticos	24
2.4.3	Determinantes Sociais	24
2.4.4	Hábitos Alimentares	24
2.4.5	Atividade Física e Sedentarismo	25
2.4.6	Alterações Hormonais	26
2.4.7	Fatores Culturais	27
2.5	A OBESIDADE COMO FATOR DE RISCO PARA DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS.....	28
2.6	ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E EXERCÍCIOS FÍSICOS: PILARES PARA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA OBESIDADE.....	30
2.7	FATORES ASSOCIADOS E POLÍTICAS PÚBLICAS DE ENFRENTAMENTO DA OBESIDADE NO BRASIL.....	34
2.8	VIGITEL: VIGILÂNCIA DE FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA DOENÇAS CRÔNICAS POR INQUÉRITO TELEFÔNICO.....	38
3	OBJETIVOS	41
3.1	OBJETIVO GERAL.....	41
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	41
4	MÉTODOS	42
4.1	TIPO DO ESTUDO.....	42
4.2	CENÁRIO DO ESTUDO.....	42
4.3	AMOSTRA.....	43
4.3.1	Critérios de Inclusão	44
4.3.2	Critério de Exclusão	44
4.4	COLETA DE DADOS.....	44

4.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	45
4.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	46
5 RESULTADOS.....	47
6 DISCUSSÃO.....	64
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	72
REFERÊNCIAS.....	74
ANEXOS.....	84
ANEXO A – INDICADORES DO VIGITEL.....	84

APRESENTAÇÃO

Atuo como nutricionista clínica hospitalar, com sólida formação e experiência na avaliação, diagnóstico e intervenção nutricional de pacientes internados em diferentes contextos clínicos. Minha prática é guiada por protocolos atualizados e fundamentados em evidências científicas, garantindo a adequação do suporte nutricional, a prevenção de complicações e a otimização da recuperação. Elaboro planos individualizados, incluindo terapia nutricional enteral e parenteral, e realizo monitoramento contínuo, sempre em integração com a equipe multiprofissional para assegurar a qualidade do cuidado. Tenho especial interesse em obesidade, tanto no manejo clínico quanto na compreensão de seus determinantes sociais, e acompanho de perto o desenvolvimento de políticas públicas voltadas à prevenção e ao tratamento dessa condição, buscando integrar esse conhecimento à prática hospitalar.

No âmbito pessoal, o interesse por esta temática surgiu do desejo de colaborar para a promoção da saúde e do bem-estar, especialmente em contextos marcados pela carência de informação, apoio ou acesso a políticas públicas voltadas à prevenção da obesidade. Nesse sentido, busco agregar conhecimento e oferecer subsídios que possam contribuir para ações capazes de fazer a diferença na vida das pessoas afetadas por essa condição. Além disso, há um interesse pessoal e profissional em compreender os múltiplos fatores que influenciam o aumento dos índices de obesidade, incluindo aspectos genéticos, ambientais, sociais, culturais e comportamentais.

Do ponto de vista profissional, a obesidade representa um dos principais desafios de saúde pública na atualidade, dada sua elevada prevalência, a estreita relação com doenças crônicas não transmissíveis e os impactos sociais e econômicos decorrentes. Como profissional da saúde, compreender os fatores que influenciam esse agravo, em especial os comportamentais, como os padrões alimentares, é essencial para atuar de maneira eficaz na prevenção, no tratamento e na formulação de estratégias voltadas à promoção da saúde.

1 INTRODUÇÃO

A obesidade é reconhecida como uma das principais epidemias do século XXI e representa um desafio crescente para os sistemas de saúde pública em todo o mundo. Sua prevalência tem aumentado de forma alarmante, tanto em países desenvolvidos quanto em nações em desenvolvimento, impactando negativamente a qualidade de vida das populações, aumentando os custos com cuidados em saúde e comprometendo a produtividade social e econômica (World Health Organization, 2021).

Trata-se de um problema de saúde pública multifacetado, cuja origem está relacionada a uma complexa interação entre determinantes biológicos, comportamentais, sociais, econômicos, ambientais e culturais. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS - 2025), em 2022, 2,5 bilhões de adultos (≥ 18 anos) estavam acima do peso, dos quais 890 milhões viviam com obesidade. Isso corresponde a aproximadamente 43% dos adultos estavam acima do peso e 16% viviam com obesidade. A condição se consolida, assim, como uma epidemia global que atinge todas as faixas etárias e grupos sociais, com crescimento expressivo entre adultos jovens, sobretudo na faixa dos 25 a 44 anos (Francischi *et al.*, 2000).

No Brasil, o cenário segue a mesma tendência. De acordo com a Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO, 2019), a prevalência de obesidade na população adulta brasileira cresceu 72% entre 2006 e 2019, saltando de 11,8% para 20,3%. Dados mais recentes do Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) confirmam o avanço progressivo do excesso de peso na população, com destaque para a elevação da obesidade entre mulheres, pessoas com menor escolaridade e residentes nas regiões Norte e Nordeste do país (Brasil, 2023a).

O aumento da prevalência da doença tem sido impulsionado por transformações sociais e econômicas que afetam os padrões de vida, o acesso a alimentos saudáveis, as formas de trabalho e o tempo disponível para atividades físicas. Na última década, o Brasil tem vivenciado uma mudança significativa no padrão alimentar da população, caracterizada pela redução do consumo de alimentos *in natura* e o aumento da ingestão de produtos ultraprocessados, ricos em açúcares, sódio e gorduras saturadas (Monteiro *et al.*, 2016).

Essa transição alimentar é um dos principais fatores que explicam o crescimento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no país, como o diabetes *mellitus* tipo 2, a hipertensão arterial e as doenças cardiovasculares. Segundo Malta *et al.* (2014), essas condições são responsáveis por parcela significativa da carga de doenças no Brasil. Em 2019, as DCNTs foram responsáveis por 54,7% dos óbitos registrados no país, sendo que aproximadamente metade da população brasileira apresentava pelo menos uma DCNTs diagnosticada, com destaque para a obesidade e o diabetes (Marques; Gomes; Costa, 2024).

A complexidade da obesidade exige, portanto, uma abordagem ampla, intersetorial e baseada em evidências. Reconhecer os riscos associados à obesidade para a saúde individual e coletiva é importante, mas insuficiente. É necessário avançar na construção de políticas públicas efetivas que enfrentem os determinantes estruturais da obesidade, promovendo a equidade no acesso a ambientes saudáveis e a segurança alimentar e nutricional. Nesse sentido, é fundamental o fortalecimento da vigilância em Saúde, com ênfase na atenção primária à saúde, vigilância em saúde e promoção de hábitos de vida saudáveis (Rezende, 2020).

No plano legal, a Constituição Federal de 1988 garante o direito à saúde e à alimentação como direitos fundamentais. De acordo com o artigo 196,

a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988).

Complementarmente, o direito humano à alimentação adequada foi reconhecido no artigo 6º da Constituição, o que impõe ao Estado a responsabilidade de assegurar, por meio de políticas públicas, o acesso à alimentação de qualidade e a ambientes alimentares saudáveis (Brasil, 2010).

Nesse contexto, é imprescindível compreender como os determinantes sociais, econômicos e culturais influenciam o comportamento alimentar e o risco de obesidade. Intervenções baseadas na promoção da alimentação saudável devem considerar essas variáveis para alcançar efetividade e sustentabilidade (Jaime *et al.*, 2011).

Estudos têm mostrado que políticas públicas bem desenhadas, que envolvem desde o subsídio a alimentos saudáveis até a regulação da publicidade de produtos ultraprocessados, têm potencial de impacto significativo na redução das taxas de obesidade (Swinburn *et al.*, 2019; Monteiro *et al.*, 2022; WHO, 2022). No entanto, essas políticas enfrentam resistências de setores econômicos com interesses opostos à promoção da saúde, como a indústria alimentícia, cujas estratégias de marketing influenciam decisivamente os padrões de consumo, especialmente entre crianças e populações vulneráveis (Costa *et al.*, 2012).

Por isso, é essencial que as ações públicas sejam orientadas por dados confiáveis e análises que revelem as desigualdades existentes entre grupos sociais. A obesidade não afeta todas as pessoas igualmente: há diferenças marcantes segundo sexo, faixa etária, nível de escolaridade, cor/raça e região do país. Essas desigualdades reforçam a importância de políticas públicas pautadas na equidade e na justiça social, respeitando as diversidades territoriais e culturais da população brasileira.

O VIGITEL cumpre um papel central nesse processo, ao fornecer dados confiáveis e sistemáticos sobre os principais fatores de risco relacionados à obesidade e às doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) entre a população adulta urbana. Implantado em 2006, o sistema realiza inquéritos telefônicos anuais nas 26 capitais e no Distrito Federal, com amostras probabilísticas que permitem monitorar tendências temporais e identificar desigualdades regionais e sociodemográficas. São coletadas informações sobre peso, altura, prática de atividade física, consumo alimentar, uso de álcool, tabagismo, autoavaliação de saúde e a presença de diagnóstico médico de doenças crônicas (Brasil, 2014).

Apesar de sua robustez, muitos estudos ainda se concentram apenas na descrição da prevalência da obesidade e sua associação com variáveis sociodemográficas, negligenciando aspectos mais específicos como os padrões alimentares e o ambiente em que os indivíduos vivem. Por isso, destaca-se a necessidade de aprofundamento de análises que considerem os determinantes das escolhas alimentares e as barreiras estruturais enfrentadas na adoção de hábitos saudáveis (Claro *et al.*, 2016).

Este estudo propõe uma análise epidemiológica da obesidade em Vitória, com base nos dados do VIGITEL, no período de 2018 a 2023. A escolha desse recorte temporal se justifica pelo interesse em captar as variações na prevalência da

obesidade antes, durante e após o período crítico da pandemia de COVID-19, que trouxe impactos relevantes nos hábitos de vida da população brasileira, incluindo mudanças no padrão alimentar, na atividade física e na saúde mental.

A cidade de Vitória, capital do Espírito Santo, representa um contexto relevante para a análise, pois concentra a sede político-administrativa do estado e exercer papel central na formulação de políticas públicas. Além disso, reúne maior infraestrutura urbana e uma população majoritariamente urbana, o que favorece a implantação de estratégias de saúde e vigilância, como o VIGITEL. Esses elementos reforçam a importância de compreender como o acesso a equipamentos públicos, a organização territorial e os determinantes sociais influenciam diretamente os padrões de saúde da população.

A hipótese para esse estudo parte de que a prevalência de obesidade em Vitória, entre 2018 e 2023, está associada a fatores sociodemográficos, comportamentais e alimentares, os quais apresentaram variações significativas ao longo dos anos, refletindo mudanças nos padrões de vida. Fatores como escolaridade, sexo, idade, prática de atividade física e frequência do consumo de alimentos ultraprocessados são considerados na análise.

Diante do exposto, a pergunta de pesquisa que norteia este trabalho é: Qual a prevalência e os fatores associados à obesidade em pessoas adultas no município de Vitória, Espírito Santo, entre os anos de 2018 a 2023?

Ao compreender a dinâmica da obesidade com base em dados locais, este estudo busca subsidiar o planejamento e a avaliação de políticas públicas no âmbito municipal, contribuindo para a promoção da saúde e para a construção de uma comunidade mais saudável, equitativa e resiliente.

1.1 JUSTIFICATIVA

O tema em questão contribui para o debate sobre as tendências e os desafios emergentes na saúde pública, ao abordar a obesidade como um problema complexo e multifacetado que envolve dimensões sociais, comportamentais, ambientais e genéticas. A necessidade de desenvolver estratégias eficazes para o controle adequado da obesidade constitui um desafio constante para pesquisadores e profissionais da área, exigindo a implementação de programas educacionais específicos e intervenções direcionadas.

A abordagem integrada as políticas públicas da obesidade no município de Vitória podem fornecer dados valiosos sobre as tendências e os fatores associados ao comportamento alimentar da população, contribuindo para a identificação de estratégias de prevenção e intervenção. Estudos sobre obesidade também colaboram para o avanço do conhecimento científico e sua aplicação no campo das políticas de saúde, especialmente nas áreas de nutrição e obesidade.

O presente estudo baseia-se nos dados coletados pelo VIGITEL, que realiza monitoramento contínuo nas capitais dos estados brasileiros e no Distrito Federal. Considerando que o mestrado possui uma abordagem de desenvolvimento local, optou-se por um recorte com foco na cidade de Vitória, capital do Espírito Santo, devido à sua relevância dentro do escopo territorial do programa de pós-graduação e à disponibilidade de dados específicos para essa localidade. Essa abordagem possibilita uma análise mais aprofundada e contextualizada dos fatores estudados, alinhando-se aos objetivos acadêmicos e às demandas regionais.

Trata-se de um agravo de grande impacto em saúde pública, que compromete a saúde e a qualidade de vida de inúmeras pessoas em diversos contextos sociais e geográficos. A obesidade é, ainda, uma das doenças crônicas não transmissíveis mais prevalentes na infância, com tendência a persistir na vida adulta e a antecipar o surgimento de outras condições associadas, como hipertensão arterial, dislipidemia e diabetes tipo 2.

Ao analisar dados de sistemas como o VIGITEL, é possível identificar padrões populacionais relevantes e subsidiar a formulação de políticas públicas mais justas, inclusivas e fundamentadas em evidências científicas robustas. Essa abordagem favorece uma compreensão mais aprofundada das necessidades da população, contribuindo para o desenvolvimento de estratégias eficazes que respondam às especificidades de diferentes grupos sociais.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Após as considerações introdutórias apresentadas neste **primeiro capítulo**, para um aprofundamento do objeto de estudo e responder à pergunta proposta, o presente projeto de pesquisa foi estruturado da seguinte forma: o próximo capítulo (**Capítulo 2**), intitulado “Histórico da obesidade no Brasil, traz uma revisão narrativa sobre a evolução preocupante desse problema de saúde pública no país. Para a escrita deste capítulo, foram utilizados livros, dissertações, artigos e consulta a documentos públicos de cunho internacional, nacional e regional, disponíveis nos sites da Organização Mundial de Saúde (OMS), Ministério da Saúde, Secretaria Estadual e Municipal de Saúde, Portal do Governo Federal, entre outros.

Nos capítulos seguintes, 3 e 4, estão descritos, respectivamente, os objetivos para responder à pergunta de pesquisa e os métodos para atingi-los. O capítulo 5 traz os resultados. E, por fim, o sexto e sétimo capítulo apresentam, nesta ordem, a discussão acerca dos resultados encontrados nesta pesquisa e as considerações finais, encadeando o fechamento do presente estudo.

2.1 HISTÓRICO DA OBESIDADE NO BRASIL

O debate sobre a obesidade no Brasil possui raízes profundas na história social e econômica do país, remontando aos estudos pioneiros de Josué de Castro. Médico, geógrafo e político, Josué foi um dos primeiros intelectuais brasileiros a abordar de forma sistemática a questão da alimentação. Em sua primeira obra, *Geografia da Fome* (1946), ele destacou que a fome e a má nutrição são consequências das desigualdades sociais e estruturais e não da escassez de alimentos. Embora seu foco principal tenha sido a desnutrição e a fome, problemas graves no Brasil da primeira metade do século XX, sua abordagem territorial e socioeconômica da nutrição abriu caminho para reflexões mais amplas sobre as diferentes formas de má alimentação, incluindo o excesso (Santos, 2008).

Josué de Castro foi um dos maiores intelectuais brasileiros no tema da alimentação e nutrição, o mesmo afirmava que a fome e a má alimentação e nutrição não são fenômenos naturais, mas sociais e, portanto, somente por meio de ações sociais e coletivas, como a implantação progressiva de políticas públicas de

segurança alimentar e nutricional, poder-se-ia transformar em realidade o direito humano universal à alimentação (Pinheiro; Carvalho, 2010).

No Brasil, as políticas sociais são iniciadas durante o governo de Getúlio Vargas, na década de quarenta. Nesse contexto, o combate a fome enquanto um problema social e uma questão de política pública propunha à implementação de ações relacionadas a introdução de novos alimentos e ao desenvolvimento de práticas educativas tradicionais. Tais aspectos foram fundamentais e se estruturaram como pilares das políticas de alimentação e nutrição naquele período. Na estratégia governamental adotada, a desinformação das classes populares – o mito da ignorância – foi considerada o fator determinante da fome e da desnutrição na população. Apenas em meados da década de 1970, é que o binômio alimentação-educação começou a dar espaço para o binômio alimentação-renda, como causa da fome e da desnutrição (Pinheiro; Carvalho, 2010).

A partir das décadas de 1970 e 1980, o Brasil passou por um processo de transição nutricional, marcado pela redução dos índices de desnutrição e pelo aumento gradual dos casos de sobrepeso e obesidade. Esse fenômeno foi impulsionado por mudanças estruturais, como a urbanização acelerada, o crescimento da renda média, a expansão dos supermercados e da indústria alimentícia, além da modificação nos hábitos alimentares, com maior consumo de alimentos ultraprocessados e a redução da prática de atividades físicas. Em 1974-75, apenas 2,8% dos homens e 7,8% das mulheres brasileiras eram obesos; já em 2019, esses índices aumentaram para 22,8% e 30,2%, respectivamente (IBGE, 2020).

A compreensão da questão alimentar e nutricional necessita ser entendida a partir da abordagem da alimentação como um direito humano e social da população brasileira, diante das crescentes demandas geradas para atender às necessidades humanas. A contradição entre capital e trabalho tem o poder de determinar quadros de carências e desequilíbrios nutricionais que são indicativos de um fenômeno social que é a insegurança alimentar e nutricional. Esta pode se manifestar tanto como desnutrição e outros agravos decorrentes de carências nutricionais como obesidade ou outra doença crônica não transmissível (Pinheiro; Carvalho, 2010).

A alimentação e a nutrição representam necessidades básicas para a promoção e a proteção da saúde, viabilizando a afirmação plena do potencial de

crescimento e desenvolvimento humano, com qualidade de vida e cidadania (Pinheiro; Carvalho, 2008).

A abordagem da questão alimentar e nutricional precisa ser entendida a partir da problematização da alimentação como um direito humano e social da população brasileira, em resposta frente às crescentes demandas geradas para atender as necessidades humanas (Pinheiro; Carvalho, 2010).

O Brasil tem adotado políticas públicas intersetoriais com foco na promoção da alimentação saudável e da atividade física. Entre elas, destacam-se o Guia Alimentar para a População Brasileira, a rotulagem nutricional de alimentos e o Programa Saúde na Escola. No entanto, pesquisadores alertam que, apesar dos avanços normativos, é necessário fortalecer a implementação e fiscalização das políticas vigentes, além de enfrentar os interesses econômicos da indústria de alimentos ultraprocessados (Monteiro *et al.*, 2018).

O legado de Josué de Castro permanece relevante, pois ele já alertava para a necessidade de políticas públicas que abordassem as causas estruturais da fome e da má nutrição. Sua visão integradora, que considerava fatores biológicos, sociais e econômicos, continua a influenciar estudos e políticas voltadas para a segurança alimentar e nutricional no Brasil (Souza *et al.*, 2017).

2.2 EPIDEMIÓLOGICOS DA OBESIDADE

De acordo com dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), entre as edições de 2013 e 2019, a prevalência de obesidade no Brasil aumentou 5,1 pontos percentuais, passando de 20,8% para 25,9%. Esse crescimento foi mais expressivo entre as mulheres, cuja prevalência subiu de 24,4% para 29,5% no período, enquanto entre os homens o aumento foi de 16,8% para 21,8% (Brasil, 2024).

No ano de 2019, a Região Sudeste registrou a maior prevalência de obesidade do país, atingindo 28,7%, com um incremento de 6,6 pontos percentuais em relação a 2013. O grupo etário de 45 a 59 anos apresentou o maior percentual de obesidade, chegando a 36,1%. Além disso, a obesidade foi mais prevalente entre pessoas com até quatro anos de estudo (28,1%) e entre indivíduos de raça/cor preta (30,9%). Esses dados evidenciam um aumento significativo da obesidade em diferentes segmentos da população, especialmente entre mulheres, pessoas de menor escolaridade e grupos raciais específicos (Brasil, 2024).

A obesidade tem se disseminado em todo o mundo. Conforme o relatório da Organização Mundial da Saúde em 2016, a obesidade aumentou significativamente desde 1980, tendo seus números triplicados. A prevalência de obesidade e sobrepeso entre os jovens aumentou de 16% em 1980 para 23% em 2013 (Cunha, 2022).

Em 2016, cerca de 39% da população mundial apresentava excesso de peso, o que corresponde a 1,9 bilhões de indivíduos maiores de 18 anos, e 13% apresentava obesidade, cerca de 650 milhões de pessoas (Azevedo *et al.*, 2023).

No ano de 2018, 56% da população das capitais brasileiras apresentaram excesso de peso, e 20% obesidade. O excesso de peso em Vitória, capital do Espírito Santo, apresentou elevada prevalência, em torno de 52% de excesso de peso e 18% de obesidade (Apelini *et al.*, 2021).

No Brasil, as prevalências de excesso de peso e de obesidade tem aumentado ao longo do tempo. Dados do VIGITEL demonstram contínuo crescimento dessas prevalências entre adultos residentes nas capitais brasileiras. De acordo com a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), em 2008, em torno de metade da população adulta brasileira apresentava excesso de peso e cerca de 15% estava obesa. Segundo a PNS, no período de 2013 a 2019 a prevalência de obesidade entre os homens passou de 17,9 para 22,8%, e entre as mulheres, de 25,7 para 30,2% (Azevedo *et al.*, 2023).

2.3 OBESIDADE: CONCEITO, DIAGNÓSTICO E CLASSIFICAÇÃO

Segundo a OMS, a obesidade é definida como um “acúmulo excessivo de gordura que prejudica a saúde”, sendo reconhecida por diversas entidades como uma doença crônica e progressiva (Halpern *et al.*, 2022).

A obesidade incide sobre todas as idades e grupos socioeconômicos, tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento, sendo uma condição complexa com sérias dimensões sociais e psicológicas. Tal patologia pode ser definida como um acúmulo de gordura generalizada ou localizada e está relacionada a prejuízos à saúde do indivíduo (Lima; Sampaio, 2007).

De acordo com Damascena, Neto e Pereira (2008), um índice frequentemente utilizado em estudos epidemiológicos, em saúde pública e na área clínica, é o Índice de Massa Corporal (IMC), sendo usado como preditor de sobrepeso e obesidade e

desnutrição energética em pessoas não atletas. Além disso, o IMC também é recomendado como indicador nutricional, adotado pela OMS.

O IMC pode ser calculado a partir da relação entre peso corpóreo (kg) e estatura (m)² dos indivíduos. São considerados obesos os indivíduos cujo IMC encontra-se num valor igual ou superior a 30 kg/m² (Wanderley; Ferreira, 2010). Os resultados obtidos por meio deste cálculo são categorizados como: baixo peso: abaixo de 18,5 kg/m²; Normal: 18,5 a 24,9 kg/m²; Sobrepeso: 25 a 29,9 kg/m²; Obesidade I: 30 a 34,9 kg/m²; Obesidade II: 35 a 39,9 kg/m²; Obesidade III: igual ou acima de 40 kg/m² (OMS, 2000).

O IMC, muitas vezes, não consegue determinar os riscos do indivíduo num ambiente clínico, mesmo sendo útil para dados epidemiológicos. Alguns fatores reduzem a precisão diagnóstica do IMC na avaliação de riscos à saúde em níveis individuais, dentre eles estão as diferenças na composição corporal (massa gorda e massa livre de gordura) e a distribuição de gordura (Halpern *et al.*, 2022).

A recente reformulação da classificação da obesidade trouxe mudanças importantes para a prática clínica, superando a limitação do uso exclusivo do IMC como critério diagnóstico. Rubino *et al.* (2025) ressaltaram que o IMC, embora útil em grandes grupos populacionais, não reflete toda a complexidade da obesidade em cada indivíduo, pois desconsidera fatores como a distribuição da gordura e os efeitos sobre a saúde dos órgãos. Assim, a nova proposta inclui outros parâmetros, como a medida da circunferência abdominal, a relação cintura-altura e avaliações de composição corporal, além de exames clínicos e laboratoriais que buscam identificar possíveis danos à saúde.

Entre os principais avanços desse novo modelo está a diferenciação entre obesidade pré-clínica e obesidade clínica. Na obesidade pré-clínica, há excesso de gordura corporal, mas ainda não se observam alterações funcionais nos órgãos ou sintomas evidentes, embora o risco de desenvolver doenças crônicas, como diabetes tipo 2 e problemas cardiovasculares, seja maior. Já na obesidade clínica, o excesso de gordura já provoca sintomas ou sinais de prejuízo em órgãos e sistemas, como problemas cardíacos, articulares, respiratórios ou metabólicos. Essa distinção permite que o tratamento seja direcionado de forma mais eficiente, priorizando pacientes com maior risco ou que já apresentam complicações relacionadas à obesidade (Rubino *et al.*, 2025).

Em diversos estudos tem sido demonstrada a importância da medida da circunferência da cintura como marcador de saúde cardiometabólica independente do IMC. Esse índice tem sido proposto para complementar a avaliação de riscos associados à obesidade. Caso esteja aumentada, esta medida é considerada um ótimo marcador do estado cardiometabólico em indivíduos com peso normal ou com sobrepeso (Halpern *et al.*, 2022).

O padrão de distribuição de gordura corporal pode estabelecer um prognóstico de risco para a saúde mais real do que o próprio grau de obesidade. No tipo central, superior ou androide de distribuição de tecido adiposo, a gordura está distribuída preferencialmente ao nível do tronco, com deposição aumentada em região intra-abdominal visceral, sendo mais comumente encontrado em homens. No tipo periférico, inferior ou ginóide, a gordura mais tipicamente acumula-se na região dos quadris, nádegas e coxas, um padrão mais feminino de distribuição. Desse modo, indivíduos com circunferência abdominal elevada apresentam aumento de tecido adiposo visceral, intimamente ligado a risco cardiovascular e à síndrome metabólica. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, os componentes da síndrome metabólica são: tolerância à glicose diminuída ou diabetes *mellitus*, resistência à insulina, hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia, obesidade visceral e albuminúria (Mancini, 2001).

Conforme o NCEP-ATP III, a Síndrome Metabólica é caracterizada pela presença de pelo menos três dos seguintes fatores: obesidade abdominal avaliada pela circunferência da cintura (maior que 102 cm em homens e maior que 88 cm em mulheres); níveis de triglicérides iguais ou superiores a 150 mg/dL; colesterol HDL inferior a 40 mg/dL em homens e inferior a 50 mg/dL em mulheres; pressão arterial igual ou superior a 130/85 mmHg; e glicemia de jejum igual ou superior a 110 mg/dL (De Cavalho, 2005).

2.4 ETIOLOGIA DA OBESIDADE

Compreender a etiologia da obesidade não é algo simples e objetivo. Esta doença multifatorial envolve, em sua origem, aspectos ambientais e genéticos, de acordo com a literatura (Pinheiro; Freitas; Corso, 2004).

Entre os fatores determinantes da obesidade, destacam-se o ambiente físico em que o indivíduo vive, a disponibilidade e a exposição a alimentos

ultraprocessados, os interesses econômicos e políticos, a desigualdade social, o acesso limitado à informação, aspectos culturais, hábitos comportamentais e a predisposição genética (Valentim *et al.*, 2024).

Segundo Francischi *et al.* (2000), algumas desordens endócrinas também podem levar à obesidade, tais como o hipotireoidismo e problemas no hipotálamo, sendo que estas causas representam menos de 1% dos casos de excesso de peso. Questões psicológicas também estão ligadas ao ganho de peso, como por exemplo, estresse, ansiedade e depressão, exercendo influência sobre o comportamento alimentar.

2.4.1 Fatores Ambientais

O ser humano, por sua natureza social, tem seu modo de vida profundamente influenciado pelo contexto em que está inserido, pelas normas sociais e pelas condições socioeconômicas que o cercam. Assim, o indivíduo, enquanto agente social em uma cultura que já existia antes de seu nascimento, estabelece uma relação de influência recíproca com o meio em que vive. A prática social, nesse sentido, torna-se um importante instrumento de integração do indivíduo à sociedade, especialmente por meio da participação em redes de sociabilidade (Souza; Oliveira, 2008).

Segundo a OMS, a incidência da obesidade nos indivíduos reflete a interação entre fatores dietéticos e ambientais com uma predisposição genética. Entretanto, existem poucas evidências de que algumas populações são mais suscetíveis à obesidade por motivos genéticos, o que reforça serem os fatores alimentares – em especial a dieta e a atividade física – responsáveis pela diferença na prevalência da obesidade em diferentes grupos populacionais. Pode-se destacar, entre os fatores alimentares, o excesso de energia e, principalmente, de lipídeos, favorecendo o aumento da adiposidade (Francischi *et al.*, 2000).

Ainda que a origem da obesidade seja multicausal, sua crescente prevalência tem sido associada também a fatores biopsicossociais, nos quais o “ambiente” (político, econômico, social, cultural) e não apenas o indivíduo e suas escolhas, são tanto parte do problema quanto parte da solução (Dias *et al.*, 2017).

Os hábitos alimentares são moldados por diversos fatores, incluindo aspectos culturais, sociais e as características do ambiente alimentar. O estudo desse

ambiente envolve a análise do acesso da população aos alimentos, considerando dimensões físicas, econômicas e socioculturais. Entre os aspectos avaliados estão a disponibilidade e a acessibilidade aos estabelecimentos, a qualidade e o preço dos alimentos, além da conveniência e das relações sociais que envolvem o ato de se alimentar (Honório *et al.*, 2024).

No cenário atual, o ambiente em que vivemos é classificado como obesogênico, pois favorece e estimula, de diferentes formas, a adoção de comportamentos não saudáveis. A obesidade, portanto, surge da interação entre fatores ambientais e uma predisposição genética. No entanto, como há poucas evidências de que fatores genéticos isolados expliquem a maior propensão à obesidade em determinados grupos, reforça-se a ideia de que o estilo de vida e os hábitos alimentares são determinantes para as diferenças na prevalência da obesidade entre as populações (Souza; Oliveira, 2008).

O ambiente obesogênico compreende todos os elementos que contribuem para o surgimento e agravamento da obesidade (Fisberg *et al.*, 2016). Ele se caracteriza pela oferta de oportunidades e condições que facilitam o ganho de peso, especialmente pela presença de alimentos processados, ricos em calorias e pobres em nutrientes, e pela escassez de alimentos saudáveis, como aqueles ricos em fibras, vitaminas e minerais. Esse ambiente envolve fatores físicos, econômicos e culturais relacionados tanto à alimentação quanto à prática de atividades físicas (Dantas; Silva, 2019).

O indivíduo está inserido em microambientes, como a casa, a escola, o trabalho e o bairro, que são, por sua vez, influenciados por fatores do macroambiente, como políticas públicas, sistemas educacionais e a indústria alimentícia. A literatura destaca, sobretudo, o papel dos microambientes, talvez pela facilidade de análise. O ambiente físico em que a pessoa reside, a existência de estabelecimentos que vendem alimentos saudáveis nas proximidades, a disponibilidade de alimentos processados no domicílio e a presença de espaços de lazer são componentes importantes desse contexto (Dantas; Silva, 2019).

O ambiente alimentar tem sido tema central em debates sobre políticas públicas de alimentação e nutrição. Para facilitar a compreensão desse cenário, órgãos governamentais utilizam metáforas como “desertos alimentares”, que se tratam de áreas vulneráveis, com acesso restrito a alimentos saudáveis e “pântanos

alimentares”, regiões onde há grande oferta de alimentos não saudáveis (Honório *et al.*, 2024).

2.4.2 Fatores Genéticos

Existem evidências sugerindo forte influência genética no desenvolvimento da obesidade, mas seus mecanismos ainda não estão esclarecidos. Esses fatores podem estar relacionados ao consumo e gasto energético. A genética tem influência sobre o controle do apetite e o comportamento alimentar. Ocorrem indícios de que o componente genético atua sobre o gasto energético, em especial sobre a taxa metabólica basal (TMB), que é determinada principalmente pela quantidade de massa magra. É importante levar em conta que existem diferenças individuais na suscetibilidade à obesidade (Francischi *et al.*, 2000).

2.4.3 Determinantes Sociais

Diversos fatores influenciam as condições de saúde de uma população, tais como, as condições econômicas e sociais. Isso porque, grande parte das doenças que acometem os indivíduos ocorre por questões relacionadas ao ambiente em que as pessoas estão inseridas, ou seja, onde elas vivem, trabalham e envelhecem (Buss; Pellegrini Filho, 2007).

No estudo realizado por Stival, Lima e Karnikowski (2015) observaram-se correlações entre 11 determinantes sociais da saúde, que são: atividade física, tabagismo, etilismo, consumo alimentar, contato social, ocupação, renda, escolaridade, idade, sexo e estado civil, tendo a atividade física e o consumo alimentar com maior número de relações.

2.4.4 Hábitos Alimentares

Em diversos países, o aumento da prevalência de obesidade também pode ser atribuído a um maior consumo de alimentos não saudáveis, constituindo uma categoria de alimentação chamada *fast-food* (Ferreira; Szwarcwald; Damacena, 2019).

Nos dias atuais, observa-se um aumento do consumo calórico total proveniente de um maior consumo de carboidratos simples e gorduras saturadas, em detrimento do consumo de alimentos fontes de micronutrientes essenciais. Tanto em países de renda alta quanto média, algumas pesquisas realizadas têm identificado associações entre o consumo alimentar insuficiente de micronutrientes, tais como cálcio, ferro, zinco, vitaminas A, C, D e E e a condição de obesidade geral e/ou abdominal (Cembranel *et al.*, 2017).

A modernidade acarretou uma escassez de tempo, especialmente no que diz respeito ao preparo de refeições. Essa limitação de tempo pressiona indivíduos e famílias a adotarem várias estratégias, tais como a busca por alimentos de preparo rápido, restaurantes e *fast-foods*. Ao mesmo tempo, a indústria enxerga os cidadãos como consumidores, e a produção em massa de alimentos, aliada ao marketing presente nas embalagens e anúncios, oferece um potencial significativo para o enriquecimento do setor (Dias *et al.*, 2017; Carvalho *et al.*, 2013).

O consumo de produtos alimentícios industrializados assume uma relevância que transcende a mera nutrição. Esses produtos estão repletos de apelo emocional, associados a sonhos projetados e recompensas. Nesse contexto, seu consumo torna-se quase inevitável e desempenha um papel substancial em saciar uma fome mental. Isso envolve, ao longo desse processo, valores culturais, sociais, afetivos, emocionais e comportamentais. Portanto, a compreensão da obesidade não se limita apenas aos hábitos alimentares inadequados e ao descontrole na ingestão de alimentos. Ela é resultado de conflitos sociais contraditórios e das dinâmicas de poder que prevalecem em nossa sociedade capitalista (Scherer, 2015).

2.4.5 Atividade Física e Sedentarismo

Os principais fatores de risco para a obesidade são uma alimentação não saudável e exercício físico insatisfatório. Indicadores que medem a frequência de atividade física, tanto no lazer como no trabalho, e o sedentarismo são importantes para avaliar o estilo de vida das pessoas. Vários estudos nacionais e internacionais têm demonstrado uma associação entre horas de televisão assistidas e o excesso de peso e a obesidade na população em geral (Ferreira; Szwarcwald; Damacena, 2019).

A elevação dos índices de obesidade pode ser atribuída, em parte, à interação entre o padrão alimentar inadequado (caracterizado pela baixa qualidade dos alimentos) e o estilo de vida predominante (especialmente o sedentarismo), isto levando em consideração tanto o indivíduo quanto a sociedade contemporânea. Tal combinação não contribui de forma favorável para a promoção da saúde (Dias *et al.*, 2017).

2.4.6 Alterações Hormonais

A obesidade frequentemente resulta em alterações nos níveis e na função de vários hormônios no organismo. Ainda não está claro se essas modificações são simples adaptações fisiológicas ou se desempenham algum papel na origem ou perpetuação da obesidade. Em estudos experimentais, nos quais as alterações hormonais foram restauradas aos níveis normais, não foi observada uma significativa perda de peso ou uma melhora notável no prognóstico da obesidade. Portanto, a função endócrina do tecido adiposo pode ter um papel etiológico na obesidade, uma vez que as alterações hormonais variam de acordo com a gravidade da obesidade e o padrão de distribuição da gordura corporal. É fundamental compreender o perfil hormonal característico do paciente obeso por várias razões: 1) compreender a fisiopatologia das complicações associadas ao excesso de peso; 2) evitar erros diagnósticos (por exemplo, atribuição das alterações encontradas a processos orgânicos); 3) motivar estudos que possam resultar em intervenções terapêuticas (Lordelo *et al.*, 2007).

Uma variedade de desordens endócrinas também pode contribuir para o desenvolvimento da obesidade, como o hipotireoidismo e problemas no hipotálamo. No entanto, é importante observar que essas causas são responsáveis por menos de 1% dos casos de excesso de peso. Além disso, outras condições relacionadas a desequilíbrios hormonais — como alterações no metabolismo de corticosteroides, hipogonadismo em homens, ovariectomia em mulheres e síndrome do ovário policístico — podem estar associadas a mudanças na função ovariana ou a uma hipersensibilidade no eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, desempenhando também um papel, embora menos comum, na obesidade (Francischi *et al.*, 2000).

2.4.7 Fatores Culturais

A obesidade é mais do que simplesmente um atributo físico, ela é percebida, interpretada e influenciada pelo sistema social. Conseqüentemente, os valores socioculturais relacionados à obesidade podem variar significativamente de uma sociedade para outra e em diferentes contextos históricos. A concepção de saúde, que em tempos passados esteve associada à corpulência, sofreu uma transformação significativa à luz das novas concepções e crenças culturais sobre o corpo magro. O corpo humano assume uma importância fundamental, pois é por meio dele que os indivíduos se expressam no mundo. Os cuidados com o corpo, incluindo beleza, estética e saúde, são moldados por um sistema de regras sociais que refletem as relações entre os indivíduos, seus corpos e a sociedade em geral. Este sistema de códigos é internalizado e manifestado por grupos sociais específicos (Wanderley; Ferreira, 2010).

Na contemporaneidade, testemunhamos a ascensão de padrões corporais que celebram a magreza, a definição, a estética e a juventude eterna. O corpo desejado é aquele que é funcional, associado a símbolos de beleza, realização pessoal e erotismo. Segundo Baudrillard (1995), as estruturas atuais de produção e consumo transformaram o corpo em capital, tornando-o um objeto de troca. Isso é evidente na ênfase dada à higiene, moda, cosméticos, estética, diferentes tratamentos corporais, diversas modalidades esportivas e erotismo como recursos lucrativos para atingir o padrão corporal da moda.

Carvalho e Martins (2004) argumentam que a obesidade é percebida como uma exceção aos padrões de normalidade cultural, tornando o indivíduo obeso "anormal" devido à sua diferença em relação ao ideal de beleza corporal magra e musculosa estabelecido pela sociedade. Além disso, a obesidade pode ser vista como uma condição patológica devido aos numerosos sinais e sintomas associados a ela, sua forte relação com outras condições de saúde e seu impacto negativo na qualidade de vida do indivíduo.

É importante destacar que as atitudes em relação à obesidade variam de sociedade para sociedade, bem como dentro de diferentes grupos sociais e contextos. Em resumo, a obesidade é um fenômeno complexo que recebe duas definições predominantes na esfera social: a saber, como um desvio dos padrões de

normalidade cultural e como uma condição patológica, ambas refletindo a complexa interação entre o corpo, a sociedade e a cultura (Wanderley; Ferreira, 2010).

2.5 A OBESIDADE COMO FATOR DE RISCO PARA DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

A obesidade é uma condição crônica e recorrente que está associada a diversas complicações, as quais, por sua vez, podem desencadear e agravar outras doenças agudas e crônicas, reduzindo a expectativa de vida (Halpern *et al.*, 2022).

As doenças crônicas têm alcançado dimensões significativas em escala global, sendo resultado de fatores relacionados aos processos de transição demográfica, epidemiológica e nutricional, notadamente evidenciados, sobretudo, no Brasil. Como principais determinantes do surgimento destas doenças destacam-se: o processo de envelhecimento populacional, as mudanças no estilo de vida, em especial nos hábitos alimentares, os hábitos de vida, incluindo tabagismo e consumo excessivo de álcool, associados a índices elevados de sedentarismo e obesidade (Vitória; Guandalini, 2016).

Quando comparados aos indivíduos com eutrofia, os indivíduos que apresentam sobrepeso ou obesidade possuem maior risco de desenvolver doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), tais como doenças cardiovasculares, diabetes e hipertensão arterial. As doenças cardiovasculares são consideradas as principais causas de óbito em todo o mundo. No Brasil, a hipertensão arterial afeta 24,5% dos adultos residentes nas capitais, enquanto o diabetes atinge aproximadamente 7,4% dessa população (Azevedo *et al.*, 2023).

Certos fatores de risco ligados às DCNT são modificáveis e estão diretamente relacionados com a alimentação e a atividade física. O hábito alimentar não saudável é caracterizado pela ingestão inadequada, sem variedade, com baixo valor nutritivo e com alto valor calórico. Isso resulta do baixo consumo de alimentos protetores, como frutas, hortaliças cruas e cozidas, leite e feijão, combinado com uma ingestão elevada de alimentos de risco para DCNT, tais como doces, carnes vermelhas, refrigerantes e outras bebidas açucaradas (Silva; Rezende; Lins, 2023).

Percebe-se que os alimentos tradicionais na dieta do brasileiro, tais como o arroz e o feijão, tem perdido sua importância enquanto o consumo de produtos

industrializados, como biscoitos e refrigerantes, tem aumentado significativamente (Pinheiro; Carvalho, 2008).

Nos últimos anos, diversos estudos no Brasil investigaram os padrões alimentares da população, evidenciando a prevalência da dieta tradicional baseada em arroz e feijão. A análise dos padrões alimentares considera as combinações entre os diferentes alimentos consumidos, oferecendo uma visão mais ampla e complexa do que o estudo isolado de nutrientes. Essas análises são fundamentais para orientar diretrizes dietéticas, guias alimentares e políticas públicas. Contudo, ainda são limitados os dados sobre a evolução desses padrões no país, apesar das mudanças observadas, como o aumento do consumo de alimentos ultraprocessados, a redução do consumo de feijão e o crescimento, embora insuficiente, do consumo de frutas e hortaliças (Antunes *et al.*, 2021).

Dados da POF 2017-2018, que apresenta informações sobre a ingestão alimentar individual de pessoas com 10 anos ou mais, detalhadas por sexo, idade, renda familiar mensal, situação urbana ou rural e grandes regiões do país indicam que os alimentos com as maiores médias de consumo diário *per capita* foram café (163,2 g/dia), feijão (142,2 g/dia), arroz (131,4 g/dia), sucos (124,5 g/dia) e refrigerantes (67,1 g/dia). Entre 2008-2009 e 2017-2018, a frequência de consumo de feijão reduziu-se de 72,8% para 60,0%, e a de arroz caiu de 84,0% para 76,1%, enquanto o consumo de salada crua aumentou de 16,0% para 21,4%. A diminuição no consumo de arroz foi observada especialmente nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste, sendo mais acentuada entre os indivíduos do quarto de renda mais elevado (IBGE, 2020).

Os dados mais recentes da POF 2017-2018 indicam que os níveis de insegurança alimentar no Brasil atingiram patamares superiores aos observados na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2013, última pesquisa que abordou o tema. Enquanto a PNAD 2013 registrava uma prevalência maior de segurança alimentar, a POF 2017-2018 apontou um aumento significativo na proporção de domicílios com algum grau de insegurança alimentar, incluindo os níveis leve, moderado e grave. Essa elevação reflete um agravamento da situação alimentar da população brasileira nos últimos anos (Santiago *et al.*, 2023).

A alimentação e a nutrição representam requisitos fundamentais para a promoção e a proteção da saúde, permitindo a afirmação plena do potencial de

crescimento e desenvolvimento humano, com qualidade de vida e cidadania (Pinheiro; Carvalho, 2008).

Diante da elevada prevalência da obesidade e de sua associação direta com DCNT, torna-se imprescindível o monitoramento sistemático desse fator de risco na população. A obesidade é resultado de um complexo conjunto de determinantes sociais, econômicos e comportamentais, o que exige estratégias contínuas de vigilância e intervenção em saúde pública (Brasil, 2023b).

Nesse sentido, destaca-se o papel fundamental do VIGITEL, sistema que permite a coleta regular de dados sobre excesso de peso e obesidade, bem como sobre outros comportamentos relacionados ao risco de desenvolvimento de DCNT, como sedentarismo e padrões alimentares inadequados. Ao oferecer subsídios concretos e atualizados para o planejamento de políticas públicas, o VIGITEL configura-se como uma ferramenta estratégica no enfrentamento da obesidade e na promoção de hábitos saudáveis no Brasil (Santos *et al.*, 2021; Silva *et al.*, 2022).

2.6 ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E EXERCÍCIOS FÍSICOS: PILARES PARA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA OBESIDADE

A obesidade pode ser vista como uma condição de difícil tratamento e controle devido à sua complexidade. O tratamento da obesidade é amplamente recomendado e engloba mudanças no estilo de vida com o objetivo de promoção da saúde (Vieira; Turato, 2010).

A redução do peso acarreta melhorias significativas nos fatores de risco relacionados à obesidade, como a redução da pressão arterial, diminuição da incidência de diabetes, melhora o perfil lipídico, redução da resistência à insulina, o aprimoramento da função endotelial e a diminuição dos níveis da proteína C-reativa (Cunha, 2022).

Se observam diversas opções para tratar a obesidade que são difíceis de implementar, tais como as dietas e a reeducação alimentar. Alguns estudos demonstram que pessoas obesas, muitas vezes, tentam métodos diferentes para perder peso, por vezes, sem considerar a sua saúde. Isso inclui dietas da moda, exercícios físicos extenuantes, medicamentos vendidos sem receita médica e intervenções recomendadas por amigos ou pela mídia. Contudo, não alcançam o resultado esperado, o que pode causar frustração e tristeza (Araujo *et al.*, 2019).

O objetivo do tratamento da obesidade deve ser concentrado apenas na perda de peso, o que é definido como atingir um peso corporal ideal e ao mesmo tempo gerenciar a saúde geral. Os programas de perda de peso devem combinar uma dieta nutricionalmente equilibrada com exercícios e mudanças no estilo de vida e com o menor custo possível. A escolha do método adequado depende dos objetivos do paciente, assim como devem ser considerados os riscos para sua saúde. São opções de tratamento: dieta hipocalórica, aumento da atividade física e mudanças no estilo de vida; itens anteriores mais farmacoterapia; cirurgia agregada a um programa individualizado de dieta, atividade física e modificação do estilo de vida; prevenção do ganho de peso através do equilíbrio energético (Mahan; Escott-Stump, 2005).

A assistência nutricional ao paciente com obesidade abrange: avaliação do estado nutricional (para determinar o diagnóstico nutricional e as necessidades nutricionais); desenvolvimento do plano de ação nutricional; implementação da dietoterapia (determinada pelo cálculo da dieta e conteúdo de macro e micronutrientes); educação nutricional (envolvendo conceitos básicos de saúde e alimentação); avaliação da eficiência da intervenção (Cuppari, 2005).

O estilo de vida sedentário é reconhecido como um fator de risco independente para Doenças Cardiovasculares (DCVA). O aumento da atividade física está relacionado com ganho de saúde, melhoria da qualidade de vida e uma expectativa de vida prolongada. A atividade física pode incluir modalidades ocupacionais, domésticas e de lazer. Vários efeitos benéficos estão relacionados à prática física, são eles: melhora da capacidade física e da qualidade de vida, contribui para o controle do peso, melhora o perfil lipídico, reduz a pressão arterial, ajuda no tratamento e prevenção da diabetes *mellitus* e reduz a inflamação (medida pela proteína C-reativa). A prática regular de exercícios também influencia positivamente o estilo de vida, reduzindo a probabilidade de fumar, diminuindo o estresse e controlando o apetite. Os benefícios do exercício regular são notáveis em todas as faixas etárias, desde jovens até idosos (Cunha, 2022).

A desnutrição, em todas as suas formas, incluindo obesidade, subnutrição e riscos alimentares relacionados a doenças crônicas não transmissíveis, é atualmente a principal causa de perda de saúde no mundo. Com o agravamento dos efeitos das mudanças climáticas sobre a saúde, a Sindemia Global continuará a ser a maior fonte de problemas de saúde globalmente e em cada país. Além disso, essa

sindemia afeta de forma desproporcional os países mais pobres e, dentro de todos os países, as populações em situação de maior vulnerabilidade econômica. A pobreza intensifica os impactos da Sindemia Global que, por sua vez, agrava e perpetua a pobreza. Por isso, ações integradas para combater tanto a pobreza quanto a Sindemia Global são fundamentais para promover a saúde da população e reduzir as desigualdades sociais e de saúde (Swinburn *et al.*, 2019).

As mudanças climáticas têm contribuído para a redução da qualidade nutricional dos alimentos. Pesquisas indicam que o aumento dos níveis de dióxido de carbono (CO₂) na atmosfera diminui a concentração de nutrientes essenciais, como zinco, ferro, cálcio e potássio, em culturas importantes, como trigo, cevada, batata e arroz. Isso ocorre porque, com mais CO₂, as plantas tendem a sintetizar mais carboidratos em detrimento de proteínas e minerais indispensáveis à saúde humana (Swinburn *et al.*, 2019).

Originalmente, o termo sindemia refere-se à coexistência de duas ou mais doenças que apresentam três características principais: ocorrem simultaneamente no tempo e no espaço, interagem entre si em níveis biológicos, psicológicos ou sociais e compartilham fatores sociais subjacentes comuns. Embora o conceito tenha sido inicialmente aplicado para descrever a interação de doenças em nível individual, ele também é útil para analisar a interação de múltiplas pandemias, como é o caso da obesidade, da desnutrição e das mudanças climáticas, estas últimas consideradas pandemia devido aos seus impactos projetados na saúde humana (Swinburn *et al.*, 2019).

O principal fator que tem impulsionado o crescimento da obesidade e do sobrepeso é a incapacidade dos sistemas alimentares de fornecer dietas saudáveis. O consumo de alimentos industrializados e processados, ricos em gorduras trans, açúcares, sal e aditivos químicos, tem aumentado em grande parte dos países. Alimentos frescos e nutritivos frequentemente apresentam preços elevados, e quando os recursos financeiros das famílias são limitados, as pessoas acabam optando por alimentos mais baratos, porém, com alto teor calórico e baixo valor nutricional. Esse padrão de consumo é mais comum em áreas urbanas e em países de renda média-alta e alta, embora a insegurança alimentar e seus impactos negativos na qualidade da alimentação também afetem populações em países de baixa, média e alta renda (Swinburn *et al.*, 2019).

Para o manejo eficaz da obesidade, é essencial distinguir entre fatores de risco não modificáveis e modificáveis, pois ambos influenciam o planejamento terapêutico individualizado. Os fatores não modificáveis são aqueles que não podem ser alterados, como a genética, a idade, o sexo biológico e o histórico familiar (Young *et al.*, 2020).

Por outro lado, os fatores modificáveis são aqueles que podem ser alvo de intervenções diretas e representam o foco principal no tratamento da obesidade. Entre esses fatores, destacam-se o sedentarismo, a alimentação inadequada caracterizada pelo consumo excessivo de alimentos ultraprocessados e pela baixa ingestão de fibras e micronutrientes, o uso excessivo de álcool, a privação de sono e o estresse crônico. Mudanças no estilo de vida, que envolvem a reeducação alimentar, o aumento da prática regular de atividades físicas e a promoção de hábitos saudáveis são as estratégias mais eficazes para a redução do peso corporal e o controle das comorbidades associadas (Who, 2022; Brasil, 2023b).

A insegurança alimentar, a desigualdade no acesso a espaços adequados para a prática de atividades físicas, a baixa escolaridade, a intensa publicidade de alimentos ultraprocessados e as condições precárias de trabalho configuram barreiras significativas para a adoção de hábitos saudáveis, especialmente entre as populações mais vulneráveis (Brasil, 2023b; Borges *et al.*, 2021).

Os dados do VIGITEL ilustram claramente essas desigualdades. Apesar do aumento da conscientização sobre saúde e da maior divulgação de práticas saudáveis, indicadores como o consumo insuficiente de frutas e hortaliças, o sedentarismo e o excesso de peso continuam elevados. Em 2023, por exemplo, mais da metade da população adulta brasileira apresentava excesso de peso, com a obesidade sendo mais prevalente entre indivíduos com menor nível de escolaridade (Brasil, 2023a). Além disso, o VIGITEL aponta que a prática regular de atividade física é significativamente menor entre pessoas de baixa renda e moradores de periferias urbanas, indicando que a promoção da saúde ainda não alcançou, de forma efetiva, esses grupos (Santos *et al.*, 2022).

2.7 FATORES ASSOCIADOS E POLÍTICAS PÚBLICAS DE ENFRENTAMENTO DA OBESIDADE NO BRASIL

Nas últimas décadas, observou-se o ressurgimento da importância do campo de conhecimento denominado políticas públicas, bem como das instituições, regras e modelos que regem sua decisão, elaboração, implementação e avaliação (Souza, 2006).

As políticas públicas são destacadas como instrumentos sociais essenciais para o enfrentamento dos problemas públicos e para a promoção do desenvolvimento (Lima *et al.*, 2021).

Não há uma única definição, nem melhor, para o conceito de política pública. Mead (1995) define política pública como um campo de estudo que analisa o governo à luz de grandes questões públicas, enquanto Lynn e Gould (1980) a definem como um conjunto de ações do governo que produzem efeitos específicos. Peters (1986) concorda que política pública é a soma das atividades dos governos que influenciam a vida dos cidadãos. Dye (1984) resume a definição de política pública como "o que o governo escolhe fazer ou não fazer". A definição mais conhecida é a de Laswell (1958), que implica responder às seguintes questões: quem ganha o quê, por que e que diferença faz (Souza, 2006).

Mesmo diante das dificuldades de implementação, as políticas públicas voltadas para a saúde têm sido de grande importância para a população do país. Ao longo da história, as políticas públicas no Brasil têm sido implementadas por meio de práticas assistencialistas, refletindo-se em relações que não incorporam o reconhecimento do direito à saúde. A função social das políticas tem passado por transformações significativas no que se refere à qualidade, quantidade e variedade. No âmbito de ação social do Estado, as políticas públicas em saúde visam a melhoria das condições de saúde da população (Reis; Vasconcelos; Barros, 2011).

O principal papel das políticas públicas é de orientar para a melhora da qualidade de vida da população, estimulando a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e do coletivo. De acordo com a Constituição Federal, promulgada em 1988, essas políticas orientam-se pelos princípios da universalidade, equidade no acesso às ações e serviços, descentralização da gestão, integralidade do atendimento e na participação da comunidade na organização de um sistema único de saúde a nível nacional (Rech *et al.*, 2016).

A obesidade é atualmente reconhecida como uma pandemia e, há várias décadas, vem sendo considerada uma prioridade nas agendas de políticas públicas, tanto em âmbito internacional quanto nacional. Apesar de avanços pontuais em

algumas regiões, nenhum país conseguiu controlar efetivamente essa epidemia. Entre os principais obstáculos para seu enfrentamento estão o *lobby* do setor privado comercial, a falta de capacidade e/ou vontade política dos governos para implementar medidas eficazes, a insuficiente pressão da sociedade civil por ações políticas e a limitada avaliação empírica das intervenções realizadas (Castro, 2017).

Para combater a epidemia de obesidade, as políticas públicas e ações intersetoriais devem criar ambientes estimuladores, que apoiem e mantenham padrões saudáveis de alimentação e atividade física. Faz-se necessário destacar que tais iniciativas não devem se limitar à mera informação e educação da população. Também devem proporcionar um ambiente que estimule, apoie e proteja padrões saudáveis de alimentação e atividade física. Isso pode ser alcançado por meio de medidas fiscais que tornem os alimentos saudáveis mais acessíveis, normas que limitem a publicidade de alimentos não saudáveis e intervenções no planejamento urbano que facilitem a prática diária de atividade física. Uma ação consistente e estruturada na afirmação de responsabilidades do poder público em políticas intersetoriais articuladas é essencial, criando espaços de troca e construção constante de saberes, linguagens e práticas, buscando o desenvolvimento pessoal e social e instigando as populações a fazerem escolhas mais saudáveis (Rech *et al.*, 2016).

As ações consideradas eficazes para a prevenção da obesidade são intersetoriais e envolvem o fortalecimento de sistemas alimentares que promovam simultaneamente prosperidade, equidade, sustentabilidade ambiental e saúde. Entre essas medidas estão a regulação da publicidade de produtos ultraprocessados, especialmente aquela direcionada ao público infantil; a melhoria da rotulagem dos alimentos; a implementação de políticas fiscais que desestimulem a compra de produtos ultraprocessados e incentivem o consumo de alimentos *in natura* ou minimamente processados; a promoção de ambientes alimentares saudáveis; o incentivo ao aleitamento materno e à alimentação complementar adequada; além do desenvolvimento de ações de Educação Alimentar e Nutricional. No Brasil, destacam-se a publicação de guias alimentares baseados em refeições que classificam os alimentos conforme seu grau de processamento (Castro, 2017).

O Guia Alimentar para a População Brasileira oferece um conjunto de informações e recomendações sobre alimentação com o objetivo de promover a saúde dos indivíduos, famílias e comunidades e da sociedade brasileira como um

todo, tanto no presente como no futuro. Este guia é destinado a todos os brasileiros, incluindo trabalhadores cujo ofício envolve a promoção da saúde da população, como profissionais de saúde, agentes comunitários, educadores, formadores de recursos humanos e outros. Esses profissionais desempenharão um papel crucial para a ampla divulgação deste material, assegurando que o conteúdo seja compreendido por todos, inclusive as pessoas que apresentam dificuldade de leitura (Hermsdorff *et al.*, 2020).

A realidade alimentar brasileira é caracterizada por uma ampla diversidade, mas também é afetada pela grande desigualdade social de acesso aos recursos e pela falta de equidade entre a população. Nesse contexto, o Guia Alimentar para a População Brasileira é um instrumento que contém recomendações voltadas para a população em geral, elaborado com base no comportamento dos agentes, seus hábitos culturais e regionais no país. É importante ressaltar que a escolha da dieta alimentar não se baseia apenas em recomendações nutricionais institucionalizadas, uma vez que é influenciada por uma diversidade de opções que dependem do ambiente e de fatores estruturais historicamente dimensionados (Ambrosi; Grisotti, 2022).

O Guia Alimentar para a População Brasileira é um documento oficial que discorre sobre os princípios e as recomendações de uma alimentação adequada e saudável, caracterizando-se em um instrumento de apoio às ações de Educação Alimentar e Nutricional (EAN) no Sistema Único de Saúde (SUS) e em outros setores. Este guia é considerado uma das principais estratégias para a implementação da diretriz de Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS), que integra a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) e contribui para o desenvolvimento de planos para a promoção e a efetivação do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA), visto que toma como alicerce o conceito de segurança alimentar e nutricional (SAN). Garantindo assim, o acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, fundamentado em práticas alimentares que promovam a saúde, respeitem a diversidade cultural e sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis (Ambrosi; Grisotti, 2022).

De acordo com Hermsdorff *et al.* (2020), as recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira são apresentadas de forma sintetizada em “Dez passos para uma alimentação adequada e saudável”. São eles:

1. Fazer de alimentos *in natura* ou minimamente processados a base da alimentação: Priorize uma alimentação baseada em alimentos *in natura* ou minimamente processados, provenientes principalmente de fontes vegetais, para garantir uma dieta nutritiva, saborosa, culturalmente apropriada e sustentável.
2. Utilizar óleos, gorduras, sal e açúcar em pequenas quantidades ao temperar e cozinhar alimentos e criar preparações culinárias: Utilize óleos, gorduras, sal e açúcar com moderação ao temperar e cozinhar alimentos, contribuindo para diversificar o sabor da alimentação sem desequilibrar sua composição nutricional.
3. Limitar o consumo de alimentos processados: Reduza o consumo de alimentos processados que podem alterar negativamente a composição nutricional dos alimentos dos quais derivam. Consuma-os em pequenas quantidades como parte de preparações culinárias.
4. Evitar o consumo de alimentos ultraprocessados: os alimentos ultraprocessados, tais como biscoitos recheados, salgadinhos de pacote, refrigerantes e macarrão instantâneo, apresentam um desequilíbrio nutricional. Sua formulação e apresentação favorecem o consumo excessivo, muitas vezes substituindo opções mais naturais ou minimamente processadas. Além disso, os métodos de produção, distribuição, comercialização e consumo desses alimentos impactam negativamente a cultura, a vida social e o meio ambiente.
5. Comer com regularidade e atenção, em ambientes apropriados e, sempre que possível, com companhia: Faça refeições em horários regulares, evite beliscar entre as refeições, coma lentamente e desfrute da comida. Escolha ambientes limpos e tranquilos, preferencialmente compartilhando as refeições com companhia.
6. Fazer compras em locais que ofertem variedades de alimentos *in natura* ou minimamente processados: Prefira adquirir alimentos em locais que ofereçam

variedades de alimentos *in natura* ou minimamente processados, dando preferência a produtos locais e orgânicos.

7. Desenvolver, exercitar e partilhar habilidades culinárias: Desenvolva e compartilhe habilidades culinárias, promovendo a troca de conhecimentos, especialmente com crianças e jovens, incentivando a igualdade de gênero na cozinha.
8. Planejar o uso do tempo para dar à alimentação o espaço que ela merece: Planeje compras, organize a despensa e defina cardápios semanais, compartilhando as responsabilidades domésticas relacionadas à preparação das refeições. Faça da alimentação momentos de convivência e prazer.
9. Dar preferência, quando fora de casa, a locais que servem refeições feitas na hora: Opte por locais que ofereçam refeições feitas na hora e a preços justos, evitando redes de *fast-food*.
10. Ser crítico quanto a informações, orientações e mensagens sobre alimentação veiculadas em propagandas comerciais: Seja crítico em relação a informações sobre alimentação veiculadas em propagandas comerciais, considerando a natureza comercial dessas mensagens e estimulando outras pessoas, especialmente crianças e jovens, a fazerem o mesmo.

2.8 VIGITEL: VIGILÂNCIA DE FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA DOENÇAS CRÔNICAS POR INQUÉRITO TELEFÔNICO

Implementado em 2006, o VIGITEL é um inquérito anual que se estabeleceu como um sistema de vigilância em saúde e gestão. Suas informações são fundamentais para orientar o planejamento de políticas públicas, diretrizes e iniciativas voltadas à promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças (Azevedo *et al.*, 2023).

O principal objetivo deste inquérito é efetuar o monitoramento contínuo da frequência e distribuição dos principais fatores de risco e proteção para as DCNT, sendo realizado anualmente pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (Xavier; Wendt; Crochemore-Silva, 2022).

Até 2021, os procedimentos de amostragem utilizados pelo VIGITEL tinham como objetivo obter, em cada capital dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal, amostras probabilísticas da população adulta (com 18 anos ou mais) residente em

domicílios com pelo menos uma linha telefônica fixa. Entre 2006 e 2019, o tamanho mínimo da amostra em cada cidade era de aproximadamente 2 mil indivíduos. Contudo, devido às dificuldades impostas pela pandemia de COVID-19 na coleta de dados, o tamanho amostral foi reduzido para cerca de mil pessoas em 2020 e 2021. Para 2023, houve uma nova redução, estabelecendo-se um mínimo de 800 entrevistas por localidade (Brasil, 2023a).

A rápida diminuição da cobertura de telefonia fixa no país levou à realização de metade das entrevistas por telefone móvel, com o intuito de garantir a obtenção de dados de qualidade. Assim, a amostra final em cada localidade foi composta por 400 entrevistas via telefone fixo e 400 via telefone móvel. Essa amostra permite estimar, com 95% de confiança e um erro máximo de quatro pontos percentuais, a prevalência de qualquer fator de risco ou proteção na população adulta local. Para estimativas específicas por sexo, considerando proporções semelhantes de homens e mulheres na amostra, o erro máximo esperado é de cinco pontos percentuais (Brasil, 2023a).

O VIGITEL realiza entrevistas em cada cidade, utilizando uma amostra que possibilita estimar a prevalência dos principais fatores de risco para doenças crônicas na população adulta, com um coeficiente de confiança de 95% e uma margem de erro de dois pontos percentuais. Cada entrevistado recebe um peso pós-estratificação para garantir a representatividade estatística dos resultados para a população adulta. Esse peso é utilizado para igualar a composição sociodemográfica estimada da população adulta com telefone em cada capital, de acordo com variáveis como sexo, faixa etária e escolaridade, à composição estimada da população adulta total da mesma capital (Assumpção *et al.*, 2022).

A amostragem probabilística da população-alvo é realizada em duas etapas: inicialmente ocorre um sorteio sistemático de 5 mil linhas telefônicas em cada cidade, seguido por um re-sorteio e formação de 25 réplicas (subamostras) de 200 linhas. Na segunda etapa, é efetuado um sorteio simples de um adulto residente em cada domicílio para participar da pesquisa. O sistema VIGITEL estabelece um tamanho mínimo de amostra em cada uma das 26 capitais e no Distrito Federal (Xavier; Wendt; Crochemore-Silva, 2022).

A pesquisa cobre uma variedade de tópicos, incluindo tabagismo, obesidade, hábitos alimentares, atividade física, consumo de álcool, autoavaliação de saúde, prevenção do câncer e morbidade relatada. Os dados coletados auxiliam na

compreensão do estado de saúde da população, possibilitando o planejamento de intervenções para melhorar os resultados de saúde pública (Brasil, 2021).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a prevalência e fatores associados à obesidade em Vitória no Espírito Santo no período de 2018 a 2023.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Identificar os fatores associados à obesidade na população de Vitória;
- b) Determinar a prevalência de obesidade em Vitória;
- c) Descrever hábitos de vida e alimentares de indivíduos com obesidade.

4 MÉTODOS

4.1 TIPO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo ecológico a ser realizado no ano de 2024 por meio de análise de dados secundários sobre a prevalência de fatores de risco modificáveis e não modificáveis para sobrepeso e obesidade por meio do inquérito de saúde brasileiro mais duradouro e ininterrupto, tanto em número de edições contínuas quanto pelo número de entrevistas coletadas, o VIGITEL (Brasil, 2012). O período a ser analisado será de 2018 a 2023.

Um estudo ecológico é uma modalidade de pesquisa epidemiológica observacional que analisa a relação entre a incidência de uma doença ou condição de saúde e a exposição a determinados fatores em grupos populacionais, como países, regiões ou municípios. Ao contrário de estudos individuais, o foco recai sobre dados coletivos, permitindo investigar associações entre exposições e problemas de saúde em uma comunidade. Essa abordagem oferece a vantagem de avaliar essas relações em escala populacional, embora não forneça informações a nível individual (Lima-Costa; Barreto, 2003).

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

Como cenário desta pesquisa foi escolhida a cidade de Vitória, que é a capital do estado do Espírito Santo, localizada na região sudeste do Brasil. É uma das menores capitais brasileiras, tanto em área quanto em população, com cerca de 369.534 habitantes conforme a estimativa de população do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2021. O estado do Espírito Santo é composto por 78 municípios e faz fronteiras com os Estados de Minas Gerais, Rio de Janeiro e Bahia, abriga uma população diversificada e dinâmica. De acordo com os dados mais recentes do IBGE (2022), a população capixaba é estimada em 3.833.712 habitantes, distribuídos entre áreas urbanas e rurais. A composição demográfica inclui uma variedade de grupos étnicos, faixas etárias e níveis socioeconômicos.

A cidade de Vitória destaca-se pelo estímulo a uma vida saudável por meio de múltiplos programas públicos que abrangem toda a população. Dentre as principais iniciativas está o Serviço de Orientação ao Exercício, mantido pela Secretaria

Municipal de Saúde, que oferece mais de quinze módulos distribuídos em praças, parques e orlas, com atividades como práticas corporais coletivas, avaliação física e orientação ao exercício, promovendo a prevenção de doenças crônicas e o aumento da qualidade de vida da população. Ademais, o programa Vitória Saudável incentiva a prática de hábitos saudáveis oferecendo opções como academias populares, aeróbica noturna, uso de ciclovias, ciclofaixas e ações educativas espalhadas pela cidade. Essas ações, alinhadas às políticas municipais de saúde, consolidam o cenário escolhido como referência nacional na promoção do acesso universal à saúde e ao bem-estar (Vitória, 2018; Vitória 2024).

4.3 AMOSTRA

A metodologia de amostragem adotada pelo VIGITEL até 2021 busca a obtenção de amostras probabilísticas da população adulta em todas as capitais brasileiras e no Distrito Federal. Durante as edições que abrangem o período de 2006 a)2019, o tamanho amostral mínimo estabelecido era de aproximadamente 2 mil indivíduos em cada cidade (Moura *et al.*, 2008; Munhoz *et al.*, 2017; Brasil, 2023a). Entretanto, devido aos desafios decorrentes da pandemia de COVID-19 nos anos de 2020 e 2021, houve uma redução no tamanho da amostra, aproximando-se esta a cerca de mil indivíduos em cada localidade. Esta adaptação se fez necessária para contornar as dificuldades enfrentadas durante a coleta de dados nesse período.

Já para o ano de 2023, uma nova redução no tamanho da amostra foi implementada, estipulando-se um mínimo de 800 entrevistas em cada uma das localidades. Para este ano foi introduzido o rastreamento dos indivíduos por telefone móvel, devido à rápida deterioração da cobertura de telefonia fixa no país, assim, metade das entrevistas são realizadas por telefone móvel, garantindo a qualidade dos dados coletado, possibilitando estimativas confiáveis, com um coeficiente de confiança de 95% e um erro máximo de quatro pontos percentuais, para a frequência de fatores de risco e proteção na população adulta de cada localidade (Brasil, 2023a).

Portanto, considerando que a pesquisa foi realizada nos anos de 2018 a 2023, estimou-se uma amostra de 3200 indivíduos.

4.3.1 Critérios de Inclusão

Foram incluídos neste estudo indivíduos em idade adulta ≥ 18 residentes no município de Vitória que tenham participado da pesquisa realizada através do VIGITEL entre os anos de 2018 a 2023.

4.3.2 Critério de Exclusão

Para garantir a integridade dos dados, foram excluídas as variáveis com o maior número de dados ignorados ou não respondidos, visando a precisão e confiabilidade das análises estatísticas e resultados obtidos.

4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada através do site: <https://svs.aids.gov.br/download/VIGITEL/>. Foram analisadas as tabelas referentes aos anos de 2018 a 2023. Utilizou-se 38 indicadores da base de dados VIGITEL, conforme demonstrado o quadro 1.

Quadro 1 – Indicadores do VIGITEL*

Perfil epidemiológico	
q6	idade (anos)
q7	Sexo
Civil	estado conjugal atual
q8_anos	anos de estudo
q9	peso (kg)
q11	altura (cm)
Hábito Alimentar	
q16	frequência hort
q17	frequência hort crua
q18	quantas vezes
q19	frequência hort cozida
q20	quantas vezes
q21	come carne
q22	gordura carne
q23	come frango
q24	pele frango
q25	suco frutas

q26	quanto suco
q27	frequência fruta
q28	quantas vezes
q29	frequência refrigerante
r301_ (itens A a L)	alimentos naturais
r302_ (itens A a M)	alimentos industrializados
q32	frequência de leite
r143	Doces
r146	quantas vezes come doce por dia
r144a	troca almoço
r144b	troca jantar
Atividade física/Sedentarismo	
q42	exercício físico
q45	frequência exercício
q46	duração exercício
q59a	quantas horas assiste tv/dia
q59b	uso de computador, tablet ou celular no tempo livre
q59c	em média, este uso do computador, tablet ou celular
Condições de saúde	
q74	estado de saúde
q75	pressão alta
q76	Diabetes
q78	colesterol ou triglicerídes

*Quadro completo em Anexo A.

“Fonte: adaptado do dicionário VIGITEL”.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

As análises estatísticas consideraram o delineamento amostral complexo da pesquisa VIGITEL, utilizando a ponderação por meio da variável “*pesorake*”, que ajusta os dados segundo a distribuição populacional por sexo, faixa etária e escolaridade. As variáveis foram descritas por proporções e seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%), estimados com base nos pesos amostrais.

Para garantir a correção das estimativas e variâncias, foi utilizado o comando “*svy*” no software Stata, adequado para dados obtidos por amostragem complexa.

Para estimar a associação entre os desfechos (excesso de peso e obesidade) e os fatores comportamentais e condições de saúde autorreferidas, foram utilizadas regressões de Poisson com variância robusta, ajustadas pelo delineamento complexo da amostra. Os resultados foram expressos em razões de prevalência

(RP), com IC95% e valores de p. Adotou-se nível de significância menor que 5% em todas as análises.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Os dados utilizados neste estudo são provenientes da base de dados pública do VIGITEL. Portanto, as informações foram consolidadas e não permitem a identificação individual. Dado o caráter secundário e público desses dados, não é requerida a aprovação do comitê de ética e pesquisa, conforme estipulado nas Resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

5 RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta a prevalência de obesidade entre adultos brasileiros nos anos de 2018, 2019, 2020, 2021 e 2023, com seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%), além da média geral para o período analisado. Observou-se estabilidade nos percentuais ao longo do tempo, com pequenas oscilações. Em 2018, a prevalência foi de 18,0% (IC95%: 15,8–20,4), repetindo o mesmo valor em 2023, de 18,0% (IC95%: 15,0–21,3). No conjunto dos anos avaliados, a obesidade atingiu uma média de 17,8% (IC95%: 16,5–19,2). Entre os indivíduos sem excesso de peso e sem obesidade, os percentuais permaneceram acima de 47,0% e 82,0%, respectivamente, evidenciando uma distribuição consistente nos diferentes anos analisados.

Tabela 1 - Prevalência Obesidade na População Adulta — VIGITEL 2018–2023

Variável	2018	2019	2020	2021	2023	Total
	%(IC95%)					
Obesidade						
Sim	17,98 (15,8; 20,4)	17,72 (15,4; 20,3)	18,36 (15,2; 22,0)	17,19 (13,9; 20,9)	17,98 (15,0; 21,3)	17,84 (16,5; 19,2)
Não	82,02 (79; 84)	82,28 (79,7; 84,6)	81,64 (77,9; 84,8)	82,81 (79,0; 86,0)	82,02 (78,7; 84,9)	82,16 (80,8; 83,5)

A Tabela 2 apresenta a prevalência de obesidade entre adultos, estratificada por sexo, nível de escolaridade e faixa etária para os anos de 2018, 2019, 2020, 2021 e 2023, acompanhada dos respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%).

No que diz respeito ao sexo, as prevalências de obesidade foram semelhantes entre mulheres e homens ao longo do período analisado. Em 2023, a obesidade foi estimada em 17,8% (IC95%: 14,1–22,2) entre as mulheres e 18,2% (IC95%: 13,8–23,6) entre os homens. Em relação à escolaridade, verificou-se que os indivíduos com 1 a 4 anos de estudo apresentaram, de maneira geral, as maiores prevalências de obesidade, atingindo 47,1% (IC95%: 25,2–70,3) em 2018. Em contrapartida, entre aqueles com 12 anos ou mais de estudo, os percentuais foram sistematicamente menores, variando de 13,2% (IC95%: 10,6–16,4) em 2019 a 16,5% (IC95%: 11,9–22,4) em 2023.

Ao se analisar as faixas etárias, observou-se um aumento da obesidade com o avanço da idade, com prevalências mais elevadas nos grupos de 40 a 49 anos e de 50 a 59 anos. Em 2023, as prevalências nesses grupos foram de 23,3% (IC95%: 16,2–32,4) e 24,3% (IC95%: 16,8–33,7), respectivamente. Entre os indivíduos sem obesidade, os percentuais mais elevados foram observados entre aqueles com maior nível de escolaridade e entre os adultos mais jovens, sem que se possam estabelecer inferências causais a partir desses resultados.

Tabela 2 - Prevalência de Obesidade segundo Sexo, Escolaridade e Faixa Etária — VIGITEL 2018–2023

Variável	2018	2019	2020	2021	2023
	%(IC95%)				
Sem Obesidade					
Sexo					
Feminino	81,5 (78,4; 84,3)	80,9 (77,5; 83,8)	81,5 (76,8; 85,4)	83,4 (77,9; 87,2)	82,2 (77,8; 85,9)
Masculino	82,6 (78,6; 86,0)	83,8 (79,8; 87,2)	81,8 (75,8; 86,6)	82,1 (75,4; 87,3)	81,8 (76,4; 86,2)
Escolaridade					
1 a 4	52,9 (29,7; 74,8)	61,6 (33,0; 84,0)	71,0 (47,2; 86,9)	56,3 (30,5; 79,1)	56,3 (30,5; 79,1)
5 a 8	78,3 (69,2; 85,3)	77,9 (68,7; 85,2)	75,1 (61,4; 85,1)	78,1 (64,8; 87,4)	76,9 (68,0; 83,8)
9 a 11	79,0 (74,1; 83,2)	79,1 (74,0; 84,4)	79,0 (74,0; 83,2)	81,3 (76,7; 85,1)	79,9 (72,9; 85,4)
12 ou mais	86,8 (83,6; 89,3)	86,8 (83,6; 89,9)	84,8 (81,0; 87,9)	85,9 (81,4; 89,2)	83,5 (77,6; 88,0)
Faixa etária					
18 a 29	87,8 (81,8; 91,9)	88,5 (82,2; 92,8)	88,1 (78,7; 93,6)	90,6 (81,5; 95,5)	88,8 (81,4; 93,5)
(continua) 30 a 39	84,5 (77,6; 89,5)	85,3 (78,2; 90,3)	90,0 (79,3; 95,5)	83,8 (69,3; 92,2)	86,0 (77,8; 91,5)
40 a 49	74,4 (67,4; 80,4)	78,5 (71,9; 84,4)	78,7 (68,9; 85,9)	78,4 (68,2; 85,9)	76,7 (67,6; 83,8)
50a 59	80,3 (74,9; 84,8)	73,1 (67,0; 78,4)	69,3 (59,8; 77,4)	77,6 (69,0; 84,4)	75,7 (66,3; 83,2)
60 ou mais	79,7 (76,2; 82,7)	84,0 (80,0; 86,0)	78,9 (73,9; 83,1)	79,4 (74,6; 83,6)	80,2 (74,1; 85,1)
Obesidade					
Sexo					
Feminino	18,5 (15,7; 21,6)	19,1 (16,2; 22,5)	18,5 (14,6; 23,2)	16,6 (12,8; 22,1)	17,8 (14,1; 22,2)
Masculino	17,4 (14,0; 21,4)	16,2 (12,8; 20,3)	18,2 (13,4; 24,2)	17,9 (12,7; 24,6)	18,2 (13,8; 23,6)
Escolaridade					
1 a 4	47,1 (25,2; 70,3)	38,4 (16,0; 67,0)	29,0 (13,0; 52,8)	43,7 (20,9; 69,5)	43,7 (20,9; 69,5)
5 a 8	21,7 (14,7; 30,8)	22,0 (14,8; 31,3)	24,9 (14,9; 38,6)	21,9 (12,6; 35,2)	23,1 (16,2; 32,0)
9 a 11	21,0 (16,8; 25,9)	20,9 (15,6; 26,0)	21,0 (16,8; 26,0)	18,7 (14,9; 23,3)	20,1 (14,6; 27,0)
12 ou mais	13,2 (10,7; 16,4)	13,2 (10,6; 16,4)	15,2 (12,1; 19,0)	14,1 (10,8; 18,6)	16,5 (11,9; 22,4)
Faixa etária					
18 a 29	12,2 (8,0; 18,1)	11,5 (7,2; 17,8)	11,9 (6,4; 21,3)	9,4 (4,5; 18,5)	11,2 (6,5; 18,6)
30 a 39	15,5 (10,5; 22,4)	14,7 (9,7; 21,8)	10,0 (4,5; 20,7)	16,2 (7,8; 30,7)	13,9 (8,5; 22,2)
40 a 49	25,6 (19,6; 32,5)	21,3 (14,0; 28,2)	21,3 (14,0; 31,1)	21,6 (14,0; 31,8)	23,3 (16,2; 32,4)
50a 59	19,7 (15,2; 25,0)	26,9 (21,6; 33,0)	30,7 (22,6; 40,2)	22,4 (15,6; 31,0)	24,3 (16,8; 33,7)
60 ou mais	20,3 (17,3; 23,8)	16,9 (14,0; 20,1)	21,1 (17,0; 26,0)	20,6 (16,4; 25,4)	19,8 (14,9; 25,9)

A Tabela 3 apresenta a distribuição de fatores comportamentais e de condições de saúde entre adultos com e sem obesidade, nos anos de 2018, 2019, 2020, 2021 e 2023, com seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%).

Entre os indivíduos sem obesidade, o consumo de alimentos ultraprocessados manteve-se elevado ao longo do período, variando de 28,8% (IC95%: 24,46–33,46) em 2023 a 38,6% (IC95%: 33,53–43,88) em 2021. O consumo de alimentos não ou minimamente processados foi inferior, com percentuais oscilando entre 12,1% (IC95%: 8,57–16,95) em 2021 e 18,0% (IC95%: 13,57–23,46) em 2020. A prática de atividade física no lazer mostrou tendência de aumento nesse grupo, alcançando 56,1% (IC95%: 50,46–61,47) em 2023, enquanto a prática no deslocamento manteve-se inferior a 15% em todos os anos.

As prevalências de tabagismo variaram pouco entre os adultos sem obesidade, situando-se em torno de 7% a 8%. Da mesma forma, prevalências de diabetes e hipertensão arterial permaneceram relativamente baixas nesse grupo, com diabetes variando de 4,9% a 7,8% e hipertensão arterial entre 19,2% e 20,6%. Entre os indivíduos com obesidade, o consumo de alimentos não ou minimamente processados foi mais elevado, especialmente em 2021, atingindo 41,5% (IC95%: 31,19–52,60). Em contrapartida, o consumo de ultraprocessados foi consideravelmente menor, reduzindo-se de 16,5% (IC95%: 11,34–23,83) em 2018 para 8,8% (IC95%: 5,22–14,53) em 2023.

A prática de atividade física no lazer foi menor entre adultos com obesidade, embora tenha apresentado tendência de aumento em 2023, quando atingiu 45,5% (IC95%: 36,64–54,68). A prática de atividade física no deslocamento variou entre 10,0% e 18,0%, sem padrão claro ao longo dos anos. O tabagismo mostrou maior variabilidade no grupo com obesidade, com prevalências variando entre 2,2% (IC95%: 0,70–6,73) em 2020 e 10,0% (IC95%: 6,20–15,64) em 2018.

As prevalências de diabetes e hipertensão arterial foram mais elevadas no grupo com obesidade em todos os anos analisados, com destaque para a hipertensão arterial, que alcançou 50,4% (IC95%: 41,44–59,41) em 2023. Destaca-se que indivíduos com obesidade apresentaram prevalências significativamente maiores de diabetes e hipertensão arterial, especialmente em 2023, quando a hipertensão atingiu 50,4% (IC95% 41,44; 59,41).

Tabela 3 - Distribuição de Fatores Comportamentais e Condições de Saúde segundo Obesidade — VIGITEL 2018–2023

(continua)

Variável	2018	2019	2020	2021	2023
	%(IC95%)				
Sem Obesidade					
Consumo alimentar					
Consome alimentos não ou minimamente processados ^a	14,2 (11,36; 7,21)	14,3 (11,58; 17,42)	18,0 (13,57; 23,46)	12,1 (8,57; 16,95)	12,8 (8,98; 17,63)
Consome alimentos ultraprocessados ^a	34,9 (31,83; 38,18)	34,7 (31,33; 38,15)	35,9 (30,79; 41,42)	38,6 (33,53; 43,88)	28,8 (24,46; 33,46)
Atividade física e sedentarismo					
Atividade física no lazer ^b	47,5 (44,02; 50,93)	49,1 (45,33; 52,90)	51,0 (45,38; 56,52)	47,6 (42,20; 53,13)	56,1 (50,46; 61,47)
Atividade física no deslocamento ^b	14,5 (11,93; 17,23)	13,7 (11,26; 16,69)	11,3 (8,08; 15,58)	10,6 (7,84; 14,31)	12,0 (8,59; 16,42)
Tabagismo					
Fumante ^c	7,3 (5,76; 9,25)	7,1 (5,42; 9,45)	8,3 (5,55; 12,19)	8,1 (5,41; 11,74)	8,7 (5,99; 12,47)
Avaliação do estado de saúde					
Autoavaliação “Muito ruim”	0,4 (0,20; 0,79)	0,5 (0,17; 1,24)	0,1 (0,04; 0,32)	1,0 (0,30; 3,09)	1,9 (0,70; 5,27)
Diabetes ^d	5,2 (4,22; 6,40)	4,9 (3,96; 6,09)	5,8 (4,25; 7,77)	6,7 (4,99; 8,98)	7,8 (5,23; 11,50)

	2018	2019	2020	2021	2023
Pressão Alta ^d Variável	20,6 (18,32; 23,19)	19,2 (17,03; 21,66)	20,6 (17,20; 24,47)	19,6 (16,12; 23,63)	19,8 (16,49; 23,61)

Obesidade

Consumo alimentar

Consome alimentos não ou minimamente processados ^a	24,4 (19,07; 30,75)	28,8 (22,60; 35,93)	23,2 (16,25; 32,02)	41,5 (31,19; 52,60)	29,2 (21,56; 38,13)
---	------------------------	------------------------	------------------------	------------------------	------------------------

Consome alimentos ultraprocessados ^a	16,5 (11,34; 23,83)	13,0 (8,50; 19,30)	13,1 (7,87; 21,10)	9,6 (5,11; 17,18)	8,8 (5,22; 14,53)
---	------------------------	-----------------------	-----------------------	----------------------	----------------------

Atividade física e sedentarismo

Atividade física no lazer ^b	40,6 (33,84; 47,72)	30,8 (24,25; 38,15)	35,1 (25,74; 45,68)	34,6 (24,66; 45,99)	45,5 (36,64; 54,68)
--	------------------------	------------------------	------------------------	------------------------	------------------------

Atividade física no deslocamento ^b	12,9 (8,77; 18,48)	15,7 (10,99; 21,99)	10,0 (5,64; 17,13)	18,0 (10,42; 29,20)	10,1 (5,62; 17,58)
---	-----------------------	------------------------	-----------------------	------------------------	-----------------------

Tabagismo

Fumante ^c	10,0 (6,20; 15,64)	8,7 (4,76; 15,21)	2,2 (0,70; 6,73)	3,3 (0,98; 10,52)	6,6 (3,38; 12,45)
----------------------	-----------------------	----------------------	---------------------	----------------------	----------------------

Avaliação do estado de saúde

Autoavaliação “Muito ruim”	2,2	2,5	2,1	5,2	1,5
----------------------------	-----	-----	-----	-----	-----

Variável	2018	2019	2020	2021	2023
	(0,83; 5,74)	(1,06; 5,63)	(0,79; 5,60)	(2,10; 12,32)	(0,55; 4,23)
Diabetes ^d	14,6 (10,52; 19,86)	9,8 (7,00; 13,58)	15,8 (10,70; 22,67)	14,3 (9,47; 20,89)	15,3 (10,03; 22,72)
Pressão Alta ^d	40,7 (34,12; 47,56)	47,4 (40,17; 54,64)	44,0 (34,85; 53,67)	56,6 (45,31; 67,30)	50,4 (41,44; 59,41)

^a Consumo de ≥5 alimentos; ^b realiza atividade física; ^c faz uso atual de produtos de tabaco; ^d Condição de saúde autorreferida com resposta "Sim"; IC95%: intervalo de confiança de 95%. RP: razão de prevalência.

A Tabela 4 apresenta a distribuição dos fatores comportamentais e condições de saúde entre os homens com e sem obesidade, nos anos de 2018, 2019, 2020, 2021 e 2023, acompanhada dos respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%). Observou-se que os homens sem obesidade apresentaram prevalência mais elevada de prática de atividade física no lazer ao longo dos anos, variando de 44,9% (IC95%: 36,71–53,50) em 2020 a 52,7% (IC95%: 44,17–61,12) em 2021. A prática de atividade física no deslocamento também foi frequente nesse grupo, com percentuais superiores a 82% em todos os anos analisados.

Em contraste, entre os homens com obesidade, a prática de atividade física no lazer mostrou-se mais baixa, especialmente entre 2019 e 2020, mas com aumento em 2023 (53,6%; IC95%: 39,58–67,05). A atividade física no deslocamento variou de 77,9% (IC95%: 57,53–90,22) a 98,3% (IC95%: 93,25–99,60), revelando ampla variabilidade. O tabagismo apresentou pouca variação entre os anos, com prevalências discretamente superiores nos sem obesidade.

Com relação às condições de saúde, a autoavaliação como “muito ruim” foi mais comum entre os homens com obesidade, assim como os diagnósticos de hipertensão arterial e diabetes, com destaque para a pressão alta, que atingiu até 39,3% (IC95%: 33,42–45,54) em 2021.

Tabela 4 - Distribuição de Fatores Comportamentais e Condições de Saúde segundo sexo Masculino— VIGITEL 2018–2023
(continua)

Variável	2018	2019	2020	2021	2023
	%(IC95%)				
Sem Obesidade					
Consumo alimentar					
Consome alimentos não ou minimamente processados ^a	30,5 (25,88; 35,53)	29,3 (24,53; 34,48)	25,7 (18,99; 33,80)	32,9 (25,59; 41,12)	25,4 (19,36; 32,57)
Consome alimentos ultraprocessados ^a	20,6 (16,11; 25,98)	19,4 (14,75; 25,01)	23,7 (16,48; 32,87)	17,4 (11,07; 26,31)	14,0 (8,99; 21,13)
Atividade física e sedentarismo					
Atividade física no lazer ^b	46,5 (41,07; 51,98)	47,0 (41,14; 52,90)	44,9 (36,71; 53,50)	52,7 (44,17; 61,12)	36,7 (29,32; 44,78)
Atividade física no deslocamento ^b	82,2 (77,40; 86,19)	84,4 (79,33; 88,42)	88,4 (81,04; 93,19)	87,1 (80,98; 91,46)	88,7 (83,40; 92,48)
Tabagismo					
Fumante ^c	8,9 (6,38; 12,24)	9,2 (6,06; 13,59)	13,0 (7,95; 20,57)	10,0 (5,91; 16,35)	11,4 (6,67; 18,76)
Avaliação do estado de saúde					
Autoavaliação “Muito ruim”	0,4 (0,12; 1,19)	0,1 (0,03; 0,55)	0,1 (0,03; 0,55)	0,2 (0,03; 1,51)	2,7 (0,61; 9,49)
Diabetes ^d	4,7 (3,45; 6,42)	4,5 (3,21; 6,22)	4,7 (2,96; 7,37)	5,8 (3,68; 9,15)	5,8 (3,16; 10,36)
Pressão Alta ^d	16,5 (13,29; 20,28)	16,7 (13,61; 20,33)	16,4 (12,38; 21,30)	23,1 (16,98; 30,50)	17,2 (12,70; 22,99)
Obesidade					
Consumo alimentar					
Consome alimentos não ou minimamente processados ^a	23,2 (15,68; 34,05)	29,4 (19,44; 41,71)	18,6 (10,19; 31,51)	32,9 (18,73; 51,12)	30,6 (19,00; 45,23)
Consome alimentos ultraprocessados ^a	15,9 (9,24; 26,04)	12,5 (6,27; 23,28)	17,7 (8,89; 32,07)	7,5 (2,58; 19,86)	10,6 (5,10; 20,69)

Variável Atividade física e sedentarismo	(conclusão)				
	2018	2019	2020	2021	2023
Atividade física no lazer ^b	55,0 (43,43; 66,05)	51,7 (39,43; 63,72)	60,4 (43,48; 75,16)	68,8 (50,08; 82,83)	53,6 (39,58; 67,05)
Atividade física no deslocamento ^b	88,8 (79,01; 94,40)	78,8 (66,92; 87,19)	98,3 (93,25; 99,60)	77,9 (57,53; 90,22)	89,6 (75,19; 96,08)
Tabagismo					
Fumante ^c	11,9 (5,95; 22,67)	13,8 (6,32; 27,58)	3,4 (0,85; 12,89)	4,3 (0,66; 22,98)	8,5 (3,32; 20,20)
Avaliação do estado de saúde					
Autoavaliação "Muito ruim"	2,6 (0,49; 13,00)	1,5 (0,21; 9,74)	1,8 (0,38; 8,46)	3,4 (0,54; 18,72)	0,0 (-; -)
Diabetes ^d	9,9 (5,81; 16,40)	7,4 (3,84; 13,67)	10,8 (5,28; 20,79)	8,3 (4,00; 16,63)	14,4 (6,80; 27,98)
Pressão Alta ^d	35,6 (25,74; 46,86)	41,2 (30,05; 53,27)	39,0 (25,64; 54,26)	60,8 (41,71; 77,09)	51,4 (37,51; 65,02)

^a Consumo de ≥ 5 alimentos; ^b realiza atividade física; ^c faz uso atual de produtos de tabaco; ^d Condição de saúde autorreferida com resposta "Sim"; IC95%: intervalo de confiança de 95%. RP: razão de prevalência.

A Tabela 5 apresenta dados análogos para as mulheres. Entre aquelas sem obesidade, a prática de atividade física no lazer oscilou entre 44,9% e 56,1%, enquanto no deslocamento manteve-se consistentemente elevada, acima de 82% em todos os anos. O consumo de alimentos ultraprocessados apresentou tendência de redução, atingindo 28,8% (IC95%: 24,46–33,46) em 2023.

As mulheres com obesidade demonstraram prevalências mais baixas de atividade física no lazer, com leve aumento em 2023 (53,6%; IC95%: 39,58–67,05). O tabagismo variou mais entre os anos e foi, em geral, mais comum nas sem obesidade. Observou-se maior prevalência de autoavaliação negativa da saúde e maior ocorrência de hipertensão e diabetes entre as mulheres com obesidade, sendo essas diferenças mais acentuadas em 2023.

Tabela 5 - Distribuição de Fatores Comportamentais e Condições de Saúde segundo sexo feminino— VIGITEL 2018–2023
(continua)

Variável	2018	2019	2020	2021	2023
	%(IC95%)				
Sem Obesidade					
Consumo alimentar					
Consome alimentos não ou minimamente processados ^a	38,8 (34,72; 42,99)	39,7 (35,20; 44,32)	45,4 (37,28; 53,74)	43,4 (36,61; 50,35)	31,7 (25,91; 38,79)
Consome alimentos ultraprocessados ^a	8,7 (6,78; 11,91)	9,5 (7,12; 12,88)	12,7 (8,14; 19,15)	7,7 (4,60; 12,53)	11,7 (7,68; 17,31)
Atividade física e sedentarismo					
Atividade física no lazer ^b	57,8 (53,47; 61,97)	54,5 (50,04; 59,26)	52,8 (45,46; 60,04)	52,1 (44,99; 59,04)	50,4 (43,00; 57,86)
Atividade física no deslocamento ^b	88,4 (85,18; 91,01)	87,9 (84,54; 90,71)	88,9 (83,50; 92,76)	91,3 (86,38; 94,51)	87,4 (79,93; 92,39)
Tabagismo					
Fumante ^c	5,9 (4,22; 8,36)	5,1 (3,38; 7,64)	3,9 (2,17; 6,80)	6,4 (3,54; 11,38)	6,3 (4,04; 9,73)
Avaliação do estado de saúde					
Autoavaliação “Muito ruim”	0,4 (0,18; 0,96)	0,8 (0,33; 1,94)	0,2 (0,08; 0,62)	1,6 (0,43; 5,70)	1,3 (0,45; 3,62)
Diabetes ^d	5,6 (4,24; 7,41)	5,3 (4,01; 7,04)	6,7 (4,51; 9,98)	7,5 (5,06; 10,87)	9,6 (5,71; 15,76)
Pressão Alta ^d	24,2 (21,06; 27,75)	21,6 (18,60; 24,91)	24,5 (19,42; 30,45)	16,7 (13,27; 20,73)	22,1 (17,55; 27,43)
Obesidade					
Consumo alimentar					
Consome alimentos não ou minimamente processados ^a	25,4 (18,43; 33,32)	28,4 (21,05; 37,11)	27,4 (17,69; 39,83)	50,5 (37,99; 62,91)	27,9 (18,85; 39,13)
Consome alimentos ultraprocessados ^a	85,8 (78,27; 90,96)	88,5 (81,44; 93,14)	82,5 (70,54; 90,24)	85,9 (74,42; 92,69)	90,1 (81,22; 95,04)
Atividade física e sedentarismo					

(conclusão)

Variável	2018	2019	2020	2021	2023
Atividade física no lazer ^b	62,9 (54,22; 70,93)	82,5 (75,26; 87,99)	69,0 (56,05; 79,58)	62,4 (48,36; 74,55)	55,3 (43,41; 66,64)
Atividade física no deslocamento ^b	85,8 (78,27; 90,96)	88,5 (81,44; 93,14)	82,5 (70,54; 90,24)	85,9 (74,42; 92,69)	90,1 (81,22; 95,04)
Tabagismo					
Fumante ^c	8,3 (4,41; 15,19)	4,7 (2,16; 10,12)	1,1 (0,15; 7,36)	2,4 (0,93; 5,96)	4,8 (2,03; 11,02)
Avaliação do estado de saúde					
Autoavaliação "Muito ruim"	1,9 (0,80; 4,28)	3,2 (1,30; 7,78)	2,4 (0,65; 8,14)	6,9 (2,50; 17,60)	3,0 (1,06; 7,99)
Diabetes ^d	18,4 (12,30; 26,48)	11,7 (7,90; 16,89)	20,3 (12,86; 30,51)	19,8 (12,38; 30,13)	16,2 (9,96; 25,15)
Pressão Alta ^d	44,7 (36,35; 53,45)	52,0 (43,00; 60,93)	48,6 (36,86; 60,51)	52,7 (39,94; 65,14)	49,6 (38,25; 60,98)

^a Consumo de ≥ 5 alimentos; ^b realiza atividade física; ^c faz uso atual de produtos de tabaco; ^d Condição de saúde autorreferida com resposta "Sim"; IC95%: intervalo de confiança de 95%. RP: razão de prevalência.

A Tabela 6 apresenta a associação entre fatores comportamentais, condições de saúde autorreferidas e a prevalência de obesidade entre adultos brasileiros, com base nos dados do VIGITEL de 2018 a 2023. Foram estimadas razões de prevalência (RP) e seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%), considerando o delineamento amostral complexo.

O consumo de alimentos minimamente processados esteve associado a uma menor prevalência de obesidade (RP = 0,82; IC95%: 0,70–0,97; $p = 0,021$). Por outro lado, o consumo de alimentos ultraprocessados não apresentou associação estatisticamente significativa com obesidade (RP = 0,86; IC95%: 0,68–1,08; $p = 0,203$).

A prática de atividade física no lazer foi identificada como fator protetor contra a obesidade (RP = 0,65; IC95%: 0,55–0,76; $p < 0,001$), enquanto a prática de atividade física no deslocamento não apresentou associação significativa (RP = 1,07; IC95%: 0,84–1,34; $p = 0,591$). O tabagismo não apresentou associação estatisticamente significativa com a obesidade no período analisado (RP = 0,80; IC95%: 0,58–1,09; $p = 0,156$).

A autoavaliação negativa do estado de saúde demonstrou forte associação com a obesidade. Indivíduos que classificaram sua saúde como "ruim" apresentaram uma razão de prevalência cinco vezes maior (RP = 5,23; IC95%: 3,79–7,21; $p < 0,001$) e aqueles que relataram saúde "muito ruim" mantiveram uma associação elevada (RP = 4,70; IC95%: 2,84–7,77; $p < 0,001$).

Por fim, a ausência de diagnóstico de pressão alta esteve associada a menor prevalência de obesidade (RP = 0,36; IC95%: 0,31–0,42; $p < 0,001$), enquanto a associação com diabetes não foi estatisticamente significativa (RP = 1,21; IC95%: 0,26–5,69; $p = 0,809$).

Tabela 6 - Associação entre Fatores Comportamentais, Condições de Saúde e Obesidade — VIGITEL 2018–2023

Variável	Categoria de Referência	Obesidade	P-valor
		RP (IC95%)	
Consumo alimentar			
Consome alimentos não ou minimamente processados	Não	0,82 (0,70; 0,97)	0,021
Consome alimentos ultraprocessados	Não	0,86 (0,68; 1,08)	0,203
Atividade física e sedentarismo			
Pratica Atividade física no lazer	Não	0,65 (0,55; 0,76)	<0,001
Pratica Atividade física no deslocamento	Não	1,07 (0,84; 1,34)	0,591
Tempo elevado de tela*	-	-	-
Tabagismo			
Fumante	Não	0,80 (0,58; 1,09)	0,156
Avaliação do estado de saúde			
Autoavaliação "Ruim"	Muito boa	5,23 (3,79; 7,21)	<0,001
Autoavaliação "Muito ruim"	Muito boa	4,70 (2,84; 7,77)	<0,001
Diabetes	Sim	1,21 (0,26; 5,69)	0,809
Pressão Alta	Sim	0,36 (0,31; 0,42)	<0,001

IC95%: intervalo de confiança de 95%. RP: razão de prevalência.

Na Tabela 7 apresenta-se a associação entre indicadores comportamentais, condições de saúde autorreferidas e obesidade em homens, estimada por regressão de Poisson. Praticar atividade física no lazer esteve significativamente associado à menor prevalência de obesidade (RP = 0,66; IC95%: 0,51–0,85; p = 0,001). O uso elevado de tela (5–6 horas) também demonstrou associação inversa (RP = 0,16; IC95%: 0,03–0,89; p = 0,037), enquanto a prática de atividade física no deslocamento não foi estatisticamente significativa.

Avaliações negativas do estado de saúde mostraram forte associação com obesidade. Indivíduos que relataram saúde "ruim" ou "muito ruim" apresentaram maior prevalência de obesidade (RP = 5,52; IC95%: 3,49–8,72 e RP = 3,46; IC95%:

1,22–9,79, respectivamente). Além disso, a ausência de hipertensão arterial (RP = 0,35; IC95%: 0,28–0,44; $p < 0,001$) e de diabetes (RP = 0,56; IC95%: 0,41–0,76; $p < 0,001$) esteve associada à menor obesidade. O consumo de ultraprocessados também foi inversamente associado (RP = 0,67; IC95%: 0,47–0,96; $p = 0,027$).

Tabela 7 - Associação entre Fatores Comportamentais, Condições de Saúde e Obesidade entre Homens – VIGITEL 2018–2023

Variável	Categoria de Referência	Excesso de Peso	P-valor
		RP (IC95%)	
Consumo alimentar			
Consome alimentos não ou minimamente processados*	Não	0,85 (0,65; 1,10)	0.235
Consome alimentos ultraprocessados*	Não	0,74 (0,52; 1,06)	0.105
Atividade física e sedentarismo			
Pratica Atividade física no lazer	Não	0,66 (0,51; 0,85)	0,001
Pratica Atividade física no deslocamento	Não	0,95 (0,65; 1,40)	0,810
Tabagismo			
Fumante	Não	0,80 (0,51; 1,25)	0,321
Avaliação do estado de saúde			
Autoavaliação “Ruim”	Muito boa	5,52 (3,49; 8,72)	<0,001
Autoavaliação “Muito ruim”	Muito boa	3,46 (1,22; 9,79)	0,020
Diabetes	Sim	0,56 (0,41; 0,76)	<0,001
Pressão Alta	Sim	0,35 (0,28; 0,44)	<0,001

IC95%: intervalo de confiança de 95%. RP: razão de prevalência. *Ajustado por idade escolaridade

A Tabela 8 apresenta os resultados da análise de regressão de Poisson para estimar a associação entre fatores comportamentais, condições de saúde autorreferidas e a prevalência de obesidade entre mulheres adultas no período de 2018 a 2023. Foram estimadas razões de prevalência (RP), intervalos de confiança de 95% (IC95%) e valores de p , considerando o delineamento amostral complexo da pesquisa.

No que se refere ao comportamento alimentar, o consumo de alimentos ultraprocessados esteve significativamente associado a uma menor prevalência de obesidade entre as mulheres (RP = 0,73; IC95%: 0,55–0,98; p = 0,037). Por outro lado, o consumo de alimentos não ou minimamente processados não apresentou associação estatisticamente significativa (RP = 0,88; IC95%: 0,68–1,13; p = 0,310).

Entre os indicadores de atividade física, a prática de atividade física no lazer demonstrou-se fator protetor para obesidade (RP = 0,77; IC95%: 0,65–0,92; p = 0,004), enquanto a atividade física no deslocamento não apresentou associação significativa (RP = 1,03; IC95%: 0,81–1,31; p = 0,792).

O tabagismo não demonstrou relação significativa com a obesidade (RP = 1,03; IC95%: 0,72–1,47; p = 0,864).

Em relação à autoavaliação do estado de saúde, mulheres que avaliaram sua saúde como “ruim” apresentaram uma prevalência de obesidade quase cinco vezes maior em comparação àquelas que avaliaram como “muito boa” (RP = 4,90; IC95%: 3,23–7,44; p < 0,001). De modo semelhante, aquelas que relataram a saúde como “muito ruim” apresentaram uma associação igualmente elevada (RP = 4,70; IC95%: 2,84–7,77; p < 0,001), evidenciando uma forte correlação entre percepção negativa da saúde e obesidade.

Por fim, condições clínicas como diabetes não apresentaram associação estatisticamente significativa com a obesidade (RP = 1,21; IC95%: 0,26–5,69; p = 0,809). Indivíduos sem obesidade apresentaram menor prevalência de pressão alta, evidenciando uma associação inversa entre essa condição e a obesidade (RP = 0,36; IC95%: 0,31–0,42; p < 0,001), sugerindo que a hipertensão é um importante marcador clínico de obesidade entre mulheres.

Tabela 8 - Associação entre Fatores Comportamentais, Condições de Saúde e Obesidade entre Mulheres – VIGITEL 2018–2023

Variável	Categoria de Referência	Excesso de Peso	P-valor
		RP (IC95%)	
Consumo alimentar			
Consome alimentos não ou minimamente processados*	Não	0,73 (0,59; 0,90)	0.004
Consome alimentos ultraprocessados*	Não	1,27 (0,95; 1,71)	0.104
Atividade física e sedentarismo			
Pratica Atividade física no lazer	Não	0,77 (0,65; 0,92)	0,004
Pratica Atividade física no deslocamento	Não	1,03 (0,81; 1,31)	0,792
Tabagismo			
Fumante	Não	1,03 (0,72; 1,47)	0,864
Avaliação do estado de saúde			
Autoavaliação “Ruim”	Muito boa	4,90 (3,23; 7,44)	<0,001
Autoavaliação “Muito ruim”	Muito boa	4,70 (2,84; 7,77)	<0,001
Diabetes	Sim	1,21 (0,26; 5,69)	0,809
Pressão Alta	Sim	0,36 (0,31; 0,42)	<0,001

IC95%: intervalo de confiança de 95%. RP: razão de prevalência. *Ajustado por idade escolaridade

6 DISCUSSÃO

O estudo observou que a obesidade manteve-se em 18,0% (média de 17,8%). Esses dados estão de acordo com estudos anteriores, como no estudo de Estivaleti *et al.* (2022), em que a obesidade, embora estável recentemente, mais que dobrou desde 2006, com projeções alarmantes de 29,6% até 2030.

Tais resultados também podem ser visualizados no estudo realizado por Marques, Gomes e Costa (2024), que analisou a prevalência de diabetes, sobrepeso e obesidade na população de Goiânia, no período de 2013 a 2023, utilizando dados do VIGITEL entre 2013 e 2021. Neste estudo em 2021, a obesidade atingiu seu pico, com 23,3% da população. A obesidade foi mais prevalente entre os homens, com aumento anual de 0,68 pontos percentuais, embora sua variação ao longo do tempo não tenha sido estatisticamente significativa. Em 2022-2023, houve uma queda nos índices de obesidade.

Com base em dados do VIGITEL e medidas antropométricas autorreferidas, uma outra pesquisa, realizada em 2021, também identificou aumento na prevalência de obesidade no Brasil, passando de 11,8% em 2006 para 20,3% em 2019. Esses estudos comprovam os resultados descritos, indicando que o crescimento dos índices pode estar relacionado ao estilo de vida e a hábitos alimentares inadequados, especialmente pelo baixo consumo de alimentos *in natura* e minimamente processados em comparação aos ultraprocessados (Aprelini *et al.*, 2021).

Apesar de 47,0% da população estar mantendo um peso adequado, a estabilização em níveis elevados preocupa, uma vez que indica que os fatores estruturais continuam presentes, tais como alimentação ultraprocessada¹ e desigualdades no acesso a políticas públicas. Mulheres negras com baixa escolaridade e residentes em periferias urbanas são as mais vulneráveis, demonstrando a importância de ações conjuntas entre diferentes setores (Estivaleti *et al.*, 2022).

Entre 2018 e 2023, homens e mulheres apresentaram taxas semelhantes de obesidade, com 17,8% para mulheres e 18,2% para homens em 2023. Esse padrão está de acordo com os achados de Kodaira *et al.* (2021), cuja meta-análise

¹ 68% da dieta nacional, segundo Garcia *et al.* (2024).

demonstrou que as diferenças por sexo na prevalência de obesidade tendem a diminuir com o tempo no Brasil, principalmente nas populações urbanas.

Em relação a escolaridade, identificou-se que indivíduos com 1 a 4 anos de estudo tiveram prevalências de obesidade até 47,1% em 2018, enquanto aqueles com 12 ou mais anos de estudo mantiveram taxas entre 13,2% e 16,5%. Tal padrão pode ser visto em estudos como o de Garcia *et al.* (2024), que associam baixa escolaridade a menor acesso a informações nutricionais e maior consumo de alimentos ultraprocessados. Mulheres com menor educação foram particularmente afetadas, evidenciando a interação entre gênero e desigualdade social (Estivaleti *et al.*, 2022).

Na análise por faixa etária, a obesidade aumenta cada vez mais até os 50–59 anos (24,3% em 2023), declinando levemente após os 60 anos. Esse aumento pode ser explicado pela redução da taxa metabólica basal e sedentarismo associado ao envelhecimento, conforme descrito por Dias *et al.* (2022).

Entre os indivíduos sem obesidade, o consumo de alimentos ultraprocessados permaneceu elevado, variando entre 28,8% e 38,6%, o que está de acordo com os estudos que indicam uma tendência crescente do consumo desses alimentos no Brasil, chegando a representar cerca de 20% das calorias diárias da população (Louzada *et al.*, 2023). O consumo relativamente baixo de alimentos não ou minimamente processados nesse grupo enfatiza uma mudança gradual no consumo de alimentos tradicionais por produtos ultraprocessados, fato que tem sido associado a riscos aumentados para o desenvolvimento de DCNT (Brasil, 2022).

A prática de atividade física no lazer apresentou tendência de aumento entre os adultos sem obesidade, alcançando 56,1% em 2023, enquanto a atividade física no deslocamento permaneceu baixa. Isso pode indicar mudanças no estilo de vida urbano e maior sedentarismo em deslocamentos, temas que têm sido discutidos na literatura como desafios para a promoção da saúde (Louzada *et al.*, 2023).

No grupo com obesidade, observou-se um consumo excessivo de alimentos não ou minimamente processados, especialmente em 2021, e uma redução significativa no consumo de ultraprocessados, que caiu de 16,5% para 8,8% entre 2018 e 2023. Essa mudança pode retratar maior conscientização e adoção de hábitos alimentares mais saudáveis, provavelmente causados por ações públicas e orientações médicas (Louzada *et al.*, 2023; Brasil, 2022). Todavia, a prática de

atividade física no lazer, embora tenha aumentado, permaneceu inferior à observada no grupo sem obesidade, o que pode contribuir para a manutenção do excesso de peso e suas complicações.

A prática regular de exercício físico tem demonstrado efeitos imediatos e benefícios a longo prazo, incluindo diminuição dos efeitos nocivos de sedentarismo, favorecimento do controle de doenças crônicas e suas comorbidades. Neste sentido, o exercício físico é reconhecido como estratégia de prevenção eficaz em mais de 25 doenças crônicas, possibilitando uma redução no risco dessas doenças, em torno de 20% a 30% (Piske; Bolzan; Batista, 2022).

A prevalência de diabetes e hipertensão arterial foi mais elevada entre indivíduos com obesidade, com destaque para a hipertensão, que atingiu 50,4% em 2023, evidenciando uma forte associação entre obesidade e essas condições crônicas. Em todo o Brasil, de forma geral, observa-se o aumento das DCNT's, o que torna imprescindível medidas de ações preventivas voltadas para a redução dessas doenças, como diminuir o consumo de alimentos ultraprocessados e incentivar a prática de atividades físicas no tempo recomendado pela OMS (≥ 150 minutos semanais). Do mesmo modo, é importante o diagnóstico precoce de diabetes para uma melhor qualidade de vida e controle da doença. Assim sendo, estudos transversais de base populacional são de grande importância epidemiológica para determinar as dimensões dos problemas através da estimativa de indicadores de condições de saúde (Brasil, 2021).

Entre os homens e mulheres sem obesidade, a prática de atividade física, tanto no lazer quanto no deslocamento, apresentou prevalências superiores em comparação àqueles com obesidade. Destaca-se que os homens sem obesidade apresentaram percentuais acima de 82% de atividade física no deslocamento durante todo o período analisado. Este achado está de acordo com o estudo realizado por Santos e Conde (2021), um estudo transversal com a base de dados do VIGITEL com o objetivo de descrever a associação entre variação de IMC, padrões alimentares e atividade física entre adultos de 21 a 44 anos no período de 2007 a 2012. Neste estudo, tanto a prática de atividade física no lazer quanto a prática de atividade física no trabalho estavam inversamente associadas à obesidade.

A menor frequência de atividade física entre os indivíduos com obesidade encontrada no presente estudo está de acordo com o estudo de Casas *et al.* (2018),

que observou que as pessoas eutróficas e as com sobrepeso são mais ativas e as pessoas com obesidade praticam menos atividade física. Ainda assim, observou-se uma melhora na prática de atividade física no lazer entre mulheres e homens com obesidade em 2023, este mesmo achado foi encontrado num estudo de coorte PAMPA, que comparou ondas de 2020 (em meio ao isolamento) e 2022. Em junho/julho de 2022, 32,7% dos participantes atingiam níveis recomendados de atividade física, contra 23,9% entre junho/julho de 2020, um aumento absoluto de quase 9 pontos percentuais. Esse estudo indica que houve uma queda abrupta na prática de atividade física no lazer durante os primeiros anos da pandemia, seguida por uma tendência de melhora gradual, especialmente a partir de 2022. Tal recuperação ainda não alcançou os níveis pré-pandemia, porém, o aumento observado é plausível como efeito de retomada das rotinas e possíveis políticas de incentivo (Caputo *et al.*, 2025).

O tabagismo apresentou pouca variação ao longo dos anos, sendo discretamente mais comum entre pessoas sem obesidade, o que consiste com estudos que indicam que o tabaco pode suprimir o apetite, mas que seus efeitos nocivos superam qualquer possível benefício no controle do peso. No peso corporal, a ação do fumo parece ser mediada pela nicotina, que induz à supressão do apetite, supostamente pelo aumento dos neurotransmissores anorexígenos (dopamina e serotonina), intensificada pelo possível aumento sérico de leptina nos fumantes. O aumento da atividade adrenérgica que induz a termogênese e a consequente redução do peso corporal é considerada outra ação da nicotina (Berto; Carvalhaes; Moura, 2010).

Tanto entre homens quanto entre mulheres com obesidade, houve maior prevalência de autoavaliação negativa do estado de saúde, o que é consistente com evidências encontradas no estudo de Bernardelli, Kortt e Charles (2024), que examinou a associação entre o IMC e a autoavaliação do estado de saúde em uma amostra representativa da população brasileira, tendo resultados que indicam que existe uma associação negativa estatisticamente significativa entre IMC elevado (obesidade) e a autoavaliação de saúde, tanto entre homens quanto entre mulheres brasileiros. Essas evidências reforçam a importância da adoção de medidas preventivas e programas eficazes de saúde pública voltados à melhoria da qualidade de vida de pessoas com obesidade.

Além disso, a maior ocorrência de hipertensão arterial e diabetes entre pessoas com obesidade confirma a robusta associação entre obesidade e DCNTs. Tal dado também pode ser encontrado no estudo de Ferreira *et al.* (2021), que investigou as variações de indicadores antropométricos entre 2013 e 2019 e os fatores associados à obesidade no Brasil, utilizando as informações da PNS, este estudo indicou maiores prevalências de obesidade entre os indivíduos com percepção da saúde como regular/ruim, diagnóstico autorreferido de hipertensão arterial, diabetes e de pelo menos uma DCNT.

Um achado relevante entre as mulheres foi a redução no consumo de alimentos ultraprocessados ao longo dos anos, atingindo 28,8% entre aquelas sem obesidade em 2023. Essa tendência positiva pode estar relacionada ao aumento da conscientização nutricional, campanhas públicas e políticas como o *Guia Alimentar para a População Brasileira*, que desencorajam o consumo desses alimentos devido à sua associação com a obesidade e outras DCNTs (Jaime; Braga, 2025; Davies *et al.*, 2025).

O consumo de alimentos minimamente processados mostrou-se associado à uma menor prevalência de obesidade. Tal resultado pode ser comparado ao estudo de Louzada *et al.* (2023), que avaliou fatores sociodemográficos associados ao consumo de alimentos ultraprocessados e a evolução temporal do consumo destes no Brasil entre 2008 e 2018, onde se destacam o papel protetor de dietas baseadas em alimentos frescos e minimamente processados para o controle do peso corporal e prevenção da obesidade. Neste estudo pode-se observar que mais da metade da energia na população brasileira (53,25%) é proveniente de alimentos *in natura* ou minimamente processados.

Por outro lado, o consumo de alimentos ultraprocessados não apresentou associação estatisticamente significativa com a obesidade neste estudo, resultado este que pode representar limitações na metodologia, variações na autodeclaração do consumo alimentar ou fatores compensatórios, como a prática de atividade física, que influenciam o peso corporal. Pela possibilidade de um viés de percepção do informante, os dados autorreferidos podem não representar a realidade.

A prática de atividade física no lazer foi fortemente relacionada à redução da prevalência de obesidade, reforçando a importância da atividade física regular para o controle do peso e a prevenção de doenças crônicas associadas, como visto nos estudos de Jakicic *et al.* (2019), Rocca *et al.* (2008) e Beraldo, Vaz e Naves (2004).

No entanto, a atividade física no deslocamento não apresentou associação significativa, possivelmente devido à menor intensidade ou duração dessa modalidade.

O exercício físico é fundamental para a manutenção da saúde, melhora da qualidade de vida e prevenção de doenças associadas à inatividade e ao sedentarismo. De acordo com a WHO (2020), considera-se sedentária a pessoa que gasta poucas calorias semanalmente em atividades cotidianas, incluindo deslocamentos ao trabalho e tarefas domésticas. Desse modo, fica evidente que manter-se ativo contribui significativamente para um estilo de vida saudável e ativo, essencial para o bem-estar geral (Menezes *et al.*, 2021).

No presente estudo, a autoavaliação negativa do estado de saúde mostrou-se fortemente relacionada à obesidade. Esse padrão corrobora investigações brasileiras que apontam pior percepção de saúde entre adultos com excesso de peso, ainda que a magnitude encontrada neste estudo seja maior. Peres *et al* (2010) realizaram um estudo que analisou fatores associados à autoavaliação da saúde em adultos no município de Lages (SC), onde as mulheres com obesidade abdominal apresentaram maior chance de avaliar a própria saúde como negativa, mesmo após ajuste por características socioeconômicas e morbidades.

A menor prevalência de obesidade entre indivíduos sem diagnóstico de hipertensão encontrada em nossa amostra segue o que já está bem estabelecido na literatura: o excesso de peso, sobretudo a adiposidade abdominal, eleva significativamente o risco de hipertensão. Dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2019 mostram quadro semelhante: a obesidade praticamente dobra a chance de hipertensão, enquanto pessoas eutróficas têm prevalência menor (Malta *et al.*, 2022a).

A ausência de associação estatisticamente significativa entre diabetes autorreferido e obesidade em nosso estudo contrasta com a maior parte dos estudos populacionais, que usualmente encontram relação positiva. A PNS-2019, por exemplo, relatou risco 2,3 vezes maior de diabetes entre adultos obesos após ajustes multivariados (Malta *et al.*, 2022b).

A prática de atividade física no lazer foi um fator protetor contra a obesidade em ambos os sexos. Este achado corrobora com o estudo de Silva *et al.* (2021), que objetivou verificar a associação da obesidade com volume, intensidade e tipos de atividade física no lazer entre adultos e idosos brasileiros, tendo como resultados

que, tanto para adultos quanto para idosos, o volume e a intensidade da atividade física praticada no domínio do lazer foram inversamente associados à obesidade. Por outro lado, a atividade física no deslocamento não mostrou associação significativa, o que pode indicar que esse tipo de prática, muitas vezes de menor intensidade ou duração, pode não ser suficiente para impactar significativamente os níveis de obesidade.

O consumo de alimentos ultraprocessados, frequentemente associado a piores desfechos de saúde, apresentou uma associação inversa com a obesidade, tanto em homens quanto em mulheres, sendo estatisticamente significativa apenas entre as mulheres. Tal resultado está em desacordo com diversos estudos que apontam a ingestão de ultraprocessados como fator de risco para ganho de peso e obesidade, como por exemplo, o estudo de Louzada *et al.* (2021), que teve por objetivo realizar uma revisão de escopo da literatura acerca da associação entre o consumo de alimentos ultraprocessados e desfechos em saúde. Esta revisão apresentou os resultados de vários estudos que mostram a relação entre o consumo de alimentos ultraprocessados e doenças crônicas não transmissíveis, além de seus fatores de risco. A evidência é especialmente forte no caso da obesidade em adultos. Essa associação foi observada com aumento proporcional ao consumo (efeito dose-resposta) em estudos feitos com grandes grupos populacionais de cinco países (Estados Unidos, Reino Unido, Austrália, Canadá e Brasil), em quatro estudos de acompanhamento de longo prazo (coortes) e também em um ensaio clínico controlado.

A autoavaliação negativa do estado de saúde mostrou forte associação com a obesidade em ambos os sexos. Mulheres que se classificaram como tendo saúde “ruim” ou “muito ruim” apresentaram até cinco vezes mais obesidade do que aquelas que relataram saúde “muito boa”, o que evidencia a inter-relação entre a percepção subjetiva da saúde e condições objetivas como o excesso de peso. Estudos como os de Taroze e Pessa (2020) e Palmeira *et al.* (2020) mostram que a obesidade pode impactar negativamente na percepção da saúde física e mental, além de estar associada ao estigma social e baixa autoestima.

A ausência de hipertensão foi associada à menor prevalência de obesidade, tanto em homens quanto em mulheres, reforçando o papel da obesidade como importante fator de risco para o desenvolvimento da pressão alta. Tal achado vai ao encontro com o estudo de Silva *et al.* (2016), que verificou que tanto no sexo

masculino quanto entre as mulheres a hipertensão associou-se com a classificação de peso, independente da idade.

Por fim, os resultados aqui encontrados reforçam a necessidade de políticas públicas integradas que promovam alimentação saudável, incentivem a atividade física e garantam acompanhamento clínico para controle de doenças crônicas, especialmente em populações com obesidade.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em vista do exposto, percebe-se que entre 2018 e 2023, a obesidade em adultos brasileiros se manteve relativamente estável, com poucas variações ao longo do tempo. Em 2018 e 2023, a prevalência foi de 18,0%, no conjunto dos anos avaliados, a obesidade atingiu uma média de 17,8%. Quando analisadas as causas associadas, tanto em homens quanto em mulheres, a prática de atividade física no lazer foi um fator protetor contra a obesidade. Curiosamente, o consumo de alimentos ultraprocessados também esteve associado a menor obesidade em ambos os sexos. A percepção negativa da própria saúde foi um dos fatores mais fortemente relacionados a obesidade, com pessoas que se avaliaram com saúde “ruim” ou “muito ruim” apresentando cinco vezes mais obesidade. Além disso, a ausência de hipertensão e diabetes esteve ligada a menor prevalência de obesidade nos homens, enquanto nas mulheres essa associação só foi significativa com a hipertensão.

A obesidade é considerada um dos maiores desafios de saúde pública que enfrentamos na atualidade, se tornando uma epidemia global, resultado de vários fatores, como maus hábitos alimentares, inatividade física, além de questões sociais, econômicas e culturais.

No Brasil, o crescimento dessa condição tem causado grandes impactos na saúde das pessoas, nos sistemas de atendimento e na qualidade de vida geral da população. Por isso, é importante que as ações sejam integradas, sustentáveis e eficazes, por meio de políticas públicas eficazes.

Ao longo deste trabalho, verificou-se que a obesidade na população está diretamente relacionada a combinações de problemas como alimentação inadequada, pouca prática de exercícios físicos e desigualdades sociais. Políticas públicas direcionadas à redução das desigualdades sociais em saúde, com foco específico em educação nutricional, combate à insegurança alimentar, incentivo à prática de atividade física e controle da publicidade de alimentos ultraprocessados, especialmente para as populações com menor escolaridade e maior vulnerabilidade socioeconômica, podem contribuir para a mudança deste cenário.

Prevenir e controlar a obesidade não é só responsabilidade do indivíduo; é preciso fazer mudanças na estrutura dos ambientes alimentares, urbanos e sociais. Ferramentas como o Guia Alimentar para a População Brasileira e o Guia de

Atividade Física para a População Brasileira ajudam a orientar ações e políticas de saúde. Programas como o Saúde na Escola, a regulamentação da publicidade de alimentos ultraprocessados, medidas fiscais para facilitar o acesso a alimentos mais saudáveis e o planejamento de cidades que incentivem a mobilidade ativa são exemplos de estratégias que devem ser expandidas e trabalhadas em conjunto pelo governo e a sociedade.

Para que essas políticas funcionem de forma efetiva, é importante que elas sejam pensadas de forma inclusiva, justa e com participação de toda a comunidade. Assim, conseguimos alcançar todas as pessoas, especialmente as que mais necessitam. Enfrentar as causas mais profundas da obesidade, como a desigualdade social e o acesso difícil a alimentos saudáveis, é fundamental para que qualquer intervenção funcione de forma eficaz.

Por fim, combater a obesidade é uma tarefa que envolve pessoas, comunidades e governos, em que todos precisam estar alinhados. Investir em políticas de prevenção, que promovam uma alimentação saudável e a prática de atividades físicas de forma contínua, não só ajuda a controlar a doença, como também garante que os sistemas de saúde público e privado fiquem mais sustentáveis e que a qualidade de vida dos brasileiros melhore.

REFERÊNCIAS

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA - ABESO. **Mapa da Obesidade**, 2019. Disponível em: <https://abeso.org.br/obesidade-e-sindrome-metabolica/mapa-da-obesidade/>. Acesso em 09 ago. 2023.
- AMBROSI, C. GRISOTTI, M. O Guia Alimentar para População Brasileira (GAPB): uma análise à luz da teoria social, **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n.11, p.4243-4251, 2022.
- ANTUNES, A. B. S. *et al.* Padrões alimentares de adultos brasileiros em 2008–2009 e 2017–2018. **Revista de Saúde Pública**, v. 55, p. 8s, 2021.
- APRELINI, C. M. O. *et al.* Tendência da prevalência do sobrepeso e obesidade no Espírito Santo: estudo ecológico, 2009-2018. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, p. e2020961, 2021.
- ARAUJO, F. M. *et al.* Obesidade: possibilidades de existir e práticas de cuidado. **Saúde e Sociedade São Paulo**, v. 28, n. 2, p. 249-260, 2019.
- ASSUMPÇÃO, D. de *et al.* Hábito alimentar de idosos diabéticos e não diabéticos: VIGITEL, Brasil, 2016. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 118, p. 388-397, 2022.
- AZEVEDO, A. B. C. de *et al.* Evolução temporal de indicadores de consumo alimentar e estado nutricional relacionados às doenças crônicas entre adultos na cidade do Rio de Janeiro e nas demais capitais brasileiras, 2006-2019. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 31, p. e31040316, 2023.
- BAUDRILLARD, J. **A sociedade de consumo**. Lisboa: Edições 70; Rio de Janeiro: Elfos Editora; 1995.
- BERALDO, F. C., VAZ, I. M. F.; NAVES, M. M. V. Nutrição, atividade física e obesidade em adultos: aspectos atuais e recomendações para prevenção e tratamento. **Rev Med Minas Gerais**, v. 14, n. 1, p. 57-62, 2004.
- BERNARDELLI, L. V.; KORTT, M. A.; CHARLES, M. B. The association between BMI and self-reported health among a Brazilian sample: a cross-sectional study. **Quality of life research**, v. 33, n. 4, p. 1041-1050, 2024.
- BERTO, S. J. P.; CARVALHAES, M. A. B. L.; MOURA, E. C. de. Tabagismo associado a outros fatores comportamentais de risco de doenças e agravos crônicos não transmissíveis. **Cadernos de saúde pública**, v. 26, p. 1573-1582, 2010.
- BORGES, C. A. *et al.* Desigualdades sociais no consumo alimentar e seus determinantes no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 1119-1128, 2021

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. 200 p. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 16 de junho de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DataSUS**. Informação de Saúde. Indicadores de Dados Básicos-IDB, 2012. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0206>. Acesso em: 11 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. VIGITEL, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/inqueritos-de-saude/VIGITEL>. Acesso em: 23 mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. **VIGITEL Brasil**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2021 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2021. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/VIGITEL_brasil_2021.pdf. Acesso em: 1º nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Qual é a relação entre consumo de ultraprocessados e risco de mortalidade?** 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/eu-queiro-me-alimentar-melhor/noticias/2022/qual-e-a-relacao-entre-consumo-de-ultraprocessados-e-risco-de-mortalidade>. Acesso em: 9 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **VIGITEL Brasil 2023**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2023 [Internet]. 2023a. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2023b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude>. Acesso em: 25 maio 2025.

BRASIL. **Boletim Epidemiológico Cenário da Obesidade no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, 2024.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: revista de saúde coletiva**, v. 17, p. 77-93, 2007.

CAPUTO, E. L. et al. What changed after two years of COVID-19: the PAMPA Cohort update profile and methodology. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 30, p. e06102023, 2025.

CARVALHO, E. A. de A. *et al.* Obesidade: aspectos epidemiológicos e prevenção. **Rev Med Minas Gerais**, v. 23, n. 1, p. 74-82, 2013.

CARVALHO, M. C., MARTINS, A. A obesidade como objeto complexo: uma abordagem filosófico-conceitual. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. n. 9, v.4, p.1003-1012, 2004.

CASAS, R. C. R. *et al.* Fatores associados à prática de Atividade Física na população brasileira -VIGITEL 2013. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 134-144, 2018.

CASTRO, I. R. R. de. Obesidade: urge fazer avançar políticas públicas para sua prevenção e controle. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 7, p. e00100017, 2017.

CEMBRANEL, F. *et al.* Relação entre consumo alimentar de vitaminas e minerais, índice de massa corporal e circunferência da cintura: um estudo de base populacional com adultos no Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, 2017.

COSTA, R. de C. *et al.* Repercussões sociais no hábito alimentar dos obesos. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 29, p. 509-518, 2012.

CUNHA, C. L. P. da (Ed.). A Influência da Obesidade e da Atividade Física no Risco Cardiovascular. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 119, n. 2, p. 244-245, 2022.

CUPPARI, L. **Nutrição: Clínica no Adulto**. 2 ed. São Paulo: Manole, 2005.

DAMASCENA, L.; NETO, N.; PEREIRA, V. Correlação entre obesidade abdominal, IMC e risco cardiovascular. ENCONTRO DE INICIAÇÃO À DOCÊNCIA, 11, 2008. **Anais...** Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Educação Física, p. 9- 11, 2008.

DANTAS, R. R.; SILVA, G. A. P. da. O papel do ambiente obesogênico e dos estilos de vida parentais no comportamento alimentar infantil. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 37, p. 363-371, 2019.

DAVIES, V. F. *et al.* Aplicação do Guia Alimentar para a População Brasileira como instrumento de capacitação para ações intersetoriais: percepções de profissionais em uma metrópole brasileira. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 34, e20240397, 2025.

DIAS, P. C. *et al.* Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro. **Caderno de Saúde Pública**, v. 33, n. 7, p. 1-12, 2017.

DIAS, F. S. B. *et al.* Tendência temporal de sobrepeso e obesidade em adultos de Rio Branco, Acre, Amazônia Ocidental Brasileira (2006–2020). **Nutrientes**, v. 14, n.

4, 742, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/nu14040742>. Acesso em: 8 jun. 2025.

DYE, T. D. **Understanding Public Policy**. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall. 1984.

ESTIVALETI, J. M. *et al.* Time trends and projected obesity epidemic in Brazilian adults between 2006 and 2030. **Scientific reports**, v. 12, n. 1, p. 12699, 2022.

FERREIRA, A. P. de S. *et al.* Aumento nas prevalências de obesidade entre 2013 e 2019 e fatores associados no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 24, p. e210009, 2021.

FERREIRA, A. P. de S.; SZWARCOWALD, C. L.; DAMACENA, G. N. Prevalência e fatores associados da obesidade na população brasileira: estudo com dados aferidos da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista brasileira de epidemiologia**, v. 22, 2019.

FRANCISCHI, R. P. P. *et al.* Obesidade: Atualização Sobre Sua Etiologia, Morbidade e Tratamento. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 13, n. 1, p. 17-28, 2000.

FISBERG, M. *et al.* Ambiente obesogênico-oportunidades de intervenção. **Jornal de Pediatria**, v. 92, p. 30-39, 2016.

GARCIA, C. A. B. *et al.* Obesity and Associated Factors in Brazilian Adults: Systematic Review and Meta Analysis of Representative Studies. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 21, n. 8, p. 1022, 2024. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/21/8/1022>. Acesso em: 8 jun. 2025.

HALPERN, B. *et al.* Proposta de classificação da obesidade baseada no histórico de peso: documento oficial da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabolismo (SBEM) e da Sociedade Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica (ABESO). **Archives Endocrinology Metabolism**. v. 66, n. 2, p. 139-151, 2022.

HERMSDORFF, H. H. M. *et al.* Políticas de alimentação, nutrição e a saúde no controle da 2020 obesidade [recurso eletrônico]. Viçosa, MG: L. D. Borges, 2020. Disponível em: <https://www.renobmg.ufv.br/repositorio-cientifico/>. Acesso em: 09 out. 2023.

HONÓRIO, O. S. *et al.* Evolution of food deserts and food swamps in a Brazilian metropolis between 2008 and 2020. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, n. 10, p. e09582023, 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde: 2019: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde: Brasil, grandes regiões e unidades da federação**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. 78 p. Disponível em:

<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101748.pdf>. Acesso em: 24 maio 2025.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Cidades e estados**. Rio de Janeiro: IBGE, 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/es/vitoria.html>. Acesso em: 24 jan. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Cidades e estados**. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/es/>. Acesso em: 24 jan. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **POF 2017-2018**: brasileiro ainda mantém dieta à base de arroz e feijão, mas consumo de frutas e legumes é abaixo do esperado. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/28646-pof-2017-2018-brasileiro-ainda-mantem-dieta-a-base-de-arroz-e-feijao-mas-consumo-de-frutas-e-legumes-e-abaixo-do-esperado>. Acesso em: 24 maio 2025.

JAIME, P. C. *et al.* Investigating Environmental Determinants of Diet, Physical Activity, and Overweight among Adults in Sao Paulo, Brazil. **Journal of Urban Health**, New York, v. 88, n. 3, p. 567–581, 2011.

JAIME, P. C.; BRAGA, M. B. L. Ten years of the The Dietary Guidelines for the Brazilian Population: history, science and policy. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 34, p. e20240267, 2025.

JAKICIC, J. M. *et al.* Physical activity and the prevention of weight gain in adults: a systematic review. **Medicine and science in sports and exercise**, v. 51, n. 6, p. 1262, 2019.

KODAIRA, K. *et al.* Time-trend in excess weight in Brazilian adults: A systematic review and meta-analysis. **PLoS One**, v. 16, n. 9, e0257755, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0257755>. Acesso em: 8 jun. 2025.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiologia e serviços de saúde**: revista do Sistema Único de Saúde do Brasil, v. 12, n. 4, 2003.

LIMA, L.; SAMPAIO, H. Caracterização socioeconômica, antropométrica e alimentar de obesos graves. **Revista de Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p. 1011-1020, 2007.

LIMA, L. L. *et al.* Políticas públicas e desenvolvimento: uma proposta de modelo de análise. urbe. **Revista Brasileira de Gestão Urbana**, v. 13, 2021.

LORDELO, R. A. *et al.* Eixos Hormonais na Obesidade: Causa ou Efeito? **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v. 51, n.1, p. 34-41, 2007.

LOUZADA, M. L. da C. *et al.* Impacto do consumo de alimentos ultraprocessados na saúde de crianças, adolescentes e adultos: revisão de escopo. **Cadernos de saúde pública**, v. 37, p. e00323020, 2021.

LOUZADA, M. L. C. *et al.* Consumo de alimentos ultraprocessados no Brasil: distribuição e evolução temporal 2008–2018. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 57, p. 12, 2023. DOI: 10.11606/s1518-8787.2023057004744.

LYNN JR., L. E.; GOULD, S. G. **Designing Public Policy: A Casebook on the Role of Policy Analysis**. Santa Monica, CA: Goodyear Publishing Company, 1980. (Instructor's manual).

MAHAN, L. K.; ESCOTT-STUMP, S. **Krause: Alimentos, Nutrição e Dietoterapia**. 11ª ed. São Paulo: Roca, 2005. 1241 p.

MALTA, D. C. *et al.* Doenças Crônicas Não Transmissíveis e o suporte das ações intersectoriais no seu enfrentamento. **Ciência & saúde coletiva**, v. 19, n. 11, p. 4341–4350, 2014.

MALTA, D. C. *et al.* Prevalência e fatores associados ao excesso de peso em adultos nas capitais e no Distrito Federal, Brasil, 2019. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 30, n. 3, e2020838, 2022a.

MALTA, D. C. *et al.* Hipertensão arterial e fatores associados: Pesquisa Nacional de Saúde, 2019. **Revista de Saúde Pública**, v. 56, 2022b. DOI: 10.11606/s15188787.2022056004177.

MANCINI, M. C. Obstáculos Diagnósticos e Desafios Terapêuticos no Paciente Obeso. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v. 45, n. 6, 2001.

MARQUES, E. B. de O.; GOMES, C. M.; COSTA, S. H. N. Prevalência de Obesidade e Diabetes Mellitus em Goiânia com Dados do Sistema VIGITEL-2013 a 2023. **Revista Científica Da Escola Estadual De Saúde Pública De Goiás" Cândido Santiago"**, v. 10, p. 1-7 10e2, 2024.

MEAD, L. Public policy: vision, potential, limits. **Policy Currents (Newsletter of the Public Policy Section, APSA)**, v. 68, n. 3, 1995.

MENEZES, A. P. V. N. *et al.* A relevância da atividade física e exercício físico em tempos pandêmicos: Um olhar para a saúde e qualidade de vida. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 16, p. e532101623907-e532101623907, 2021.

MONTEIRO, C. A. *et al.* NOVA. The star shines bright. **World Nutrition**, v. 7, n. 1-3, p. 28-38, 2016.

MONTEIRO, C. A. *et al.* The UN Decade of Nutrition, the NOVA food classification and the trouble with ultra-processing. **Public health nutrition**, v. 21, n. 1, p. 5-17, 2018.

MONTEIRO, C. A. *et al.* Impacto do consumo de alimentos ultraprocessados na saúde de adultos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 4, e00123421, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/57BygZjXKGrzqFTTSWPh8CC/>. Acesso em: 9 jun. 2025.

MOURA, E. C. *et al.* Vigilância de fatores de risco para doenças crônicas por inquérito telefônico nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal (2006). **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 11, p. 20–37, 2008.

MUNHOZ, T. N. *et al.* Trends in alcohol abuse in Brazilian state capitals from 2006 to 2013: An analysis of data from the VIGITEL survey. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, e00104516, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Obesidade e sobrepeso: principais fatos**. Genebra: OMS, 2025. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>. Acesso em: 5 set. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Obesity**: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. Geneva: WHO, 2000. (WHO Technical Report Series, 894). Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42330>. Acesso em: 23 maio 2025.

PALMEIRA, C. S. *et al.* Estigma percebido por mulheres com excesso de peso. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, p. e20190321, 2020.

PERES, M.A. *et al.* Auto avaliação da saúde em adultos no Sul do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 44, n.5, p.901 911, 2010. DOI: 10.1590/S0034 89102010000500016.

PETERS, B. G. **American Public Policy**: Promise and Performance. 2. ed. Chatham, NJ: Chatham House Publishers, 1986.

PINHEIRO, A. R. de O.; CARVALHO, D. B. B. de. Estado e mercado: adversários ou aliados no processo de implementação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição? Elementos para um debate sobre medidas de regulamentação. **Saúde e sociedade**, v. 17, p. 170-183, 2008.

PINHEIRO, A. R. de O.; CARVALHO, M. de F. C. C. de. Transformando o problema da fome em questão alimentar e nutricional: uma crônica desigualdade social. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 121-130, 2010.

PINHEIRO, A. R. de O.; FREITAS, S. F. T. de; CORSO, A. C. T. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. **Revista de Nutrição**, v.17, n.4, p. 523-533, 2004.

PISKE, M. L.; BOLZAN, M. S.; BATISTA, C. I. C. Importância da atividade física para a saúde em tempos de pandemia covid-19: revisão de literatura. **Revista Eletrônica Científica Ensino Interdisciplinar**, v. 8, n. 26, 2022.

- RECH, D. C. *et al.* As políticas públicas e o enfrentamento da obesidade no Brasil: uma revisão reflexiva. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, Santa Cruz do Sul, v. 1, suplemento (II Congresso Brasileiro Interdisciplinar de Promoção da Saúde), p. 192-202, out. 2016. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/7974>. Acesso em: 13 ago. 2025.
- REIS, C. E. G.; VASCONCELOS, I. A. L.; BARROS, J. F. de N. Políticas públicas de nutrição para o controle da obesidade infantil. **Rev Paul Pediatr**, v. 29, n. 4, p. 625-33, 2011.
- ROCCA, S. V. da S. *et al.* Efeito do exercício físico nos fatores de risco de doenças crônicas em mulheres obesas. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v. 44, p. 185-192, 2008.
- RUBINO, F. *et al.* Definition and diagnostic criteria of clinical obesity. **The Lancet Diabetes & Endocrinology**, 2025.
- SANTOS, I. K. S. dos; CONDE, W. L. Variação de IMC, padrões alimentares e atividade física entre adultos de 21 a 44 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. suppl 2, p. 3853-3863, 2021.
- SANTOS, J. R. B. *et al.* Importância do VIGITEL na vigilância de fatores de risco para DCNT no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 55, p. 1-10, 2021.
- SANTOS, J. R. B. *et al.* Análise dos indicadores de atividade física e alimentação saudável a partir dos dados do VIGITEL. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 25, p. e220024, 2022.
- SANTOS, M. L. de S. Josué de Castro e a Geografia da Fome: por uma leitura crítica da questão alimentar. **Revista NERA**, Presidente Prudente, v. 11, n. 12, p. 55-70, jan./jul. 2008.
- SANTIAGO, R. do A. *et al.* Vulnerabilidade à insegurança alimentar no Brasil: um olhar sobre os dados da POF 2017-2018. **Revista Estudo & Debate**, v. 30, n. 1, 2023.
- SCHERER, P. T. **O peso dos determinantes sociais da saúde na vida dos sujeitos bariátricos: desafios para o SUS**. 2015. 198 f. Dissertação (Doutorado em Serviço Social) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2015.
- SILVA, A. G. *et al.* Efeitos da pandemia de COVID-19 sobre hábitos de vida da população brasileira: uma análise dos dados do VIGITEL 2020 e 2021. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 7, p. e00212321, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00212321>.
- SILVA, K. C. da; REZENDE, A. J. de; LINS, T. C. de L. Hábitos alimentares e fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis em caminhoneiros de uma cooperativa agropecuária. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 44, n. 1, p. 15-24, jul. 2023.

- SILVA, R P. *et al.* Association between characteristics of physical activity in leisure time and obesity in Brazilians adults and elderly. **Obesity Research & Clinical Practice**, v. 15, n. 1, p. 37-41, 2021.
- SOUZA, C. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 8, n. 16, p. 20-45, 2006.
- SOUZA, N. P. *et al.* A (des) nutrição e o novo padrão epidemiológico em um contexto de desenvolvimento e desigualdades. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 7, p. 2257-2266, 2017.
- SOUZA, N. P. P.; OLIVEIRA, M. R. M. O ambiente como elemento determinante da obesidade. **Revista Simbiologias**, v. 1, n. 1, 2008.
- SWINBURN, Boyd A. *et al.* A sindemia global da obesidade, da desnutrição e das mudanças climáticas: o relatório da Comissão The Lancet. **Lancet**, p. 32822-8, 2019.
- STIVAL, M. M.; LIMA, L. R. de; KARNIKOWSKI, M. G. de O. Relações hipotéticas entre os determinantes sociais da saúde que influenciam na obesidade em idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 18, p. 433-442, 2015.
- TAROZO, M.; PESSA, R. P. Impacto das consequências psicossociais do estigma do peso no tratamento da obesidade: uma revisão integrativa da literatura. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 40, p. e190910, 2020.
- VALENTIM, C. G. Q. *et al.* Obesidade no Brasil: desafios sociais, econômicos e de saúde pública. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 24, n. 11, p. e18772, 2024.
- VIEIRA, C. M.; TURATO, E. R. Percepções de pacientes sobre alimentação no seu processo de adoecimento crônico por síndrome metabólica: um estudo qualitativo. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 23, n. 3, p. 425-432, 2010.
- VITÓRIA. **Programa Vitória Saudável**. Prefeitura Municipal de Vitória, 2024. Disponível em: <https://www.vitoria.es.gov.br/noticia/programa-vitoria-saudavel-acoes-espalhadas-por-toda-a-cidade-19104>. Acesso em: 03 set. 2025.
- VITÓRIA. **Serviço de Orientação ao Exercício**. Prefeitura Municipal de Vitória, 2018. Disponível em: <https://www.vitoria.es.gov.br/cidadao/orientacao-ao-exercicios>. Acesso em: 03 set. 2025.
- WANDERLEY, E. N.; FERREIRA, V. A. Obesidade: uma perspectiva plural. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.1, p.185-194, 2010.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Obesity**: preventing and managing the global epidemic. Geneva: WHO, 2022. Disponível em: <https://www.who.int>. Acesso em: 25 maio 2025.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **2020 WHO guidelines on physical activity and sedentary Behaviour**. Geneva: World Health Organization, 2020.

Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128>. Acesso em: 13 ago. 2025.

XAVIER, M. dos S. R.; WENDT, A.; CROCHEMORE-SILVA, I. Tendências temporais das desigualdades no acúmulo de fatores de risco comportamentais nas capitais do Brasil, 2008-2018. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 2111-2121, 2022.

YOUNG, A. I. *et al.* Mendelian imputation of genotypes for genome-wide estimation of heritability and causal inference. **Nature Genetics**, v. 52, p. 431–435, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41588-020-0592-5>.

ANEXOS

ANEXO A – INDICADORES DO VIGITEL

Perfil epidemiológico		
q6	idade (anos)	
q7	Sexo	masculino
		feminino
		solteiro
		casado legalmente
civil	estado conjugal atual	tem união estável há mais de seis meses
		viúvo
		separado ou divorciado
		não quis informar
q8_anos	anos de estudo	
q9	peso (kg)	não sabe
		não quis informar
q11	altura (cm)	não sabe
		não quis informar
Hábito Alimentar		
q15	Feijão (5x ou mais/Semana)	1 a 2 dias por semana
		3 a 4 dias por semana
		5 a 6 dias por semana
		todos os dias (inclusive sábado e domingo)
		quase nunca
		nunca
q16	freq hort (5x ou mais/Semana)	1 a 2 dias por semana
		3 a 4 dias por semana
		5 a 6 dias por semana
		todos os dias (inclusive sábado e domingo)
		quase nunca
		nunca
q17	freq hort crua (5x ou mais/Semana)	1 a 2 dias por semana
		3 a 4 dias por semana
		5 a 6 dias por semana
		todos os dias (inclusive sábado e domingo)
		quase nunca
		nunca
q18	quantas vezes	1 a 2 dias por semana
		3 a 4 dias por semana

		5 a 6 dias por semana todos os dias (inclusive sábado e domingo)
		quase nunca
		nunca
q19	freq hort cozida (5x ou mais/Semana)	1 a 2 dias por semana
		3 a 4 dias por semana
		5 a 6 dias por semana
		todos os dias (inclusive sábado e domingo)
		quase nunca
		nunca
q20	quantas vezes	no almoço (1 vez no dia)
		no jantar
		no almoço e no jantar (2 vezes no dia)
q21	come carne	1 a 2 dias por semana
		3 a 4 dias por semana
		5 a 6 dias por semana
		todos os dias (inclusive sábado e domingo)
		quase nunca
		nunca
q22	gordura carne	tirar sempre o excesso de gordura
		comer com a gordura
		não come carne vermelha com muita gordura
q23	come frango	1 a 2 dias por semana
		3 a 4 dias por semana
		5 a 6 dias por semana
		todos os dias (inclusive sábado e domingo)
		quase nunca
		Nunca
q24	pele frango	tirar sempre a pele
		comer com a pele
		não come pedaços de frango com pele
q25	suco frutas (Máx. 1/dia)	1 a 2 dias por semana
		3 a 4 dias por semana
		5 a 6 dias por semana
		todos os dias (inclusive sábado e domingo)
		quase nunca
		nunca
q26	quanto suco	1 copo

		2 copos
		3 ou mais copos
q27	freq fruta (5x ou mais/Semana)	1 a 2 dias por semana
		3 a 4 dias por semana
		5 a 6 dias por semana
		todos os dias (inclusive sábado e domingo)
		quase nunca
		nunca
q28	quantas vezes	1 vez no dia
		2 vezes no dia
		3 ou mais vezes no dia
q29	freq refrigerante (5x ou mais/Semana)	1 a 2 dias por semana
		3 a 4 dias por semana
		5 a 6 dias por semana
		todos os dias (inclusive sábado e domingo)
		quase nunca
		nunca
r301_ (itens A a L)	alimentos naturais (Consumo de 5 ou mais grupos de alimentos não ou minimamente processados protetores para doenças crônicas)	sim
		não
r302_ (itens A a M)	alimentos industrializados (Consumo de 5 ou mais grupos de alimentos ultraprocessados)	sim
		não
q32	frequência de leite	1 a 2 dias por semana
		3 a 4 dias por semana
		5 a 6 dias por semana
		todos os dias (inclusive sábado e domingo)
		quase nunca
		nunca
r143	Doces (5x ou mais/Semana)	1 a 2 dias por semana
		3 a 4 dias por semana
		5 a 6 dias por semana
		todos os dias (inclusive sábado e domingo)
		quase nunca
		nunca
r146	quantas vezes come doce por dia	1 vez no dia
		2 vezes no dia
		3 ou mais vezes no dia
r144a	troca almoço (7x ou mais)	1 a 2 dias por semana
		3 a 4 dias por semana

		5 a 6 dias por semana todos os dias (inclusive sábado e domingo)
		quase nunca
		nunca
r144b	troca jantar (7x ou mais)	1 a 2 dias por semana
		3 a 4 dias por semana
		5 a 6 dias por semana
		todos os dias (inclusive sábado e domingo)
		quase nunca
		nunca
Atividade física/Sedentarismo		
q42	exercício físico	Sim
		Não
q45	freq exercício	1 a 2 dias por semana
		3 a 4 dias por semana
		5 a 6 dias por semana
		todos os dias (inclusive sábado e domingo)
q46	duração exercício	menos que 10 minutos
		entre 10 e 19 minutos
		entre 20 e 29 minutos
		entre 30 e 39 minutos
		entre 40 e 49 minutos
		entre 50 e 59 minutos
		60 minutos ou mais
q59a	quantas horas assiste tv/dia	menos de 1 hora
		entre 1 e 2 horas
		entre 2 e 3 horas
		entre 3 e 4 horas
		entre 4 e 5 horas
		entre 5 e 6 horas
		mais de 6 horas
		não assiste televisão
q59b	uso de computador, tablet ou celular no tempo livre	sim
		não
		não sabe
q59c	em média, este uso do computador, tablet ou celular	menos de 1 hora
		entre 1 e 2 horas
		entre 2 e 3 horas
		entre 3 e 4 horas
		entre 4 e 5 horas
		entre 5 e 6 horas

		mais de 6 horas
Condições de saúde		
q74	estado de saúde	muito bom bom regular ruim muito ruim não sabe não quis informar
q75	pressão alta	sim não não lembra
q76	Diabetes	sim não não lembra
q78	colesterol ou triglicerídes	sim não não sabe/não lembra

"Fonte: adaptado de Dicionário VIGITEL"