



EXCESSO DE PESO E OBESIDADE EM BRASILEIROS ADULTOS: ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO ENTRE 2006 E 2020

Marcos Vinicius Santos Salvador*

Catia Suely Palmeira**

Tassia Teles Santana de Macedo***

Fernanda Carneiro Mussi****

RESUMO

Objetivo: analisar o excesso de peso corporal e a obesidade entre adultos no Brasil no período de 2006 a 2020. **Método:** estudo epidemiológico, descritivo. Os dados obtidos em maio de 2022 a partir das informações publicadas anualmente no Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas. As variáveis incluíram classificação do índice de massa corporal, capitais, regiões, faixa etária, sexo e escolaridade, sendo analisadas pela estatística descritiva. **Resultados:** no período, houve aumento de excesso de peso e obesidade em todas as regiões do Brasil. O excesso de peso foi maior em Porto Alegre-RS (53,5%) e menor em Palmas-TO (40,7%). A obesidade foi maior em Manaus-AM (19,3%) e menor em Palmas-TO (13,5%). O sobre peso predominou em homens (53,6%) e a obesidade, em mulheres (16,7%). O excesso de peso (61,3%) e a obesidade (22,3%) foram prevalentes em pessoas de 55 a 64 anos. Quanto à escolaridade, o excesso de peso (55,8%) e a obesidade (14,0%) apresentaram maior frequência em pessoas com 0 a 8 anos de estudo. **Conclusão:** o excesso de peso e a obesidade aumentaram no período em todas as capitais e Distrito Federal. Variando de acordo com sexo, faixa etária e anos de estudo. Evidencia-se a necessidade de intervenções articuladas de gestores e profissionais de saúde, especialmente aos grupos de maior risco.

Palavras-chave: Obesidade. Aumento de Peso. Epidemiologia Descritiva.

INTRODUÇÃO

O excesso de peso corporal caracterizado pelo sobrepeso e a obesidade tem assumido proporções alarmantes mundialmente em decorrência da urbanização descontrolada, da transição nutricional, do fácil acesso a alimentos altamente palatáveis e hipercalóricos e do aumento em paralelo do sedentarismo⁽¹⁻²⁾. Projeções para o ano de 2025 indicam crescimento mundial do número de pessoas adultas com sobrepeso e obesidade, com cerca de 700 milhões e três bilhões, respectivamente⁽¹⁾.

O excesso de peso é de etiologia multifatorial e pode ser definido como o consumo de energia superior ao gasto, gerando excesso de gordura corporal⁽¹⁾. Tem etiologia complexa e as suas principais causas são fatores históricos, ecológicos, políticos, sociais, culturais, genéticos, metabólicos e psíquicos⁽²⁻³⁾. Ocupa lugar de destaque no perfil de morbidade e mortalidade mundial, dado que além de

ser uma doença é um fator de risco para diversas outras, principalmente as cardiovasculares, metabólicas, respiratórias, osteomusculares, o diabetes *mellitus* e o câncer⁽³⁻⁴⁾.

Na análise da população adulta brasileira, o excesso de peso relaciona-se a histórico familiar, a doenças hormonais, a fatores psicológicos, ao aumento do consumo de alimentos industrializados, ao uso de medicamentos à base de corticoides e ao baixo nível de escolaridade e atividade física⁽⁵⁾. A falta de consciência da complexidade da etiologia do excesso de peso leva à algumas pessoas atribuírem agulha, preguiça, autoindulgência e falta de força de vontade do indivíduo obeso como responsáveis pela doença⁽⁴⁾.

De uma forma geral, há evidências de que a obesidade afeta negativamente aspectos psicossociais da vida do indivíduo. Particularmente, pode ser prejudicial à saúde mental, pois está associada ao estresse, a sintomas depressivos, a

*Graduando no Curso Bacharel em Enfermagem da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP) Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: marcosvinisalsalvador@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8126-5355>

**Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da EBMSP. Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: catia_palmeira@yahoo.com.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6328-8118>

*** Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da EBMSP. Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: tassiateles85@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2423-9844>

****Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem EBMSP. Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: femussi@uol.com.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2423-9844>

níveis mais elevados de ansiedade, a baixa autoestima, a discriminação e ao isolamento social⁽⁶⁾. Por sua vez, o estigma associado ao excesso de peso corporal se relaciona a níveis mais baixos de atividade física, ao consumo de dietas não saudáveis e ao aumento de comportamentos sedentários⁽⁷⁾.

A classificação de um indivíduo adulto com sobrepeso e obesidade é feita a partir do índice de massa corporal (IMC) obtido pela divisão da massa corporal (em quilogramas) pela estatura (em metros ao quadrado), fornecendo um valor em kg/m^2 . Na população adulta, valores de IMC igual ou superior a 25 kg/m^2 e menores que 30 kg/m^2 correspondem ao sobrepeso, e o valor igual ou superior a 30 kg/m^2 se configura como a confirmação da obesidade⁽⁴⁾.

Desde o ano de 2006 o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), do Ministério da Saúde, vem consolidando e disponibilizando dados nacionais sobre vários indicadores de saúde, dentre estes, dados sobre o excesso de peso entre adultos no Brasil. Considerando a relevância do tema, destaca-se a necessidade de produção científica que analise evolutivamente o estado de saúde da população brasileira no que se refere ao excesso de peso, consistindo em objeto dessa investigação. Acredita-se que esta pesquisa reunirá informações epidemiológicas relevantes sobre o excesso de peso no Brasil, no período de 2006 a 2020, que poderão auxiliar profissionais de saúde, acadêmicos, autoridades públicas, gestores de saúde e a sociedade em geral a conhecer a evolução desse agravamento e a direcionar políticas públicas e intervenções multissetoriais para a prevenção e controle do agravamento.

Nesse sentido, esta pesquisa teve o objetivo de analisar o excesso de peso corporal e a obesidade entre adultos no Brasil no período de 2006 a 2020.

MÉTODO

Este estudo epidemiológico descritivo utilizou dados de relatórios epidemiológicos anuais do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas (Vigitel), os quais são oriundos de pesquisa transversal, de base populacional, realizada pela Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA) para avaliar o estado de saúde da população brasileira.

A pesquisa Vigitel tem sido avaliada anualmente e

desde 2006, por meio de entrevistas telefônicas realizadas por pesquisadores vinculados à SVSA, a população adulta brasileira com idade igual ou maior que 18 anos, residentes nas capitais dos 26 estados brasileiros e do Distrito Federal⁽⁸⁾.

Inicialmente por amostragem probabilística, é realizado sorteio de, no mínimo, 5 mil linhas telefônicas por cidade a partir do cadastro eletrônico de linhas residenciais fixas das empresas telefônicas, e em seguida as linhas sorteadas em cada cidade são sorteadas novamente e divididas em réplicas de 200 linhas, cada réplica reproduzindo a mesma proporção de linhas por CEP do cadastro original. A partir de 2019, foram inicialmente sorteadas 197.600 linhas telefônicas (em média 7.200 por cidade, distribuídas em 36 réplicas de 200 linhas cada). Em paralelo é realizado o sorteio de um dos adultos (≥ 18 anos) residente no domicílio sorteado. Não são elegíveis para o sistema as seguintes linhas: correspondem a empresas, não mais existem ou se encontram fora de serviço; além das linhas que não respondem a seis tentativas de chamadas realizadas em dias e horários variados, incluindo sábados e domingos e períodos noturnos⁽⁸⁾.

O número de entrevistas completas realizadas a cada ano pelo Vigitel, variou no período de 2006 a 2020, de 45.448 a 52.443, totalizando uma amostra de 757.386 mil pessoas no período analisado, sendo 288.279 homens e 469.107 mulheres.

O questionário utilizado pelo Vigitel foi composto de questões relacionadas às características demográficas e socioeconômicas (idade, sexo, estado civil, raça/cor e nível de escolaridade); padrão de alimentação e atividade física; consumo de cigarro e de bebidas alcoólicas; peso e altura referidos; autoavaliação do estado de saúde; referência a diagnóstico médico anterior de hipertensão arterial e diabetes; uso de medicamentos; realização de exames para detecção precoce de câncer em mulheres, evolução exponencial do excesso de peso e obesidade, dentre outros⁽⁸⁾.

Com relação ao excesso de peso e a obesidade, o Vigitel apresenta os valores do índice de massa corporal (IMC) em percentuais, calculado a partir do peso em quilos dividido pelo quadrado da altura em metros (kg/m^2), ambos autores referidos pelos entrevistados, conforme as questões: “O(a) senhor(a) sabe seu peso (mesmo que seja valor aproximado)?”, “O(a) senhor(a) sabe sua altura?”. Para esse estudo, foi considerado como excesso de

peso o indivíduo com $\text{IMC} \geq 25 \text{ kg/m}^2$ e como obesidade o indivíduo com $\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$.

As variáveis e respectivas categorizações consideradas nesta pesquisa foram algumas das existentes no inquérito do Vigitel, a saber: capitais, Distrito Federal e macrorregiões do Brasil (norte, nordeste, centro oeste, sudeste e sul), ano da pesquisa (2006 a 2020), sexo (masculino e feminino), faixa etária em anos (18–24, 25–34, 35–44, 45–54, 55–64 e 65 e mais) e escolaridade (0 a 8, 9 a 11, 12 e mais anos de estudo).

Os dados referentes a essas variáveis foram levantados no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus) em março de 2022 e processados em planilhas específicas elaboradas no programa Microsoft Excel. Os resultados relacionados aos anos incluídos no estudo foram agrupados por quinquênios (2006–2010; 2011–2015; 2016–2020) para melhor visibilidade nas tabelas. A análise foi realizada por meio da estatística descritiva com frequências relativas, médias e cálculo da variação percentual do conjunto de dados.

Considerando-se que este estudo utilizou dados secundários, anônimos e de domínio público, dispensou a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme preconizado nas normas da Resolução n.º 466, de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde do Brasil.

RESULTADOS

A figura 1 descreve a evolução anual do percentual de adultos (≥ 18 anos) com excesso de peso e obesidade nas capitais dos 26 estados brasileiros e do Distrito Federal entre 2006 e 2020. Verificou-se aumento da prevalência do excesso de peso, de 41,9% no primeiro ano analisado (2006) para 56,4% no último ano (2020), representando uma variação percentual de 34,6%. Quanto à obesidade, notou-se também aumento percentual, sendo de 11,5% em 2006 e alcançando 20,8% em 2020, observando-se a variação percentual de 80,9%. O percentual médio de pessoas com excesso de peso foi de 49,9% e de obesidade de 16,7%.

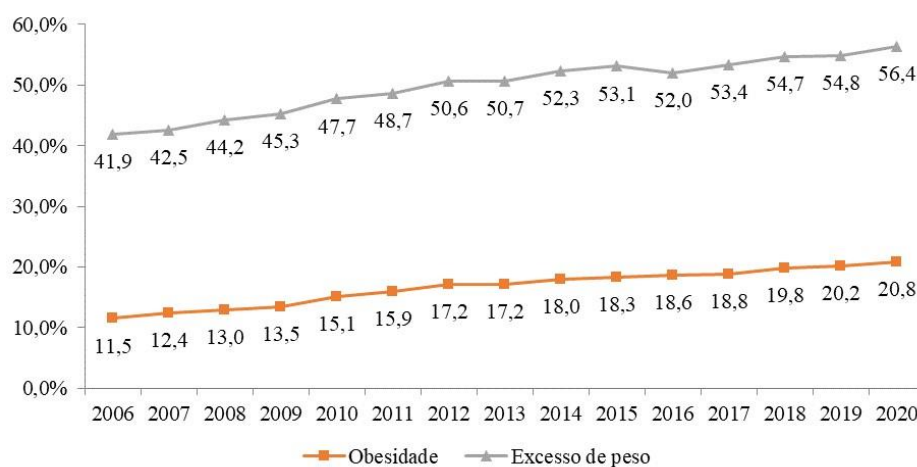


Figura 1. Evolução anual do percentual de adultos (≥ 18 anos) com excesso de peso e obesidade nas capitais dos 26 estados brasileiros e Distrito Federal, 2006 a 2020. Brasil, 2022.

Fonte: Elaborada pela autora a partir de dados do Vigitel. Brasil, 2022.

Na análise por capitais e anos, em todo o período analisado, o percentual de pessoas com excesso de peso foi maior em Porto Alegre-RS (53,5%) e menor em Palmas-TO (40,7%). Observou-se aumento desses indicadores em praticamente todas as capitais, como exceção em Aracaju-SE entre 2011 e 2015, e Palmas-TO entre 2016 e 2020. Quanto à obesidade, chamou a atenção o maior percentual (19,3%) em Manaus-AM e o menor (13,5%) em Palmas-TO. Verificou-se que houve

aumento do percentual da obesidade em todas as capitais brasileiras ao longo dos anos analisados (Tabela 1).

No que se refere à variação percentual de excesso de peso no período, Maceió (AL) apresentou maior variação (33,5%) e Palmas a menor (8,5%). Quanto à obesidade, a maior variação ficou com o Distrito Federal (DF) (75,2%) e a menor com Fortaleza-CE (36,7%).

Tabela 1. Percentual de adultos (≥ 18 anos) com excesso de peso e obesidade, segundo as capitais dos estados brasileiros e o Distrito Federal no período de 2006 a 2020. Brasil, 2022.

Variáveis	Excesso de peso IMC* ≥ 25 kg/m ²				Obesidade IMC* ≥ 30 kg/m ²			
	Período total (%)	2006-2010 (%)	2011-2015 (%)	2016-2020 (%)	Período total (%)	2006-2010 (%)	2011-2015 (%)	2015-2020 (%)
Aracaju	46,9	42,7	41,3	56,6	17,0	13,9	17,0	20,1
Fortaleza	52,3	46,5	53,8	56,6	18,1	15,0	18,9	20,5
João Pessoa	50,1	44,7	51,5	54,2	17,2	13,8	17,5	20,4
Maceió	50,6	42,4	52,9	56,6	17,5	13,0	19,3	20,3
Natal	51,3	45,0	52,8	56,0	17,6	13,6	18,7	20,5
Recife	51,4	45,6	51,8	56,9	17,6	13,7	17,6	21,6
Salvador	47,8	40,9	48,8	53,7	15,6	12,1	15,7	19,0
São Luís	43,7	38,0	44,0	49,2	13,6	10,5	13,6	16,6
Teresina	45,9	39,0	47,5	51,2	14,7	11,7	15,0	17,5
Belém	49,8	43,5	51,0	54,9	16,8	13,2	17,1	20,0
Boa Vista	50,3	45,0	51,0	54,8	16,9	13,6	17,3	19,8
Macapá	50,3	44,7	51,6	54,7	18,5	15,0	19,2	21,4
Manaus	52,7	44,9	54,9	58,3	19,3	14,4	20,5	23,1
Palmas	40,7	36,6	45,9	39,7	13,5	9,8	15,0	15,8
Porto Velho	51,8	46,0	52,9	56,5	18,4	15,1	18,6	21,5
Rio Branco	53,1	48,1	53,1	58,1	18,8	14,6	19,7	22,0
Campo Grande	53,0	47,6	54,3	58,1	19,0	14,8	20,2	21,9
Cuiabá	53,4	48,0	53,5	58,6	19,1	14,9	19,5	22,8
Distrito Federal	46,6	39,6	48,6	51,5	14,2	10,1	14,9	17,7
Goiânia	47,1	42,5	47,9	50,9	14,1	10,9	14,4	17,0
Curitiba	50,6	46,2	52,5	53,1	17,4	14,4	17,2	20,7
Florianópolis	48,1	43,5	49,4	51,4	14,6	12,0	15,2	16,5
Porto Alegre	53,5	47,8	55,1	57,5	18,0	14,3	19,5	20,2
Belo Horizonte	47,0	41,1	47,9	52,0	14,6	11,1	15,4	17,4
Rio de Janeiro	53,0	48,4	53,0	57,6	18,5	14,7	18,9	21,8
São Paulo	51,5	46,4	51,7	56,3	17,0	13,2	17,8	20,0
Vitória	47,9	42,6	48,9	52,1	15,1	12,3	15,5	17,5

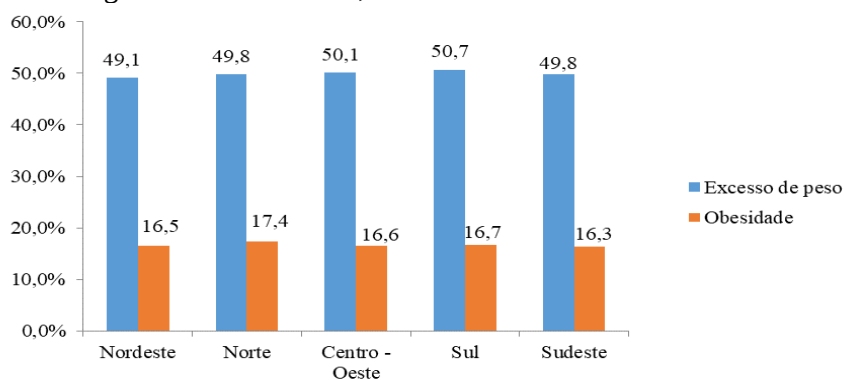
*Índice de massa corporal, †Valor referente à média aritmética de todos os anos analisados.

Fonte: Elaborada pelos autores a partir dos dados do Vigil. Brasil, 2022.

Comparando-se o excesso de peso entre as regiões brasileiras, verificou-se que a Região Sul apresentou maior percentual (50,7%) e a nordeste o menor (49,1%). Entretanto, a obesidade foi mais frequente na Região Norte (17,4%) e menos na

Região Sudeste (16,3%). Vale ressaltar que as diferenças entre as regiões não ultrapassaram 1,7% quanto ao percentual de excesso de peso e obesidade (Figura 2).

Figura 2. Distribuição do percentual de adultos (≥ 18 anos) com excesso de peso e obesidade no período de 2006 a 2020 segundo as regiões brasileiras. Brasil, 2022.



Fonte: Elaborada pelos autores a partir de dados do Vigil. Brasil, 2022.

A tabela 2 apresenta o percentual de adultos (≥ 18 anos) com excesso de peso e obesidade, segundo as regiões brasileiras, sexo, faixa etária e nível de escolaridade. Observou-se maior frequência de sobrepeso em homens (53,6%) do que em mulheres (45,9%) e aumento do percentual do sobrepeso, entre 2006 e 2020, em todas as regiões brasileiras, para ambos os sexos. No que diz respeito a obesidade, a frequência foi maior em mulheres (16,7%) do que em homens (16,5%), havendo aumento do percentual em ambos os sexos, em todas as regiões

do Brasil, durante os respectivos anos.

Com relação à faixa etária estipulada mediante a descrição do Vigitel, notou-se que o percentual tanto de sobrepeso (61,3%) quanto de obesidade (22,3%) foi maior na faixa de 55 a 64 anos e menor para sobrepeso (28,8%) e obesidade (7,1%) na faixa entre 18 e 24 anos. Em relação à escolaridade, o maior percentual de sobrepeso (55,8%) e obesidade (14,0%) foi identificado para aqueles que tinham menos tempo de estudo (0 a 8 anos) (Tabela 2).

Tabela 2. Percentual de adultos (≥ 18 anos) com excesso de peso e obesidade no período de 2006 a 2020 segundo as regiões brasileiras, o sexo, a faixa etária em anos e a escolaridade em anos de estudo. Brasil, 2022.

Variáveis	Excesso de peso IMC* ≥ 25 kg/m ²				Obesidade IMC* ≥ 30 kg/m ²			
	Período total (%)	2006–2010 (%)	2011–2015 (%)	2016–2020 (%)	Período total (%)	2006–2010 (%)	2011–2015 (%)	2015–2020 (%)
Regiões								
Nordeste	49,1	42,7	50,3	54,4	16,5	13,0	17,0	19,6
Norte	49,8	44,1	51,4	53,8	17,4	13,6	18,2	20,5
Centro oeste	50,1	44,4	51,1	54,7	16,6	12,7	17,2	19,8
Sul	50,7	45,8	52,3	53,9	16,6	13,5	17,3	19,1
Sudeste	49,8	44,6	50,3	54,4	16,3	12,8	16,9	19,2
Sexo								
Masculino	53,6	49,1	53,4	58,2	16,5	13,1	17,1	19,4
Feminino	45,9	39,4	47,1	51,2	16,7	13,5	17,4	19,2
Faixa etária								
18–24	28,8	25,4	30,1	31,0	7,1	5,3	7,4	8,7
25–34	47,1	41,5	47,6	52,3	15,2	11,9	15,6	18,1
35–44	56,6	50,6	57,3	61,8	19,6	14,8	20,9	23,1
45–54	60,3	56,7	60,8	63,4	21,6	18,5	22,0	24,4
55–64	61,3	59,1	61,8	62,9	22,3	20,0	22,8	24,1
65 e mais	57	54,2	57,1	59,7	18,8	16,6	19,2	20,6
Escolaridade (em anos de estudo)								
0–8	55,8	48,8	57,6	60,9	20,4	15,4	21,6	24,2
9–11	47,4	39,8	48,3	54,1	15,2	10,8	15,7	19,2
12 e mais	47,2	43,8	46,6	51,3	14,0	11,4	13,9	16,6

*Índice de massa corporal; †Valor referente à média aritmética de todos os anos analisados.

Fonte: Elaborada pelos autores. Brasil, 2022.

DISCUSSÃO

A partir do levantamento sistemático dos dados publicados pelo Vigitel foi possível analisar o excesso de peso e a obesidade no país e trazer um panorama desses agravos nas capitais brasileiras no período de 2006 a 2020, considerando a distribuição por regiões brasileiras, sexo, faixa etária e nível de escolaridade da população acometida. Os resultados demonstraram alto percentual de pessoas com excesso de peso e obesidade em todo o território nacional, assim como um crescimento dos percentuais ao longo

dos anos. O aumento de 34,6% no percentual de excesso de peso e de 80,9% de obesidade indicam a dificuldade de controle desse agravo no país.

Embora o acúmulo de peso venha ocorrendo de forma global⁽⁹⁾, nos últimos cinco anos observou-se um crescimento modesto ou praticamente estável de sobrepeso e obesidade em países como Canadá, Inglaterra, Itália, Coreia do Sul, Espanha e Estados Unidos. Por outro lado, Austrália, França, Suíça e México tiveram crescimento de 2% a 3%, não havendo indício da redução ou contenção dessa epidemia nesses países⁽¹⁰⁾.

O crescente aumento do acúmulo do peso no Brasil pode ser explicado pela alta prevalência de pessoas que não atendem à recomendação do nível ativo ou muito ativo de atividade física, pelo aumento do tempo médio diário na posição sentada, deitada ou reclinada usando computadores, assistindo televisão e outros dispositivos baseados em tela⁽¹¹⁾ e pela piora na qualidade da alimentação⁽¹²⁾. Embora a dieta do povo brasileiro mantenha-se caracterizada pelo consumo de alimentos tradicionais, como arroz e feijão, a frequência de ingestão de alimentos ultraprocessados, como biscoitos, sanduíches e refrigerantes é elevada⁽¹²⁻¹³⁾. Está ocorrendo uma redução no consumo de arroz, pães, carnes processadas e refrigerantes no grupo de renda mais elevada, e uma redução menos acentuada do consumo destes alimentos na população de baixa renda⁽¹²⁾.

No que tange às capitais, o maior percentual de excesso de peso foi identificado em Porto Alegre-RS (53,5%) e o menor em Palmas-TO (40,7%). Já a obesidade, a maior frequência recaiu em Manaus-AM (19,3%) e a menor em Palmas-TO (13,5%). O que merece destaque é que houve aumento do excesso de peso em quase todas as capitais e aumento da obesidade em todas as capitais no período analisado, evidenciando a expressão crescente e preocupante desse problema de saúde pública no país. Todas as macrorregiões do estudo apontaram aumento percentual ao longo dos 15 anos. No que se refere à comparação por região, embora não se observe grandes diferenças nos percentuais de excesso de peso e obesidade entre as mesmas, sabe-se que o Brasil é um país de grande diversidade socioeconômica e cultural, o que pode interferir nos padrões de acesso e consumo de alimentos saudáveis e da prática de atividade física regular, dificultando ou facilitando o controle do peso para algumas regiões e capitais⁽¹³⁾.

A literatura evidencia que, além das características fisiológicas de cada indivíduo que predis põem ao ganho de peso e gordura corporal de maneira rápida, outros fatores como a geografia do local de moradia em diferentes regiões do país, as respectivas características culinárias, as condições sociais de vida e os fatores políticos e econômicos da região são facilitadores para o ganho de peso⁽¹⁴⁾.

Embora os comportamentos relacionados ao maior peso sejam avaliados individualmente, estes sofrem influências de diversos determinantes sociais, como fatores ambientais, culturais, psicológicos e sociais, a exemplo das mudanças no sistema agrário e

o crescimento da indústria que promovem alterações nos padrões alimentares. O ambiente construído, incluindo ambientes alimentares e estrutura do bairro, tem sido visto como um importante determinante da saúde, incluindo o consumo de alimentos e a prática de atividade⁽¹⁵⁾.

Os dados encontrados sobre as taxas de excesso de peso e obesidade chamam atenção para a necessidade de se implantar novas medidas de controle que sejam mais eficazes. Nesse sentido, o Ministério da Saúde elaborou e publicou diretrizes pelas quais foram propostas ações prioritárias, que vão desde a identificação dos indivíduos com sobrepeso e obesidade a partir da classificação de seu estado nutricional, até a garantia da oferta de apoio, diagnóstico e terapêutico adequados para o tratamento de cada usuário⁽¹⁶⁾.

Os percentuais de excesso de peso e obesidade aumentaram em todo o período tanto para o sexo masculino quanto para o feminino. Percentuais de excesso de peso maiores em homens comparados às mulheres estão em consonância com a literatura⁽¹⁷⁾. Em relação à obesidade, as frequências relativas foram praticamente iguais entre homens e mulheres, sendo maior na população feminina. A percepção de não ter tempo suficiente disponível para cuidados pessoais e lazer devido às tarefas domésticas e às demandas familiares é uma explicação para as mulheres desenvolverem excesso de peso⁽¹⁸⁾.

Neste estudo identificou-se o predomínio de excesso de peso e obesidade em adultos na faixa etária de 55 a 64 anos. Achados de estudo sobre as prevalências de excesso de peso e obesidade realizado pelo Consórcio da Coorte Brasileira de Nascimentos em três cidades brasileiras, Ribeirão Preto-SP, Pelotas-RS e São Luís-MA, mostraram que o aumento nessas prevalências também ocorreu com o avanço da idade⁽¹⁷⁾. O processo de envelhecimento é acompanhado por uma redução dos níveis de massa muscular, óssea e de força, com concomitante aumento da massa gorda de todo o corpo, especialmente da massa gorda visceral⁽¹⁹⁾.

Os dados analisados também revelaram que o sobrepeso e a obesidade foram mais frequentes em pessoas com menos tempo de estudo. Esses achados estão, na maioria, alinhados com resultados observados em estudos nacionais e internacionais^(17,20). A relação da escolaridade (*proxy* de nível socioeconômico) com o excesso de peso pode ser explicada pela possibilidade de que o nível de educação formal estabelecido desde o início da idade

adulta de uma pessoa exerce interferências em toda a sua vida, entre elas o acesso a alimentos mais saudáveis, a oportunidade para a prática de atividade física no lazer, o acesso e entendimento das informações sobre medidas preventivas. Destaca-se também a associação inversa entre escolaridade e risco de obesidade, principalmente no sexo feminino durante o envelhecimento⁽¹⁷⁾.

Um ponto a ser ressaltado é que uma vez que a educação, classe social e renda são fatores geralmente associados positivamente, é possível presumir que o consumo de frutas e saladas é menor entre os indivíduos de menor renda, o que pode contribuir para o aumento de sobrepeso e obesidade. Assim sendo, o maior percentual destes agravos nos adultos mais pobres pode estar relacionado ao consumo alimentar. Conforme a Pesquisa de Orçamento Familiar Brasileiro (POF) de 2008 a 2009, o brasileiro tem consumido alimentos de alto teor energético com baixa quantidade de nutrientes, configurando um padrão alimentar de risco para o excesso de peso e outras doenças crônicas não transmissíveis⁽¹³⁾.

Tais considerações apontam que a situação socioeconômica do país pode ser responsável pelo elevado aumento do número de pessoas com excesso de peso em alguns estratos da sociedade, considerando que o acúmulo de peso está vinculado às condições financeiras de cada indivíduo^(5,20-21). É importante enfatizar que a obesidade deve ser compreendida num contexto de ambientes socioculturais, físicos e econômicos insalubres que impactam sobre os principais fatores causais, a atividade física e ingestão alimentar. Ainda no que concerne a assistência a pessoa com obesidade, é essencial a formação de vínculo e relacionamento com a equipe de saúde, sendo o acolhimento, diálogo e interesse por parte do profissional, aspectos favoráveis à adesão à terapêutica⁽²²⁾.

Um ponto a ser destacado é a importância do controle do peso, considerando que o excesso de peso é fator predisponente para uma variedade de comorbidades, incluindo diabetes *mellitus*, dislipidemia, hipertensão arterial, doença cardiovascular, apneia obstrutiva do sono, doenças pulmonares obstrutivas crônicas e câncer, assim como para a morbidade e mortalidade por doenças crônicas^(3,19).

Diante dos achados encontrados, deve-se pensar que a elaboração e execução de projetos para promoção da saúde e controle de peso devem ter em foco toda a população e o tratamento especial para as

pessoas mais vulneráveis, como aquelas com menor escolaridade e com mais anos. Esses projetos devem ser implementados por meio de políticas públicas e pelos serviços de saúde em áreas específicas, como em escolas, locais de trabalho, assim como em áreas de lazer, oferecendo oportunidades para toda a população do país.

Embora as políticas ministeriais tenham buscado enfrentar o problemático excesso de peso, as mesmas não têm sido efetivas na redução de sua prevalência, principalmente em função de que as abordagens ainda se particularizam e se concretizam no indivíduo e privilegiam intervenções biomédicas focadas no tratamento de uma doença já instalada⁽²³⁾. Destaca-se ainda que a adesão ao tratamento individualizado é baixa, na maioria porque os indivíduos continuam sendo submetidos às mesmas pressões de um ambiente obesogênico⁽²³⁻²⁴⁾.

No Brasil, é no nível da atenção primária à saúde, essencialmente nas unidades básicas de saúde, que reside o potencial para viabilizar ações de prevenção e controle do excesso de peso. Portanto, são os locais de contato inicial e direto com os indivíduos e suas famílias, permitindo obter informações necessárias de todo o seu contexto socioeconômico, cultural, ambiental, clínico e comportamental para implementação de ações de prevenção e controle do acúmulo de peso⁽¹⁶⁾. Os profissionais de saúde, e em especial enfermeiros que atuam na atenção básica à saúde, precisam discutir junto aos usuários e suas famílias sobre a importância da adesão a um padrão alimentar saudável e a prática da atividade física no tempo livre, considerando seus limites e possibilidades e perspectivas para o cuidado de si.

Outro aspecto fundamental é a redução dos preconceitos e julgamentos por parte dos profissionais de saúde, lembrando que as pessoas com obesidade podem estar psicologicamente fragilizadas devido a sua condição de saúde, e, portanto, precisando de compreensão e cuidados integrais e humanizados⁽²⁵⁻²⁶⁾.

Quanto às limitações existentes neste estudo, cumpre destacar o uso de dados secundários e o fato de terem sido coletados pelos inquéritos originais, no qual as informações sobre o peso e altura para avaliação do IMC foram autorreferidas. Todavia, é importante considerar que os dados analisados têm relevância, por permitirem conhecer o panorama do excesso de peso e da obesidade numa amostra representativa da população brasileira, servindo de subsídio para o direcionamento

de programas de promoção à saúde, prevenção e controle desses agravos.

CONCLUSÃO

A prevalência do excesso de peso e da obesidade, além de ter aumentado de 2006 a 2020, variou com sexo, faixa etária e anos de estudo. Verificou-se aumento no percentual da população adulta brasileira com excesso de peso e obesidade em todas as 26 capitais do Brasil e Distrito Federal. As cidades com maior percentual foram Porto Alegre-RS, Cuiabá-MT, Rio Branco-AC, Campo Grande-MS e Rio de Janeiro-RJ, Manaus-AM e Fortaleza-CE. Já entre as regiões com aumento no percentual de excesso de peso e obesidade, destacou-se a Região Sul, seguida, em ordem, pelas Regiões Centro-Oeste, Sudeste, Norte e nordeste do Brasil.

O excesso de peso foi mais frequente na população masculina, enquanto o percentual de obesidade foi similar em ambos os sexos. A faixa etária de 55 a 64 anos e pessoas com menos anos de estudo tiveram maior frequência tanto para excesso de peso quanto para a obesidade.

O estudo salienta a necessidade de políticas públicas e intervenções articuladas de profissionais de saúde, entidades governamentais e setores sociais dirigidas especialmente aos grupos de maior risco, em todos os níveis de atenção à saúde e, especialmente, na atenção primária à saúde. Para tal, é fundamental a qualificação dos profissionais e gestores do SUS para a realização de ações individuais e coletivas de promoção da atenção à saúde integral, prevenção e controle do excesso de peso.

OVERWEIGHT AND OBESITY IN BRAZILIAN ADULTS: EPIDEMIOLOGICAL STUDY BETWEEN 2006 AND 2020

ABSTRACT

Objective: analyzing overweight and obesity among adults in Brazil from 2006 to 2020. **Method:** epidemiological, descriptive study. Data obtained in May 2022 from information published annually in the System of Surveillance of Risk and Protective Factors for Chronic Diseases. The variables included classification of body mass index, capitals, regions, age group, gender, and schooling, being analyzed by descriptive statistics. **Results:** in the period, there was an increase in overweight and obesity in all regions of Brazil. Overweight was higher in Porto Alegre-RS (53.5%) and lower in Palmas-TO (40.7%). Obesity was higher in Manaus-AM (19.3%) and lower in Palmas-TO (13.5%). Overweight predominated in men (53.6%) and obesity in women (16.7%). Overweight (61.3%) and obesity (22.3%) were prevalent in people aged 55 to 64. Regarding schooling, overweight (55.8%) and obesity (14.0%) were more frequent in people with 0 to 8 of schooling. **Conclusion:** overweight and obesity increased in the period in all capitals and Federal District. Varying according to gender, age group and of study. It is evident the need for articulated interventions of health managers and professionals, especially those at higher risk.

Keywords: Obesity. Weight Gain. Descriptive Epidemiology.

SOBREPESO Y OBESIDAD EN BRASILEÑOS ADULTOS: ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO ENTRE 2006 Y 2020

RESUMEN

Objetivo: analizar el exceso de peso corporal y la obesidad entre adultos en Brasil en el período de 2006 a 2020. **Método:** estudio epidemiológico, descriptivo. Los datos obtenidos en mayo de 2022 a partir de las informaciones publicadas anualmente en el Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo y Protección para Enfermedades Crónicas. Las variables incluyeron clasificación del índice de masa corporal, capitales, regiones, franja etaria, sexo y escolaridad, siendo analizadas por la estadística descriptiva. **Resultados:** en el período, hubo aumento de exceso de peso y obesidad en todas las regiones de Brasil. El exceso de peso fue mayor en Porto Alegre-RS (53,5%) y menor en Palmas-TO (40,7%). La obesidad fue mayor en Manaus-AM (19,3%) y menor en Palmas-TO (13,5%). El sobrepeso predominó en hombres (53,6%) y la obesidad, en mujeres (16,7%). El exceso de peso (61,3%) y la obesidad (22,3%) fueron prevalentes en personas de 55 a 64 años. En cuanto a la escolaridad, el exceso de peso (55,8%) y la obesidad (14,0%) presentaron mayor frecuencia en personas con 0 a 8 años de estudio. **Conclusión:** el exceso de peso y la obesidad aumentaron en el período en todas las capitales y Distrito Federal, variando según sexo, franja de edad y años de estudio. Se evidencia la necesidad de intervenciones articuladas de gestores y profesionales de salud, especialmente a los grupos de mayor riesgo.

Palabras clave: Obesidad. Aumento de Peso. Epidemiología Descriptiva.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Obesity and Overweight. Fact sheet. Updated. 2021. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>> Acesso em: 12 Nov. 2021.
2. Enda lifer ML, Diress G. Epidemiology, Predisposing Factors, Biomarkers, and Prevention Mechanism of Obesity: A Systematic Review. *Journal of Obesity*. 2020; 2020:8. Doi: <https://doi.org/10.1155/2020/6134362>.
3. Ortega-Loubon C, Fernández-Molina M, Singh G, Correa R. Obesity and its cardiovascular effects. *Diabetes/Metabolism Research and Rev*. 2019; 35(4):e3135. Doi: 10.1002/dmrr.3135.
4. Alfari N, Alqahtani AM, Alamuddin N, Rigas G. Global Impact of Obesity. *Gastroenterol Clin North Am*. 2023 jun; 52(2): 277–293. Doi: 10.1016/j.gtc.2023.03.002
5. Ferreira APS, Szwarcwald CL, Damacena GN. Prevalence of obesity and associated factors in the Brazilian population: a study of data from the 2013 National Health Survey. *Rev. Bras Epidemiol*. 2019; 22: e190024. Doi: <https://doi.org/10.1590/1980-549720190024>.
6. Palmeira CS, Santos LS, Silva SMB, Mussi FC. Stigma perceived by overweight women. *Rev. Bras Enferm*. 2020; 73: e20190321. Doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0321>.
7. Puhl RM, Cummings DE, Eckel RH, Ryan DH, Mechanick JL et al. Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. *Nat Med*. 2020; 26:485–497. Doi: <https://doi.org/10.1038/s41591-020-0803-x>.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e participativa. VIGITEL: o que é, como funciona, quando utilizar e resultados. 2020. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/saude-de-a-z/vigitel>. Acesso em: 23 maio. 2022.
9. Jaacks LM, Vandevijvere S, Pan A, McGowan CJ, Wallace C, Imamura F, Mozaffarian D, Swinburn B, Ezzati M. The obesity transition: stages of the global epidemic. *The Lancet Diabetes & Endocrinol*. 2019; 7(3):231–240. Doi: [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(19\)30026-9](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(19)30026-9).
10. Organisation for Economic Co-Operation and Development. Obesity. 2014. Disponível em: <<http://www.oecd.org/health/Obesity-Update-2014.pdf>> Acesso em: 30 abril. 2022.
11. Streb AR, Del Duca GF, Silva RP, Benedet J. Simultaneidade de comportamentos de risco para a obesidade em adultos das capitais do Brasil. *Ciênc. Saúde coletiva*. 2020; 25(8):2999–3007. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020258.27752018>.
12. Rodrigues RM; Souza AM, Bezerra I, Pereira RA, Yoko EM, Sichieri R. Most consumed foods in Brazil: evolution between 2008–2009 and 2017–2018. *Rev. Saúde Pública*. 2021. 55 (supl. 1). 4s. Doi: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055003406>.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009: análise do consumo alimentar pessoal no Brasil / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro: IBGE, 2011. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?id=250063&view=detalhes>> Acesso em: 20 nov. 2021.
14. Schwartz MW, Seeley RJ, Zeltser LM, Drewnowski A, Ravussin E, Redman LM, Leibel RL. Obesity Pathogenesis: An Endocrine Society Scientific Statement. *Endocrine Rev*. 2017;38(4):267–296. DOI: <https://doi.org/10.1210/er.2017-00111>.
15. Drewnowski A, Buszkiewicz J, Aggarwal A, Rose C, Gupta S, Bradshaw A. Obesity and the Built Environment: A Reappraisal. *Obesity* (Silver Spring). 2020; 28(1):22–30. Doi: <https://doi.org/10.1002/oby.22672>.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Perspectivas e desafios no cuidado as pessoas com obesidade no SUS: Resultados do Laboratório de Inovação no manejo da obesidade nas Redes de Atenção a Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde. 2014. (Serie Técnica Redes Integradas de Atenção à Saúde, v. 10). Disponível em: <chromeextension://efaidnbmninnibpcjgclclefindmkaj/https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/perspectivas_desafios_cuidado_pessoa_as_obesidade.pdf> Acesso em: 30 abril. 2022.
17. Carvalho CA, Silva AAM. Excess weight and obesity prevalence in the RPS Brazilian Birth Cohort Consortium (Ribeirão Preto, Pelotas and São Luís). *Cad. Saúde Pública*. 2021;37(4):e00237020. Doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00237020>.
18. Pinto KA, Griep RH, Rotenberg L, Almeida MCC, Barreto RS, Aquino EML. Gender, time use and overweight and obesity in adults: Results of the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). *PLoS One*. 2018; 13(3):e0194190. Doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194190>.
19. Malandrino N, Bhat SZ, Alfaraidhy M, Grewal RS, Kalyani RR. Obesity and Aging. *Endocrinol Metab Clin North Am*. 2023; 52(2):317–339. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.ecl.2022.10.001>.
20. Chung W, Kim RA. Reversal of the Association between Education Level and Obesity Risk during Ageing: A Gender-Specific Longitudinal Study in South Korea. *Int J Environ Res. Public Health*. 2020; 17 (18):e6755. Doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph17186755>.
21. Talukdar D, Seenivasan S, Cameron AJ, Sacks G. The association between national income and adult obesity prevalence: Empirical insights into temporal patterns and moderators of the association using 40 years of data across 147 countries. *PLoS One*. 2020; 15(5):e0232236. Doi: 10.1371/journal.pone.0232236.
22. Younes S, Rizzotto MLF, Costa MCD. O processo de construção de um serviço especializado no tratamento da obesidade grave. *Ciênc. cuid. saúde*. 2018; 17(4):e43131. <http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v17i4.43131>.
23. Dias PC, Herique P, Anjos LA, Burlandy L. Obesity and public policies: the Brazilian government's definitions and strategies. *Cad. Saúde Pública*. 2017;33 (7):e00006016, 2017. Doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00006016>.
24. Jonathan Q. Purnell, What is Obesity?: Definition as a Disease, with Implications for Care, *Gastroenterology Clinics of North America*. Elsevier Rev. 2023; 25(2):261–275. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.gtc.2023.03.001>.
25. Tarozi M, Pessa RP. Impacto das Consequências Psicossociais do Estigma do Peso no Tratamento da Obesidade: uma Revisão Integrativa da Literatura. *Psicol.Cienc. Prof*. 2020; 40:e190910. Doi: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003190910>.
26. Sánchez-Carracedo D. Obesity stigma and its impact on health: A narrative review. *Endocrinol Diabetes Nutr. (Engl Ed)*. 2022; 69(10):868–877. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.endien.2021.12.007>.

Endereço para correspondência: Marcos Vinicius Santos Salvador. Rua Erotildes, 49, Pernambuco, Salvador, BA. CEP: 41130-130. E-mail: marcosvinisalvador@gmail.com

Data de recebimento: 29/04/2023

Data de aprovação: 21/01/2024

Apoio financeiro:

Bolsa Iniciação Científica pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB)