

# **TERRITORIALIZAÇÃO EM SAÚDE: UM OLHAR SOBRE A OBESIDADE NO DISTRITO FEDERAL**

Maria Eduarda Silva Prudente CICCI<sup>1</sup>

Juscelino Eudâmidas BEZERRA<sup>2</sup>

## **RESUMO**

O objetivo deste artigo é analisar a distribuição territorial da obesidade no Distrito Federal (Brasil) de acordo com as regionais de saúde na interface com dados sobre sexo, raça/cor e padrão alimentar da população no período de 2018 a 2023. Este estudo é de natureza descritiva e analítica mediante os procedimentos de coleta de dados em bases públicas, análise documental e revisão bibliográfica. As informações utilizadas neste estudo são provenientes de dados secundários e de domínio público do Ministério da Saúde, provenientes do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan) para avaliação do estado nutricional de adultos residentes por região no Distrito Federal, bem como do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) para comparação entre o Distrito Federal e as outras capitais do Centro-Oeste. Verificou-se um padrão de taxas de obesidade maiores nas regionais localizadas nas periferias, bem como na população do sexo feminino e entre a população da raça/cor parda e preta. Desse modo, concluiu-se que o lugar de residência representa um fator chave para dimensionar o grau de exposição de determinados territórios e suas populações à obesidade.

**Palavras-chave:** Obesidade; Geografia e saúde; Território; Regiões de saúde.

---

<sup>1</sup> Graduada em Geografia da Universidade de Brasília (UNB).

<sup>2</sup> Docente do curso de Geografia da Universidade de Brasília (UNB).

## TERRITORIALIZATION IN HEALTH: A LOOK AT THE OBESITY IN THE FEDERAL DISTRICT

### ABSTRACT

The aim of this article is to analyze the territorial distribution of obesity in the Federal District (Brazil) according to the regional health departments at the interface with data on sex, race/color and dietary pattern of the population from 2018 to 2023. This study is descriptive and analytical in nature, using data collection procedures on public databases, documentary analysis and a literature review. The information used in this study comes from secondary and public domain data from the Ministry of Health, from the Food and Nutrition Surveillance System (SISVAN) to assess the nutritional status of adults living by region in the Federal District, as well as from the Surveillance System for Risk and Protective Factors for Chronic Diseases by Telephone Survey (VIGITEL) to compare the Federal District with the other capitals of the Midwest. A pattern of higher obesity rates was found in the regions located on the outskirts, as well as in the female population and among the brown and black population. It was therefore concluded that place of residence is a key factor in determining the degree to which certain territories and their populations are exposed to obesity.

**Keywords:** obesity; geography and health; territory; health regions.

## 1 INTRODUÇÃO

A obesidade é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como o excesso de gordura corporal que provoca efeitos na saúde, sendo considerada uma epidemia global (World Health Organization [WHO], 2024). Como problema de saúde, a obesidade é um fenômeno em plena escalada, e, desde a década de 1990 até o presente ano, o número de pessoas obesas no mundo duplicou, atingindo mais de um bilhão de pessoas. Em 2022, uma em cada oito pessoas no mundo estava com obesidade (WHO, 2024).

A obesidade está associada às mais diversas comorbidades, como as doenças cardíacas, diabetes, pressão alta, entre outras. No Brasil, nas últimas décadas, o tema vem ganhando bastante relevância nas mais diversas áreas de estudo em razão do aumento expressivo da obesidade na população brasileira e dos seus desdobramentos na saúde das pessoas (Brasil, 2022).

A questão da obesidade não é um problema individual, mas sim de saúde pública coletiva, cuja dinâmica só pode ser compreendida levando-se em consideração a forma como uma dada sociedade se organiza no território e constitui seus ambientes alimentares considerando aspectos sociais, políticos, econômicos, culturais e ambientais.

O território brasileiro é marcado por profundas desigualdades, inclusive no que se refere à constituição dos ambientes alimentares com impactos diretos na forma como a população produz, distribui, comercializa, acessa e consome os alimentos. Esse desafio torna-se ainda maior quando considerado o contexto dos espaços urbanos. Conforme Gondim et al. (2008, p. 237), “Uma cidade é capaz de produzir o lugar dos ricos e o lugar dos pobres, das indústrias e do comércio, dos fluxos e circulação de mercadorias, bens e serviços e também produzir riscos diferenciados para cada indivíduo ou grupo social”.

Estudos na área da saúde, especialmente na Geografia da Saúde, já demonstraram a importância das dinâmicas territoriais para compreender o processo de saúde-doença (Barcellos; Iñiguez Rojas, 2004; Monken; Barcellos, 2007; Monken et al., 2008). A obesidade segue as dinâmicas e contornos dos territórios, obedecendo à lógica das condições criadas por esses espaços socialmente produzidos.

No presente estudo estabeleceu-se como recorte espacial o território do Distrito Federal por sua importância como terceira maior aglomeração urbana do país, numa mescla entre altos rendimentos e um aprofundamento da desigualdade social porquanto o aumento das periferias

urbanas.

É importante esclarecer que a definição de um recorte territorial no âmbito da análise da geografia saúde vai além do recorte da política de operação do sistema de saúde, visto que é também o espaço para verificação da interação da população com os serviços de saúde, que apresenta problemas e diferentes necessidades em escalas diversificadas (Monken; Barcellos, 2007).

A pesquisa realizada classifica-se como descritiva e analítica, uma vez que visa descrever as características da população obesa no Distrito Federal e analisar as relações entre variáveis que impactam a saúde dessa população (Gil, 2002). O estudo fundamenta-se na análise de dados secundários de origem pública, provenientes do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan) e do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), ambos disponibilizados pelo Ministério da Saúde.

O Sisvan é a ferramenta nacional central que permite a vigilância alimentar e nutricional da população, realizando a coleta de dados antropométricos e de consumo das pessoas atendidas nos serviços de Atenção Primária à Saúde. Já o Vigitel faz parte das ações realizadas pelo Ministério da Saúde para monitorar a frequência e distribuição dos principais determinantes das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), incluindo a obesidade.

A amostra utilizada neste estudo foi resultado da extração dos dados correspondentes a adultos, de ambos os sexos, no período de 2018 a 2023, referente à população do Distrito Federal (Brasil, 2024). Tanto o Sisvan quanto o Vigitel utilizam como critério o Índice de Massa Corporal (IMC), definido pela OMS, para mensuração da obesidade, considerada quando o índice é maior ou igual a 30. No entanto, quanto ao critério de idade, o Sisvan considera como adultos a faixa etária entre 20 e 60 anos, enquanto o Vigitel define adultos como maiores de 18 anos.

O presente tema já é discutido dentro da comunidade acadêmica, dado que a pesquisa utiliza os conceitos e discussões desenvolvidos por outros atores. Dessa maneira, a revisão bibliográfica realizada foi de fundamental importância para o desenvolvimento, mas não foi exclusiva. Além disso, foram utilizadas a análise documental e a coleta dos dados públicos. Para a revisão bibliográfica e análise documental foram empregados materiais informatizados retirados de consultas às revistas e jornais de publicações científicas, periódicos e teses, bem como de regulamentações e normas oficiais publicadas.

Nesse contexto, o objetivo deste estudo é compreender a distribuição territorial da

obesidade no Distrito Federal, levando em consideração a regionalização adotada no sistema de saúde, correlacionando as informações com dados sobre sexo, raça/cor e padrões alimentares da população.

Para melhor compreensão da temática, o artigo foi organizado de forma a trazer a discussão teórica acerca da influência dos ambientes alimentares na obesidade. Em seguida, enfocou-se no caso do território do Distrito Federal e sua regionalização na saúde, analisando a distribuição da obesidade e apresentando os dados e padrões observados. Ao final, incluiu-se a integração das informações, destacando as implicações da distribuição da obesidade no território.

## 2 AMBIENTES ALIMENTARES

Os ambientes alimentares são os espaços que, moldados pelas questões econômicas, políticas, socioculturais e ambientais, definem o consumo e escolhas alimentares das populações. Conforme apontam Swinburn, Egger e Raza (1999, p. 565, tradução livre),

“Em termos simples, estes estão relacionados com o que está disponível, quais são os custos, quais são as regras e quais são as atitudes e crenças”. Os ambientes, influenciados por diversos fatores, refletem nos hábitos de vida das populações.

Os ambientes alimentares possuem uma perspectiva multiescalar fato esse que propicia uma melhor abordagem espacial do fenômeno. A dimensão da escalaridade está presente quando dividimos os ambientares nos níveis micro e macro. Na escala do microambiente pode-se considerar ambientes tais como moradia, trabalho, escola, bairro com suas especificidades no que diz respeito ao acesso aos alimentos (disponibilidade, qualidade e preço) incidindo nas escolhas de consumo. No nível do macro esse ambiente é alargado para incorporar os espaços influenciados por agentes como o Estado (políticas públicas, regulamentações) e o capital privado (indústrias alimentícias, empresas de publicidade e marketing) com grande potencial de influenciar sobre a decisão de compra e de definir perfis de consumo (Henriques et al, 2021).

Outro aspecto analítico ainda pouco presente nos estudos sobre os ambientes alimentares particularmente no campo da saúde pública tem relação com a urbanização da sociedade e do território (Santos, 2005). Ou seja, para entender a conformação desses ambientes é fundamental levar em conta o processo de urbanização.

A urbanização brasileira é um processo recente, marcado por grandes mudanças na demografia e no modo de vida da população, e o lugar da cidade, como relação social e como materialidade, torna-se o espaço das desigualdades. Com o desenvolvimento das cidades, o perfil de alimentação e consumo apresenta expressivas alterações.

A urbanização vai condicionar a produção social do espaço urbano, a distribuição e disposição dos fixos representados pelos estabelecimentos de abastecimento alimentar públicos e privados (centrais de abastecimento, mercados, armazéns, supermercados, hipermercados, atacarejos, restaurantes, centros comerciais, praças de alimentação etc.) e dos fluxos associadas à produção, distribuição dos alimentos, relação cidade e campo (Bezerra, 2020). É a urbanização que também explica o contexto de desenvolvimento de cada cidade como a localização das áreas mais ricas e mais pobres, as áreas mais densamente habitadas, a disposição de infraestrutura e o padrão de mobilidade urbana. No limite, é também a urbanização que explica as metáforas conceituais (com forte alusão geográfica) dos desertos e pântanos alimentares.

A alimentação da população está diretamente relacionada com as dinâmicas dos territórios, que apresentam variações na distribuição, disponibilidade, qualidade e acesso aos alimentos. Beaulac, Kristjansson e Cummins (2009) relatam sobre a tendência das populações que ocupam áreas mais periféricas e economicamente desfavorecidas de terem menor acesso a uma alimentação saudável, influenciando diretamente a saúde dos indivíduos.

O consumo de alimentos nos centros urbanos está associado a uma menor qualidade nutricional, sendo mais acentuado nas populações de baixa renda. Os estudos desenvolvidos por Louzada et al. (2018) demonstram que o consumo dos alimentos ultraprocessados se dá pela maior acessibilidade dos grupos mais vulneráveis, decorrente da redução dos preços desses alimentos em comparação com outros minimamente processados, pela oferta no mercado e pela propaganda direcionada a essas populações.

Os ambientes alimentares brasileiros constroem barreiras para o acesso de alimentos saudáveis pelas populações de baixa renda. Fatores como o aumento expressivo nos preços, a dificuldade de acesso aos alimentos saudáveis, a limitação financeira, o tempo, entre outros, influenciam diretamente o crescimento da obesidade. As dinâmicas territoriais refletem diretamente nos ambientes alimentares das populações e, consequentemente, na distribuição das doenças.

A saúde das populações está relacionada à distribuição espacial dos fatores que afetam as

condições de saúde, sendo os ambientes alimentares fatores determinantes. As análises geográficas se estabelecem a partir do estudo da relação entre o espaço e o território como influência na saúde das populações. Como aponta Iñiguez Rojas (1998), todo espaço geográfico populacional apresenta uma história ecológica, biológica, econômica, cultural e comportamental, que orienta o conhecimento acerca do processo saúde-doença. O conjunto dos fatores dos ambientes alimentares reflete no acesso e qualidade da alimentação, efeitos que podem ser percebidos no aumento da obesidade e de doenças crônicas.

### **3        O TERRITÓRIO DO DISTRITO FEDERAL**

O Distrito Federal, situado na Região Centro-Oeste, é uma das 27 unidades federativas do Brasil, e localiza em seu território a capital federal do país, Brasília. Com uma população de 2.817.381 habitantes e uma densidade de 489,06 habitantes por quilômetro quadrado, o Distrito Federal está dividido atualmente em 35 regiões administrativas (RAs) (IBGE, 2022).

De acordo com o Censo Demográfico de 2022, a população feminina do Distrito Federal é predominante, totalizando 1.474.595 pessoas, o que corresponde a 52,3% da população. Com relação à cor/raça, 1.370.836 pessoas (48,7%) se autodeclararam pardas, 1.126.334 (40,0%) se identificam como brancas, 301.765 (10,7%) como pretas, 12.810 (0,5%) como amarelas e 5.536 (0,1%) como indígenas (IBGE, 2022).

O Distrito Federal começou a ganhar seus traços urbanísticos concretos com a transferência da capital do Brasil para o interior, resultado do compromisso assumido

pelo presidente Juscelino Kubitschek em seu Plano de Metas. A autonomia política e administrativa da cidade veio com a promulgação da Lei Orgânica, de 8 de junho de 1993 (Distrito Federal, 1993), que conferiu ao território características específicas, apresentando uma organização política-administrativa própria, sendo dividido em regiões administrativas, e não em municípios.

A população do Distrito Federal, nos primeiros anos, foi formada por um fluxo migratório contínuo, advindo de diferentes partes do Brasil. No projeto inicial de Brasília, previa-se a construção das cidades satélites apenas após a finalização do núcleo central, o Plano Piloto. No entanto, com o fluxo contínuo de imigrantes, para evitar o processo de favelização na região

central, diversas famílias foram transferidas para núcleos periféricos, dando início à urbanização acelerada e desorganizada do território e ao surgimento de políticas segregacionistas que perduram até os dias atuais. De acordo com Silva (2014, p. 67):

O território do Distrito Federal foi intensamente ocupado a partir da década de 60, com base em um modelo polinucleado que teve como um dos efeitos básicos a centrifugação dos assalariados, por um lado, e; a consagração das áreas centrais como objetos de intensa atuação dos agentes imobiliários e de construtoras – porque eram mais valorizadas e melhor equipadas de infraestrutura, bens, serviços e equipamentos, por outro.

O processo de urbanização desigual no território resulta em disparidades sociais, influenciando, entre outros aspectos, a renda da população. Segundo a Pesquisa Distrital

por Amostra de Domicílios (PDAD) (Companhia de Planejamento do Distrito Federal [Codeplan], 2021), essas discrepâncias são evidentes no Distrito Federal. Enquanto a RA Lago Sul apresentou uma renda domiciliar estimada de R\$ 31.322,90 e uma per capita de

R\$ 10.979,10, e a RA Plano Piloto teve uma renda de R\$ 14.087,00 e uma per capita de R\$ 7.051,60, ambas localizadas na parte central da capital, as RAs situadas na periferia como Setor Complementar de Indústria e Abastecimento (SCIA/Estrutural) apresentaram uma renda domiciliar de R\$ 2.014,00 e uma per capita de R\$ 695,40, e a RA Fercal uma renda domiciliar de R\$ 2.186,10 e uma per capita de R\$ 892,70. Esse fator configura o Distrito Federal como uma das unidades federativas mais desiguais, com um Índice de Gini de 0,543, ficando atrás apenas do Piauí, com 0,552, e da Paraíba, com 0,559 (IBGE, 2023).

Outro fator relevante é a qualidade dos serviços de saúde entre diferentes cidades do Distrito Federal. Nos bairros mais centrais e com maior concentração de renda, a população tem acesso a bons hospitais e redes de saúde, enquanto as áreas periféricas frequentemente enfrentam carência desses serviços. Mais de 67% da população não possui plano de saúde privado, e esse percentual pode ultrapassar 90% nas cidades periféricas (Codeplan, 2021), evidenciando a dependência da rede de saúde pública. Os dados do PDAD 2021 demonstram que, nas cidades periféricas, o último serviço de saúde utilizado foi os postos de saúde ou unidades básicas de saúde, enquanto nas cidades centrais, foi os serviços privados de saúde, como clínicas e hospitais. Os serviços de saúde pública no Distrito Federal sofrem com infraestruturas precárias, falta de profissionais e longas filas de espera, o que dificulta o acesso a um atendimento de qualidade para a população que depende desses serviços.

A dinâmica territorial do Distrito Federal permite uma compreensão mais ampla das problemáticas e das situações de vulnerabilidade enfrentadas pela população, principalmente nas áreas periféricas. Essas condições favorecem o agravamento de doenças, como é o caso da obesidade.

#### **4 REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE E AS REGIÕES DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL**

O território, como conceito central, pode abrir discussões sobre diversas variáveis, incluindo a saúde. Gondim et al. (2008) afirmam que reconhecer o território é essencial para caracterizar a população e os problemas de saúde, além de avaliar o impacto dos serviços sobre os níveis de saúde de um determinado território. Isso se torna uma estratégia importante para a formulação de políticas públicas que enfrentem os problemas e atendam às necessidades da população que ocupa esses territórios.

Monken e Barcellos (2007, p. 186) apontam que “[...] o primeiro problema para as ações de saúde é a delimitação dos territórios e a identificação dos poderes instituídos dentro destes territórios”. A territorialização se apresenta como instrumento na área da saúde para organizar os serviços de saúde e gerenciar as ações nas mais diversas escalas. Conforme Gondim et al. (2008, p. 238):

O Sistema Único de Saúde (SUS) utiliza uma variedade de nomenclatura e divisões territoriais para operacionalizar suas ações, quais sejam: o município, o distrito sanitário, a micro-área, a área de abrangência de unidades de saúde, dentre outros, são áreas de atuação de caráter administrativo, gerencial, econômico ou político, que se estruturam no espaço e criam territórios próprios, dotados de poder.

A regionalização do SUS configura-se como uma das estratégias de territorialização empregadas pelo Ministério da Saúde para otimizar a gestão do sistema, descentralizando as ações e serviços, com o intuito de promover a equidade e integralidade na atenção à saúde.

A regionalização ganhou destaque com a publicação da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) nº 01/2001, que assim estabeleceu:

O processo de regionalização deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, não necessariamente restritos à abrangência municipal, mas respeitando seus limites como unidade indivisível, de forma a garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis (Brasil, 2001, p. 34).

A região de saúde representa a base territorial para o planejamento da atenção à saúde, sendo definida por cada Secretaria de Estado, e que não necessariamente coincide com a divisão administrativa. Ela deve seguir as especificidades e estratégias que consideram as características demográficas, socioeconômicas, geográficas, sanitárias e epidemiológicas, além da oferta de serviços e outras particularidades de cada território (Brasil, 2001).

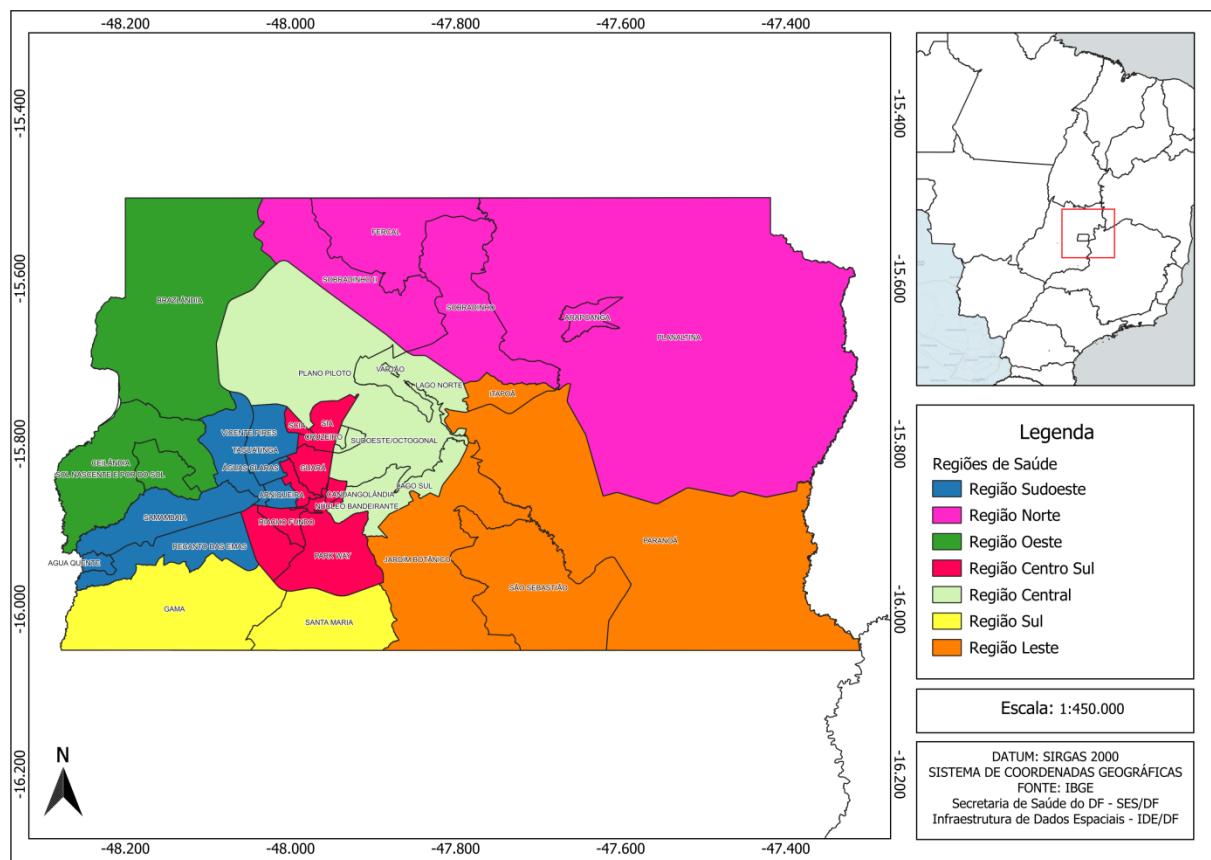
Na discussão sobre a regionalização na área da saúde, os conceitos e teorias da Geografia foram utilizados para orientar o ordenamento que o sistema de saúde deveria adotar, influenciado pela formação de regiões de saúde funcionais. Essas regiões foram inspiradas na teoria das localidades centrais de Christaller (Duarte et al. 2015), a qual define que as áreas urbanas se organizam em uma hierarquia de centros que fornecem níveis

de serviços diversificados, respondendo as funções desempenhadas cada localidade. Dessa forma, “A região é a que se vincula ao funcionalismo, vendo o espaço como um sistema de fluxos onde cada parcela ou subsistema desempenha um conjunto específico de funções” (Haesbaert, 2005, p. 12). A hierarquia e o funcionalismo no processo de regionalização são inerentes à abordagem pensada pelo sistema de saúde no Brasil.

Com relação ao Distrito Federal, no processo de regionalização da saúde, até 2015, a divisão regional era composta por quinze coordenadorias regionais de saúde (Planaltina, Asa Sul, Asa Norte, Gama, Santa Maria, São Sebastião, Paranoá, Núcleo Bandeirante, Guará, Brazlândia, Taguatinga, Samambaia, Sobradinho, Recanto das Emas e Ceilândia), que geriam territórios e redes de serviços diferenciados e desiguais entre si. Essa estrutura apresentava camadas de regionalização sobrepostas, o que dificultava a gestão e a articulação entre os serviços e atores, além de agravar a desigualdade na disponibilidade de recursos de saúde nos respectivos territórios (Gottens et al., 2017).

Com a publicação do Decreto nº 37.515, de 26 de julho de 2016 (Distrito Federal, 2016), que institui o Programa de Gestão Regional da Saúde (PRS) para as regiões de saúde e unidades de referência distrital, a organização territorial das regiões de saúde foi reestruturada. Passou a ser composta não mais por quinze coordenações regionais, mas sim por sete superintendências de saúde.

Em 2018, com o Decreto nº 38.982, de 10 de abril (Distrito Federal, 2018), houve novas alterações que resultaram nas regiões de saúde I Sudoeste, II Oeste, III Centro-Sul, IV Sul, V Leste, VI Norte e VII Central, todas subordinadas ao Gabinete da Secretaria de Estado do Distrito Federal. Como pode ser observado na Figura 1, a regionalização da saúde não segue os contornos das RAs do Distrito Federal.



**Figura 1 – Mapa das regiões de saúde do distrito federal e suas respectivas regiões administrativas no ano de 2024**

Fonte: elaboração própria.

Esta pesquisa busca apresentar uma visão acerca do problema da obesidade no Distrito Federal por meio da análise da distribuição espacial da patologia pelas regiões de saúde. Vale ressaltar que as regiões de saúde disponibilizadas pelo Sisvan (Brasil, 2024) baseiam-se na antiga regionalização das regionais de saúde estabelecida pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES/DF).

## 5 DISTRIBUIÇÃO DA OBESIDADE NO DISTRITO FEDERAL

A obesidade é medida pelo IMC, que é calculado dividindo-se o peso do indivíduo pela sua altura em metros elevada ao quadrado. Ela é classificada em graus: grau 1, com IMC entre 30-34,9 kg/m<sup>2</sup>; grau 2, com IMC entre 35-39,9 kg/m<sup>2</sup>; e grau 3, com IMC maior ou igual a 40 kg/m<sup>2</sup>. Quanto aos dados nutricionais apresentados pelo Sisvan (Brasil, 2024), observa-se um crescimento expressivo da obesidade na população. De 2018 a 2023, no Brasil, o percentual de adultos com obesidade grau I aumentou de 17,97% para 20,75%, com grau II, de 6,44% para 8,30%, e com grau III, de 2,88% para 4,40%. Quanto às demais regiões do país, a Região Centro-Oeste, onde está localizado o Distrito Federal, tinha, em 2018, a terceira maior taxa de obesidade grau III, com 3,57%, atrás apenas das regiões Sudeste (4,04%) e Sul (4,51%). Em 2023, a Região Centro-Oeste manteve a posição, com 4,55%, ficando atrás das regiões Sul (5,15%) e Sudeste (5,63%) (Brasil, 2024).

Ao se observar os dados da distribuição de obesidade e o excesso de peso em adultos nas 27 capitais brasileiras em 2023 (Tabela 1), conforme dados da Vigilância Epidemiológica (Brasil, 2023), a frequência de adultos com excesso de peso variou entre 50,0% em Teresina e 65,2% no Rio de Janeiro/RJ. A frequência de excesso de peso foi de 61,4%, sendo maior nos homens (63,4%) do que nas mulheres (59,6%). Já nos dados de obesidade, a frequência de adultos obesos variou entre 17,7% em Goiânia e 30,4% em Macapá. O percentual de adultos obesos foi de 24,3% no conjunto das 27 capitais, semelhante entre mulheres (24,8%) e homens (23,8%).

**Tabela 1 – Percentual de adultos ( $\geq 18$  anos) com obesidade ( $imc \geq 30 \text{ kg/m}^2$ ) e com excesso de peso ( $imc \geq 25 \text{ kg/m}^2$ ), por sexo, segundo as capitais dos estados brasileiros e o Distrito Federal, no ano de 2023**

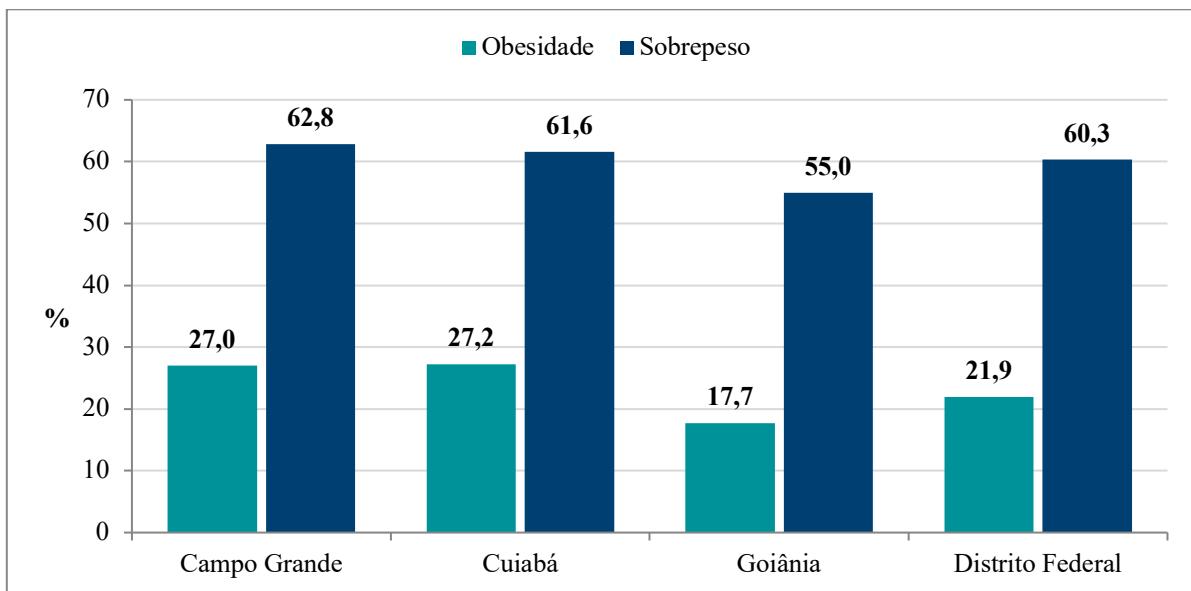
<b>Capitais</b>	<b>Obesidade</b>			<b>Excesso de peso</b>		
	<b>Total</b> <b>(%)</b>	<b>Masculino</b> <b>(%)</b>	<b>Feminino</b> <b>(%)</b>	<b>Total</b> <b>(%)</b>	<b>Masculino</b> <b>(%)</b>	<b>Feminino</b> <b>(%)</b>
Aracaju	25,0	24,9	25,1	62,9	64,7	61,4
Belém	25,7	22,8	28,2	63,4	64,3	62,6
Belo Horizonte	20,7	20,2	21,1	57,9	55,5	59,9
Boa Vista	24,9	25,3	24,6	58,0	58,8	57,4
Campo Grande	27,0	27,9	26,2	62,8	66,9	59,1
Cuiabá	27,2	24,5	29,7	61,6	60,1	62,9
Curitiba	24,5	21,9	26,7	60,3	64,7	56,4
Florianópolis	21,9	20,6	23,0	56,8	59,2	54,6
Fortaleza	27,7	25,2	29,8	63,3	65,4	61,6
Goiânia	17,7	19,7	15,9	55,0	55,9	54,3
João Pessoa	22,4	21,4	23,3	57,6	58,4	57,0
Macapá	30,4	33,4	27,5	61,9	64,6	59,3
Maceió	21,2	23,6	19,3	57,7	65,1	51,6
Manaus	27,0	26,4	27,5	63,5	62,4	64,5
Natal	21,9	22,9	21,0	61,2	59,4	62,7
Palmas	19,0	20,9	17,3	50,4	57,7	44,0
Porto Alegre	28,3	26,8	29,6	62,4	68,8	57,2
Porto Velho	21,8	22,4	21,1	55,7	56,5	54,8
Recife	26,3	25,4	27,0	60,0	57,1	62,4
Rio Branco	26,1	25,3	26,9	60,6	61,7	59,6
Rio de Janeiro	26,2	25,2	27,0	65,2	68,4	62,5
Salvador	25,6	24,1	26,8	61,7	60,1	63,1
São Luís	18,5	17,3	19,5	51,9	52,6	51,4
São Paulo	24,3	25,6	23,2	63,0	66,8	59,8
Teresina	20,8	19,8	21,7	50,0	50,7	49,4
Vitória	19,0	18,6	19,4	56,1	58,9	53,8
Distrito Federal	21,9	16,9	26,2	60,3	62,4	58,6

Fonte: Brasil (2023).

Em comparação dos dados com a Região Centro-Oeste, os dados do Vigitel apontam um percentual de adultos com sobrepeso de 60,3% no Distrito Federal, em comparação com as cidades de Campo Grande/MS, com 62,8%, Cuiabá, com 61,6%, e Goiânia, com 55,0% (observar Gráfico 1). O Distrito Federal apresenta taxas semelhantes às capitais de Campo Grande/MS e Cuiabá, mas uma diferença expressiva com Goiânia. Quando comparado com os percentuais das 27 capitais brasileiras, o percentual do Distrito Federal está relativamente próximo ao Rio de Janeiro/RJ, que apresentou as maiores taxas do país.

Nos dados de obesidade (Gráfico 1), o percentual de adultos no Distrito Federal (21,9%) apresenta uma diferença quanto às outras capitais do Centro-Oeste, como Campo Grande/MS

(27,0%) e Cuiabá (27,2%). Goiânia, por outro lado, apresenta as menores taxas entre as capitais, com 17,7%, sendo inclusive a menor do país. Na comparação com os percentuais das capitais brasileiras, o Distrito Federal apresenta uma diferença expressiva em relação à capital Macapá, que possui as maiores taxas de obesidade do país.



**Figura 2 – Percentual de adultos ( $\geq 18$  anos) com obesidade ( $imc \geq 30 \text{ kg/m}^2$ ) e com excesso de peso ( $imc \geq 25 \text{ kg/m}^2$ ), segundo as capitais do centro-oeste, no ano de 2023**

Fonte: Brasil (2023).

No ano de 2018, o percentual de adultos (entre 20 e 60 anos) no Distrito Federal, segundo o Sisvan (Brasil, 2024), era de 34,58% com sobrepeso e de 29,04% com obesidade. Esses dados são referentes a uma amostra de 67.429 pessoas que foram atendidas por demanda espontânea nos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS) e por profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) no Distrito Federal. Em 2023, a prevalência de adultos com sobrepeso aumentou para 34,79% e a de obesos para 30,26%, com base em uma avaliação de 279.404 pessoas (Tabela 2).

**Tabela 2 – Percentual de adultos com sobrepeso e obesidade no Distrito Federal, 2018-2023**

Ano	Sobrepeso		Obesidade Grau I		Obesidade Grau II		Obesidade Grau III		Total*
	Quantidade	%	Quantidade	%	Quantidade	%	Quantidade	%	
2018	23.316	34.58%	12.765	18.93%	4.776	7.08%	2.042	3.03%	67.429
2019	22.469	34.38%	12.781	19.56%	4.754	7.28%	2.229	3.41%	65.347

2020	22.197	34.69%	14.056	21.97%	5.770	9.02%	2.926	4.57%	63.985
2021	28.109	33.42%	18.381	21.86%	7.732	9.19%	4.860	5.78%	84.101
2022	70.153	34.77%	39.471	19.56%	14.808	7.34%	7.301	3.62%	201.787
2023	97.209	34.79%	54.295	19.43%	20.280	7.26%	9.986	3.57%	279.404

\*Total entre os adultos acompanhados em todos os Índices de Massa Corporal

Fonte: Brasil (2024).

É possível observar uma variação entre as regionais de saúde no ano de 2018 (Tabela 3). Os dados mostram que as regionais Asa Sul (33,55%), Recanto das Emas (31,64%) e Brazlândia (31,56%) apresentaram maior prevalência nas taxas de obesidade entre adultos, enquanto a regional CNBRFPW registrou a menor taxa, com 26,33%. No entanto, é importante salientar que o número de atendimentos em cada regional apresentou grandes variações. A regional Asa Sul, que apresentou maior percentual, teve apenas 161 atendimentos em comparação com total de 67.429 no Distrito Federal como um todo, enquanto a regional Planaltina registrou o maior número de atendimentos, com 6.369 no total.

**Tabela 3 – Percentual de adultos com sobrepeso e obesidade por região de saúde do Distrito Federal, no ano de 2018**

Regional de Saúde	Sobrepeso	Obesidade Grau I		Obesidade Grau II		Obesidade Grau III		
		Qua nt.	%	Quant.	%	Quant.	%	
Planaltina	2.122	33,32	1.258	19,75	470	7,38	202	3,17
Sobradinho	1.624	34,36	884	18,71	305	6,45	152	3,22
Paranoá	1.417	34,22	827	19,97	272	6,57	127	3,07
São Sebastião	1.198	34,62	629	18,18	232	6,71	95	2,75
Asa Norte	841	35,16	451	18,85	143	5,98	62	2,59
Asa Sul	57	35,40	41	25,47	8	4,97	5	3,11
Guará	1.676	35,96	883	18,94	328	7,04	140	3,00
CNBRFPW	1.787	35,32	871	17,22	328	6,48	133	2,63
Recanto das Emas	1.007	32,95	631	20,65	236	7,72	100	3,27
Gama	1.010	36,06	502	17,92	199	7,10	87	3,11
Santa Maria	1.871	35,00	1.008	18,86	394	7,37	140	2,62
Brazlândia	850	30,94	548	19,95	209	7,61	110	4,00
Samambaia	2.031	34,99	1.133	19,52	436	7,51	204	3,51
Ceilândia	2.354	34,70	1.302	19,20	484	7,14	208	3,07
Taguatinga	1.364	35,63	710	18,55	259	6,77	96	2,51
DF	23.316	34,58	12.765	18,93	4.776	7,08	2.042	3,03

Fonte: Brasil (2024).

Em 2023, conforme dados da Tabela 4, a seguir, as regionais que apresentaram os maiores percentuais foram Brazlândia, com 35,33%, Planaltina, com 33,80%, e Ceilândia, com 33,87%. A

regional que apresentou menor percentual foi Asa Sul, com 23,82%, apresentando uma queda de quase 10% em comparação com os dados de 2018. Com relação aos números de atendimento por regional no total, a Ceilândia teve o maior número (30.571), enquanto a Asa Sul registrou o menor número (4.485).

**Tabela 4 – Percentual de adultos com sobrepeso e obesidade por região de saúde no distrito federal, no ano de 2023**

Regional de Saúde	Sobrepeso		Obesidade Grau I		Obesidade Grau II		Obesidade Grau III	
	Qua nt.	%	Quant.	%	Quant.	%	Quant.	%
Planaltina	5.718	34,89	3.400	20,45	1.371	8,25	681	4,1
Sobradinho	5.237	35,18	2.852	19,16	1.113	7,48	514	3,45
Paranoá	4.715	35,04	2.665	19,81	998	7,42	487	3,62
São Sebastião	2.851	34,14	1.661	19,89	669	8,01	337	4,03
Asa Norte	6.154	34,33	3.202	17,86	1.047	5,84	465	2,59
Asa Sul	1.556	34,69	743	16,57	235	5,24	90	2,01
Guará	6.597	35,35	3.601	19,3	1.239	6,64	614	3,29
CNBRFPW	6.144	36,09	3.406	20,01	1.252	7,35	607	3,57
Recanto das Emas	4.203	34,62	2.420	19,93	889	7,32	409	3,37
Gama	6.693	34,84	3.822	19,89	1.359	7,07	743	3,87
Santa Maria	6.370	35,41	3.546	19,71	1.317	7,32	633	3,52
Brazlândia	2.061	32,97	1.378	22,04	508	8,13	294	4,7
Samambaia	6.742	34,63	3.864	19,85	1.525	7,83	774	3,98
Ceilândia	10.676	34,92	6.277	20,53	2.438	7,97	1.336	4,37
Taguatinga	7.968	35,9	4.157	18,73	1.572	7,08	711	3,2
DF	97.209	34,79	54.295	19,43	20.280	7,26	9.986	3,57

Fonte: Brasil (2024).

Na análise por sexo dos adultos, observa-se uma maior incidência das taxas de obesidades entre o sexo feminino. Em 2018, o percentual no sexo feminino foi de 29,27%, enquanto no masculino foi de 23,47%. Em 2023, o percentual de obesidade no sexo masculino foi de 23,5% (Tabela 5), enquanto no sexo feminino foi de 32,87% (Tabela 6).

**Tabela 5 – Percentual de adultos obesos do sexo feminino no Distrito Federal, 2018-2023**

Ano	Obesidade Grau I		Obesidade Grau II		Obesidade Grau III		Total*
	Quantidade	%	Quantidade	%	Quantidade	%	
2018	12.316	19.02%	4.641	7.17%	1.995	3.08%	64.740
2019	12.121	19.72%	4.567	7.43%	2.156	3.51%	61.456
2020	12.053	22.32%	5.062	9.37%	2.552	4.73%	53.997
2021	15.434	22.24%	6.638	9.57%	3.977	5.73%	69.385

2022	31.356	20.36%	12.532	8.14%	6.239	4.05%	154.033
2023	41.635	20.49%	16.660	8.27%	8.357	4.11%	203.175

\*Total entre os adultos acompanhados em todos os Índices de Massa Corporal  
Fonte: Brasil (2024).

**Tabela 6 – Percentual de adultos obesos do sexo masculino no Distrito Federal, 2018-2023**

<b>Ano</b>	<b>Obesidade Grau I</b>		<b>Obesidade Grau II</b>		<b>Obesidade</b>	<b>Grau</b>	<b>Total*</b>
	<b>Quantidade</b>	<b>%</b>	<b>Quantidade</b>	<b>%</b>	<b>III</b>	<b>III</b>	
2018	449	16.7	135	5.02	47	1.75	2.689
2019	660	16.96	187	4.81	73	1.88	3.891
2020	2.003	20.05	708	7.09	374	3.74	9.988
2021	2.947	20.03	1.094	7.43	883	6	14.716
2022	8.115	16.99	2.276	4.77	1.062	2.2	47.754
2023	12.660	16.61	3.620	4.75	1.629	2.14%	76.229

\*Total entre os adultos acompanhados em todos os Índices de Massa Corporal  
Fonte: Brasil (2024).

Em todos os anos analisados, as taxas de obesidade foram prevalentes para o sexo feminino, apresentando variações percentuais e quantitativas expressivas em relação ao sexo masculino. Entre as regionais de saúde em 2023, o percentual de adultos do sexo feminino com obesidade foi mais alto em Brazlândia (37,73%) e mais baixo na Asa Sul (26,77%). No percentual dos obesos adultos do sexo masculino, a Ceilândia apresentou a maior taxa (27,38%), e a Asa Sul apresentou a menor taxa (18,54%).

Ao observar os dados sobre raça/cor, é possível identificar a prevalência percentual na taxa de obesos na raça/cor preta e absoluta na amarela e parda. Em 2018, o número de pessoas obesas da raça/cor foi de 28,99% para pessoas brancas, 33,51% para pretas, 28,35% para pardas, 29,29% para amarelas e 25,00% para indígenas (Tabela 7). Já em 2023, os dados mostram que o percentual na raça/cor foi de 30,37% para pessoas brancas, 33,64% para pretas, 29,85% para pardas, 30,54% para amarelas e 30,12% para indígenas (Tabela 8).

**Tabela 7 - Percentual de adultos obesos por raça/cor no Distrito Federal, no ano de 2018**

<b>Raça/Cor</b>	<b>Obesidade Grau I</b>		<b>Obesidade Grau II</b>		<b>Obesidade Grau III</b>		<b>Total*</b>
	<b>Quantidade</b>	<b>%</b>	<b>Quantidade</b>	<b>%</b>	<b>Quantidade</b>	<b>%</b>	
Branca	2.095	18.92%	778	7.03%	337	3.04%	11.074
Preta	987	20.67%	400	8.38%	213	4.46%	4.775
Parda	3.368	18.75%	1.225	6.82%	499	2.78%	17.963
Amarela	3.821	18.88%	1.473	7.28%	634	3.13%	20.235

Indígena	18	18.75%	5	5.21%	1	1.04%	96
----------	----	--------	---	-------	---	-------	----

\*Total entre os adultos acompanhados em todos os Índices de Massa Corporal

Fonte: Brasil (2024).

**Tabela 8 - Percentual de adultos obesos por raça/cor no Distrito Federal, no ano de 2023**

<b>Raça/Cor</b>	<b>Obesidade Grau I</b>		<b>Obesidade Grau II</b>		<b>Obesidade Grau III</b>		<b>Total</b>
	<b>Quantidade</b>	<b>%</b>	<b>Quantidade</b>	<b>%</b>	<b>Quantidade</b>	<b>%</b>	
Branca	9.985	19.57%	3.629	7.11%	1.881	3.69%	51.025
Preta	3.051	20.68%	1.225	8.31%	686	4.65%	14.750
Parda	13.749	18.94%	5.291	7.29%	2.631	3.62%	72.593
Amarela	15.432	19.64%	5.782	7.36%	2.780	3.54%	78.561
Indígena	65	20.83%	21	6.73%	8	2.56%	312

\*Total entre os adultos acompanhados em todos os Índices de Massa Corporal

Fonte: Brasil (2024).

## 6 PADRÃO DE CONSUMO ALIMENTAR NO DISTRITO FEDERAL

Os dados apresentados nos relatórios do Vigitel referentes ao consumo de alimentos no Distrito Federal mostram que o padrão de consumo de frutas e hortaliças regularmente por adultos declinou ao longo dos anos. Em 2018, a frequência de consumo regular de frutas e hortaliças no Distrito Federal foi de 38,8%, sendo menor entre homens (29,0%) do que entre mulheres (47,3%) (Brasil, 2019). Em 2020, o percentual caiu para 35,8% na população total, 25,6% para os homens e 44,7% para as mulheres (Brasil, 2021). Já no ano de 2023, o número foi para 21,9% na população total, sendo menor novamente entre os homens (16,9%) do que entre as mulheres (26,2%) (Brasil, 2023).

Ao observar o consumo de refrigerante na população adulta no Distrito Federal, em cinco ou mais dias da semana, os dados apontam quedas ao longo dos anos. Em 2018, o percentual de total da população foi de 15,2%, sendo maior entre os homens (18,8%) e menor entre as mulheres (12,0%). Em 2020, as taxas caíram para 13,9% na população total, sendo 15,1% entre os homens e 12,8% entre as mulheres. Em 2023, esse percentual caiu para 13,1% na população total, sendo maior para os homens (14,8%) e menor para as mulheres (11,7%).

De acordo com os dados do Sisvan (Brasil, 2024), entre 2018 e 2022, as taxas de consumo de alimentos processados no Distrito Federal (Tabela 9) apresentaram variações entre crescimento

e queda. Em 2018, a taxa de consumo de ultraprocessados entre os adultos era de 73%, em 2021, de 87%, e, em 2023, de 75%.

**Tabela 9 – Consumo de alimentos ultraprocessados por adultos no Distrito Federal, 2018-2022**

Ano	Total de adultos que consomem alimentos ultraprocessados	Taxa de consumo de alimentos ultraprocessados (%)	Total de adultos acompanhados
2018	583	73	798
2019	133	80	166
2020	188	72	261
2021	348	87	400
2022	1.420	75	1.905

Fonte: Brasil (2024).

Os dados revelam um padrão irregular no consumo de alimentos ultraprocessados, com destaque para o pico observado em 2021 (87%), que coincide com o período mais crítico da pandemia de COVID-19. Esta elevação pode estar relacionada às mudanças nos hábitos alimentares decorrentes do isolamento social, maior dependência de alimentos de conveniência e alterações na rotina doméstica. Chama atenção também o significativo aumento no número de adultos acompanhados pelo sistema em 2022 (1.905 indivíduos), representando um crescimento de aproximadamente 376% em relação ao ano anterior, o que pode indicar uma expansão da cobertura do Sisvan ou maior procura pelos serviços de saúde no pós-pandemia. A ausência de dados estratificados por regionais de saúde e sexo representa uma limitação importante para a compreensão dos padrões de consumo alimentar em diferentes territórios e grupos populacionais do Distrito Federal.

## 7 DISCUSSÃO

Os resultados encontrados nesta pesquisa apontam que a obesidade deve ser analisada como uma face da desigualdade socioeconômica no território do Distrito Federal. Apesar de os dados apresentados pelo Sisvan (Brasil, 2024) não permitirem uma análise sobre as dinâmicas da obesidade em cada RA do Distrito Federal, é possível obter um panorama mais amplo sobre questões relacionadas à distribuição territorial da obesidade.

As regiões de saúde utilizadas pelo Sisvan (Brasil, 2024) não estão em conformidade com a nova reestruturação das regiões de saúde estabelecida pela SES/DF. Dessa forma, não é possível determinar com precisão quais eram as RAs que abarcavam as antigas regionais de saúde para compreender as dinâmicas em cada RA. No entanto, é possível observar uma diferença entre os percentuais e quantidade de pessoas obesas entre as regionais localizadas no centro da capital e nas periferias.

Os dados referentes às regionais de saúde de Ceilândia, Planaltina e Samambaia, por exemplo, apresentam números expressivos entre o número de pessoas obesas ao longo dos anos, em comparação com os dados das regionais Asa Sul e Asa Norte, localizadas no Plano Piloto, na parte central do Distrito Federal. De acordo com os dados do PDAD (Codeplan, 2021), Ceilândia, Samambaia e o Plano Piloto foram as RAs com maior taxa populacional, no entanto, mesmo essas tendo populações expressivas, apenas as localizadas na periferia do território apresentaram taxas mais expressivas de obesidade. Na regional Ceilândia, que apresenta elevados percentuais de obesidade, localiza-se a RA Sol Nascente, classificada pelo IBGE como a maior favela do Brasil em 2023 (Bastos, 2023). Esta região administrativa enfrenta sérios déficits de infraestrutura urbana, comprometendo tanto o acesso aos serviços de saúde quanto à alimentação adequada, o que intensifica a vulnerabilidade socioeconômica e sanitária de seus habitantes.

Com base nos dados, é possível observar a diferenças entre os percentuais de obesidade entre as mulheres, que apresentam uma distância entre as taxas entre os homens no Distrito Federal. A prevalência da obesidade em grupos de vulnerabilidade social, entre esses as mulheres, já foi observada em diversos estudos, não sendo exclusivo do território do Distrito Federal. Ferreira e Magalhães (2005, 2011) demonstram, em pesquisas realizadas em outras regiões do país, a prevalência da obesidade entre mulheres, especialmente nas de baixa renda. Entre os fatores responsáveis estão o baixo grau de instrução e de rendimento, as jornadas duplas de trabalho, o desemprego e a falta de proteção e seguridade social.

Ao analisar os dados do Distrito Federal, conforme o estudo da Codeplan (2012), as taxas de mulheres analfabetas, com 15 anos ou mais, foram maiores que os percentuais entre os homens. Os dados sobre mulheres que apresentaram trabalho renumerado também foram mais baixos do que entre homens. Quanto à renda familiar, entre as classes de famílias extremamente pobres do Distrito Federal, com um rendimento domiciliar por pessoa de até R\$ 70,00, as mulheres representaram mais da metade do percentual. Os dados são prevalentes principalmente entre as

mulheres nas RAs periféricas, indicando um panorama que pode explicar as taxas elevadas de obesidade entre as mulheres no Distrito Federal.

Apesar de os números da população autodeclarada como preta no Distrito Federal serem menores, ainda sim os percentuais da obesidade foram mais expressivos nessa população, principalmente entre as mulheres. Ferreira, Szwarcwald e Damacena (2019) e Rodrigues, Miranda e Cabrini (2023) apontam sobre essa tendência da expressão da obesidade na população brasileira em pessoas pretas em relação às brancas, sendo as mulheres pretas as mais atingidas. A classe social e a renda das populações são fatores determinantes quanto ao acesso ao consumo e a ambientes alimentares saudáveis, bem como aos serviços de saúde. Oraka et al. (2020) relatam sobre a dificuldade do acesso à saúde nos mais diversos níveis de complexidade por populações negras, além do maior risco de desenvolverem doenças.

O acesso aos alimentos no Distrito Federal se difere entre cada região conforme a disponibilidade de pontos de comercialização. A pesquisa desenvolvida por Bezerra e Agner (2021) sobre a dinâmica geográfica do setor supermercadista no Distrito Federal aponta que as redes de supermercados crescem como ponto de abastecimento alimentar na população em detrimento de outros estabelecimentos, tais como feiras e mercados públicos. Desse modo, com o controle corporativo do abastecimento alimentar, as redes acabam por determinar as estratégias de atuação das lojas no território.

No Distrito Federal, as multinacionais do setor estão mais presentes nas regiões com maior renda, apresentando diversos formatos (supermercados, lojas de vizinhança, hipermercados e clubes de compra), em que prevalecem maior mix de produtos, maior presença e diversidade de hortifrutigranjeiros, oferta de alimentos orgânicos etc. Enquanto isso, nas regiões mais pobres, cresce o número de lojas com menor custo operacional, a exemplo dos atacarejos. Nessas lojas, há ampla oferta de alimentos ultraprocessados com baixo preço para o consumidor final (Bezerra; Agner, 2021).

É importante ressaltar que a obesidade não se trata de uma opção individual, mas de uma questão multifatorial que envolve diversos processos que influenciam o adoecimento da população. A obesidade deve ser compreendida como um problema de saúde pública, e não gerar a culpabilização dos indivíduos obesos. Como aponta Iñiguez Rojas (2019, p. 21),

“[...] se ligam [...] à obesidade, [...], a estilos de vida que em muitos casos não são verdadeiras escolhas, mas resultado de situações de vida, de ritmos intensos do cotidiano, angústias e instabilidade econômica”.

Da perspectiva acadêmica, mais estudos acerca da questão da obesidade no território da capital são necessários, de maneira que seja possível compreender diretamente os diversos fatores que impactam a questão da obesidade nas diferentes RAs do Distrito Federal. É fundamental observar as dinâmicas que se dão nesses espaços influenciados pelas condições socioculturais, econômicas e políticas, para identificar como as desigualdades na saúde se manifestam espacialmente.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante das discussões apresentadas neste estudo, é possível identificar um panorama inicial sobre a questão da obesidade no território do Distrito Federal. Buscou-se apresentar os temas conceituais para compreender a relação do território com a saúde da população, abordando a questão da influência dos ambientes alimentares. Logo após, foi apresentado o contexto social do Distrito Federal e sua organização territorial, com ênfase na regionalização da saúde.

O estudo buscou também discutir a questão da obesidade perante a organização do território no âmbito da sua regionalização da saúde em linha com os dados

de sexo, raça/cor e padrão alimentar. A esse respeito verificou-se que o lugar de residência representa um fator chave para dimensionar o grau de exposição de determinados territórios e suas populações à obesidade.

Ressalta-se que o Distrito Federal, como sede do poder político e administrativo, está longe de ser o modelo no âmbito do acesso à saúde de qualidade da população. Apesar de não apresentar as taxas mais altas de obesidade em relação às demais capitais brasileiras, não se aproxima do esperado para uma capital com maior renda. É alarmante verificar as desigualdades socioespaciais na capital do país, com diferenças expressivas nas populações localizadas nas regiões administrativas mais ricas e nas mais pobres, demonstrando o abismo no plano das distâncias físicas e sociais.

Espera-se que este estudo possa colaborar com o avanço dos estudos acadêmicos acerca da temática no Distrito Federal, bem como servir como campo de discussão para os gestores públicos na área da saúde, ajudando-os a desenvolver políticas públicas com estratégias e ações que sejam eficientes para diminuir as desigualdades no âmbito da saúde entre a população. Do ponto de vista metodológico, deve-se aprimorar a correlação de variáveis, junto da maior disponibilidade de dados para cada recorte territorial, para que seja possível averiguar com maior clareza a relação de causalidade entre a constituição de ambientes alimentares (saudáveis e não saudáveis) e a características da população e sua insterseccionalidade.

## REFERÊNCIAS

- BARCELLOS, Christovam; IÑIGUEZ ROJAS, Luisa. **O território e a vigilância da saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz/EPSJV/PROFORMAR, 2004. Material didático do Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde, Unidade de Aprendizagem I, Módulo 3. Disponível em: [https://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/proformar\\_3.pdf](https://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/proformar_3.pdf). Acesso em: 14 jun. 2024.
- BEAULAC, Julie; KRISTJANSSON, Elizabeth; CUMMINS, Steven. A systematic review of food deserts, 1966-2007. **Preventing Chronic Disease**, [Atlanta, GA], v. 6, n. 3, a105, p. 1-10, July 2009. Disponível em: [https://www.cdc.gov/pcd/issues/2009/Jul/08\\_0163.htm](https://www.cdc.gov/pcd/issues/2009/Jul/08_0163.htm). Acesso em: 20 jun. 2024.
- BEZERRA, Juscelino Eudâmidas; AGNER, Marcelo Ramalho. A dinâmica geográfica do setor supermercadista em Brasília (DF). **Sociedade & Natureza**, Uberlândia, v. 33, e59769, p. 1-11, 23 set. 2021. DOI: <https://doi.org/10.14393/SN-v33-2021-59769>.
- BEZERRA, Juscelino Eudâmidas. Geografia, comércio e consumo: os supermercados como tema geográfico. **Revista Espaço e Geografia (UnB)**, v. 23, p. 143-161, 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Regionalização da assistência à saúde**: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/01 (Portaria MS/GM nº 95, de 26 de janeiro de 2001, e regulamentação complementar). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/regionalizacao\\_assist\\_saude.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/regionalizacao_assist_saude.pdf). Acesso em: 20 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. **Vigitel Brasil 2018**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svs/vigitel/vigitel-brasil-2018.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. **Vigitel Brasil 2020**: Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svs/vigitel/relatorio-vigitel-2020-original.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. **Vigitel Brasil 2023**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svs/vigitel/vigitel-brasil-2023-vigilancia-de-fatores-de-risco-e-protecao-para-doencas-cronicas-por-inquerito-telefonico/>. Acesso em: 20 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. **Relatório público**: estado nutricional. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/index>. Acesso em: 20 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sobre peso e obesidade como problemas de saúde pública. **Portal Gov.br**, Brasília, DF, 18 out. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/eu-quero-ter-peso-saudavel/noticias/2022/sobre-peso-e-obesidade-como-problemas-de-saude-publica>. Acesso em: 11 set. 2024.

COMPANHIA DE PLANEJAMENTO DO DISTRITO FEDERAL. **Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios**: PDAD 2021 – Distrito Federal. Brasília, DF: Codeplan, 2021. Disponível em: [https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2022/05/Apresentacao\\_Distrito\\_Federal.pdf](https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2022/05/Apresentacao_Distrito_Federal.pdf). Acesso em: 14 jun. 2024.

COMPANHIA DE PLANEJAMENTO DO DISTRITO FEDERAL. **Situação das mulheres no Distrito Federal**. Brasília, DF: Codeplan, 2012. Disponível em: <https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/02/Situacao-das-Mulheres-no-DF-2012.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2024.

DISTRITO FEDERAL. Decreto nº 37.515, de 26 de julho de 2016. Institui o Programa de Gestão Regional da Saúde – PRS para as Regiões de Saúde e Unidades de Referência Distrital. **Diário Oficial do Distrito Federal**: seção 1, Brasília, DF, ano 45, n. 143, p. 11-12, 27 jul. 2016.

Disponível em: [https://dodf.df.gov.br/index/visualizar-arquivo/?pasta=2016|07\\_Julho|DODF%20143%202027-07-2016&arquivo=DODF%20143%202027-07-2016%20SECAO1.pdf](https://dodf.df.gov.br/index/visualizar-arquivo/?pasta=2016|07_Julho|DODF%20143%202027-07-2016&arquivo=DODF%20143%202027-07-2016%20SECAO1.pdf). Acesso em: 20 jun. 2024.

DISTRITO FEDERAL. Decreto nº 38.982, de 10 de abril de 2018. Altera a estrutura administrativa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e dá outras providências.

**Diário Oficial do Distrito Federal:** seção 1, Brasília, DF, ano 47, n. 69, p. 17-18, 11 abr. 2018.

Disponível em: [https://dodf.df.gov.br/index/visualizar-arquivo/?pasta=2018|04\\_Abril|DODF%20069%2011-04-2018&arquivo=DODF%20069%2011-04-2018%20INTEGRA.pdf](https://dodf.df.gov.br/index/visualizar-arquivo/?pasta=2018|04_Abril|DODF%20069%2011-04-2018&arquivo=DODF%20069%2011-04-2018%20INTEGRA.pdf).

Acesso em: 20 jun. 2024.

DISTRITO FEDERAL. **Lei Orgânica, de 8 de junho de 1993.** Organiza os Poderes do Distrito Federal, estabelece suas competências, e dá outras providências. Brasília, DF: Câmara Legislativa do Distrito Federal, [2024]. Disponível em: [https://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetalhesDeNorma.aspx?id\\_norma=66634](https://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetalhesDeNorma.aspx?id_norma=66634). Acesso em: 20 jun. 2024.

DUARTE, Ligia Schiavon *et al.* Regionalização da saúde no Brasil: uma perspectiva de análise. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 472-485, abr./jun. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000200007>.

FERREIRA, Arthur Pate de Souza; SZWARCWALD, Célia Landmann; DAMACENA, Giseli Nogueira. Prevalência e fatores associados da obesidade na população brasileira: estudo com dados aferidos da pesquisa nacional de saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [S.L.], v. 22, p. 1-14, abr. 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1980-549720190024>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/ZqgTbxFkLrQByhDq5Z5tXcG/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 20 jun. 2024.

FERREIRA, Vanessa Alves; MAGALHÃES, Rosana. Obesidade e pobreza: o aparente paradoxo. Um estudo com mulheres da Favela da Rocinha, Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1792-1800, nov./dez. 2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000600027>.

FERREIRA, Vanessa Alves; MAGALHÃES, Rosana. Obesidade entre os pobres no Brasil: a vulnerabilidade feminina. **Ciência & Saúde Coletiva**, [Rio de Janeiro], v. 16, n. 4, p. 2279-2287, abr. 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000400027>.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GONDIM, Grácia Maria de Miranda *et al.* O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: MIRANDA, Ary Carvalho de *et al.* (org.). **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 237-255.

GOTTENS, Leila Bernarda Donato *et al.* A regionalização da gestão da saúde no DF: o caminho para a “ponta” virar centro. **Brasília em Debate**, Brasília, DF, n. 17, p. 22-27, set. 2017. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/38783>. Acesso em: 14 jun. 2024.

HAESBAERT, Rogério. Morte e vida da região: antigos paradigmas e novas perspectivas da geografia regional. In: SPOSITO, Eliseu Savério (org.). **Produção do espaço e redefinições regionais**: a construção de uma temática. Presidente Prudente: Unesp, 2005. p. 9-33.

HENRIQUES, Patrícia *et al.* Ambiente alimentar do entorno de escolas públicas e privadas: oportunidade ou desafio para alimentação saudável?. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 26, n. 8, p. 3135-3145, ago. 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232021268.04672020>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/nyx4MCYFPjZCnxqxXBvwhsG/?lang=pt>. Acesso em: 20 jun. 2024.

IBGE. **Índice de Gini do rendimento domiciliar per capita, a preços médios do ano**. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/7435#/n1/all/n3/all/v/10681/p/last%201/d/v10681%203/l/v,p,t/cfg/uf,2comp,1comp,cod,signiv,idrot,abvrot,nt,agpcab,/resultado>. Acesso em: 20 jun. 2024.

IBGE. **Panorama**: Distrito Federal. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/>. Acesso em: 20 jun. 2024.

IÑIGUEZ ROJAS, Luisa Basilia. Geografia e saúde: o antigo, o novo e as dívidas. In: GURGEL, Helen; BELLE, Nayara (org.). **Geografia e saúde**: teoria e método na atualidade. Brasília, DF: Universidade de Brasília, 2019. p. 12-25.

IÑIGUEZ ROJAS, Luisa. Geografía y salud: temas y perspectivas en América Latina. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 701-711, out./dez. 1998. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1998000400012>. Disponível em: <https://cadernos.ensp.fiocruz.br/ojs/index.php/csp/article/view/1069>. Acesso em: 28 jun. 2024.

LOUZADA, Maria Laura da Costa *et al.* Consumo de alimentos ultraprocessados no Brasil: distribuição e evolução temporal 2008-2018. **Revista de Saúde Pública**, v. 57, art. 12, p. 1-13, 15 mar. 2023. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057004744>. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/209656>. Acesso em: 28 jun. 2024.

MONKEN, Maurício *et al.* O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. In: MIRANDA, Ary Carvalho de *et al.* (org.). **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 23-41.

MONKEN, Maurício; BARCELLOS, Christovam. O território na promoção e vigilância em saúde. In: FONSECA, Angélica Ferreira; CORBO, Ana Maria D'Andrea (org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 177-224.

ORAKA, Claudia Simões *et al.* Raça e obesidade na população feminina negra: uma revisão de escopo. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 29, n. 3, e191003, p. 1-10, 11 nov. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020191003>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/rSWR5gRGwVNpHphdqZ7sLSJ/>. Acesso em: 26 jun. 2024.

RODRIGUES, Lorrany Santos *et al.* Obesidade e interseccionalidade: análise crítica de narrativas no âmbito das políticas públicas de saúde no Brasil (2004-2021). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 7, e00240322, p. 1-14, jul. 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT240322>. Disponível em: <https://cadernos.ensp.fiocruz.br/ojs/index.php/csp/article/view/8229>. Acesso em: 28 jun. 2024.

SANTOS, Milton. **A urbanização brasileira**. 5. ed. São Paulo: Edusp, 2005.

SILVA, Roberta Pereira da. **Urbanização de favelas e o direito à cidade**: referências de análise pela experiência da Vila DNOCS, no Distrito Federal. 2014. Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo) – Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2014. Disponível em: <http://www.realp.unb.br/jspui/handle/10482/16655>. Acesso em: 26 jun. 2024.

SWINBURN, Boyd; EGGER, Garry; RAZA, Fezeela. Dissecting obesogenic environments: the development and application of a framework for identifying and prioritizing environmental interventions for obesity. **Preventive Medicine**, [New York], v. 29, n. 6, p. 563-570, Dec. 1999. DOI: <https://doi.org/10.1006/pmed.1999.0585>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Obesity and overweight. **World Health Organization**, [Geneva], 1 Mar. 2024. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>. Acesso em: 20 jun. 2024.

***Data de recebimento:*** 09 de dezembro de 2024.

***Data de aceite:*** 25 de agosto de 2025.