saúde EM DEBATE

ARTIGO ORIGINAL

Excesso de peso e obesidade: tendência na população residente no município do Rio de Janeiro

Overweight and obesity: Time trend in the population residing in the city of Rio de Janeiro

Sobrepeso y obesidad: una tendencia en la población residente en el municipio de Río de Janeiro

Catia Cristina Martins de Oliveira[1], Ana Clara Paixão Campos[2], Bianca Ramos Marins Silva[3], Carmen Phang Romero Casas[1], Elenice Machado da Cunha[1]

DOI: 10.1590/2358-2898202615110328P

RESUMO Estudo ecológico de série temporal, realizado entre 2006 e 2021, com dados do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. O objetivo foi analisar a tendência de excesso de peso e obesidade entre adultos (≥ 18 anos) residentes no município do Rio de Janeiro. Para a análise temporal, aplicou-se o modelo de Prais-Winsten, utilizando o software Stata versão 13. Observou-se tendência crescente da prevalência de excesso de peso em diversos grupos, sobretudo entre pessoas com 65 anos ou mais (APC: 1,18%; IC 95%: 0,78-1,59), pretos e pardos (APC: 14,12%; IC 95%: 4,73-24,35) e com maior escolaridade (APC: 2,87%; IC 95%: 2,18-3,57). Quanto à obesidade, houve tendência decrescente na faixa etária de 65 anos ou mais (APC: -1,7%; IC 95%: -2,59-0,81) e crescente entre indivíduos com 12 anos ou mais de estudo (APC: 3,25%; IC 95%: 1,77-4,75), pretos e pardos (APC: 11,29%; IC 95%: 2,08-21,34) e solteiros (APC: 2,60%; IC 95%: 1,36-3,86). Os resultados indicam que o excesso de peso e a obesidade continuam sendo desafios relevantes para a saúde pública, exigindo estratégias amplas de promoção da saúde e redução da prevalência dessas condições.

PALAVRAS-CHAVE Obesidade. Inquérito epidemiológico. Promoção da saúde. Vigilância em saúde pública.

ABSTRACT *This is an ecological time-series study conducted between 2006 and 2021 using data from VIGITEL (Surveillance System of Risk and Protective Factors for Chronic Diseases by Telephone Survey). The objective was to analyze trends in overweight and obesity among adults (≥ 18 years) living in the city of Rio de Janeiro. For temporal analysis, the Prais-Winsten regression model was applied using STATA software, version 13. An increasing trend in the prevalence of overweight was observed across several groups, particularly among individuals aged 65 years or older (APC: 1.18%; 95%CI: 0.78–1.59), Black and Brown individuals (APC: 14.12%; 95%CI: 4.73–24.35), and those with higher education (APC: 2.87%; 95%CI: 2.18–3.57). Regarding obesity, a decreasing trend was observed in the 65 years or older age group (APC: –1.7%; 95%CI: –2.59–0.81) and an increasing trend among those with 12 years or more of education (APC: 3.25%; 95%CI: 1.77–4.75), Black and Brown individuals (APC: 11.29%; 95%CI: 2.08–21.34), and single participants (APC: 2.60%; 95%CI: 1.36–3.86). The findings indicate that overweight and obesity remain significant public health challenges, highlighting the need for comprehensive health promotion strategies to reduce their prevalence and associated impacts.*

KEYWORDS *Obesity. Health surveys. Health promotion. Public health surveillance.*

RESUMEN *Este estudio ecológico de series temporales, realizado entre 2006 y 2021, utilizó datos del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo y Protección para Enfermedades Crónicas mediante Encuestas Telefónicas. El objetivo fue analizar la tendencia del sobrepeso y la obesidad en adultos (≥ 18 años) residentes en el municipio de Río de Janeiro. Para el análisis temporal, se aplicó el modelo de Prais-Winsten utilizando el software Stata versión 13. Se observó una tendencia creciente en la prevalencia del sobrepeso en varios grupos, especialmente entre personas de 65 años o más (APC: 1,18%; IC del 95%: 0,78-1,59), personas negras y mestizas (APC: 14,12%; IC del 95%: 4,73-24,35) y personas con mayores niveles de educación (APC: 2,87%; IC del 95%: 2,18-3,57). En cuanto a la obesidad, se observó una tendencia decreciente en el grupo de edad de 65 años o más (APC: -1,7%; IC del 95%: -2,59-0,81) y una tendencia creciente entre las personas con 12 o más años de escolaridad (APC: 3,25%; IC del 95%: 1,77-4,75), las personas negras y mestizas (APC: 11,29%; IC del 95%: 2,08-21,34) y las personas solteras (APC: 2,60%; IC del 95%: 1,36-3,86). Los resultados indican que el sobrepeso y la obesidad siguen siendo importantes desafíos para la salud pública, lo que exige estrategias integrales para la promoción de la salud y la reducción de su prevalencia.*

PALABRAS CLAVE *Obesidad. Encuesta epidemiológica. Promoción de la salud. Vigilancia en salud pública.*

[1] Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
catiac.oliveira@fiocruz.br

[2] Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz Bahia) , Centro de Integração de Dados e Conhecimentos para Saúde (Cidacs) – Salvador (BA), Brasil.

[3] Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (Unirio) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Artigo publicado sob licença aberta CC-BY, com permissão de acesso gratuito, virtual e sem qualquer restrição.

Introdução

O aumento da prevalência de excesso de peso e obesidade é motivo de grande preocupação, tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento, uma vez que são fatores de risco para uma série de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), impactando no aumento do risco de morte prematura e incapacidade na idade adulta[1,2]. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a prevalência mundial de obesidade triplicou entre 1975 e 2016; e, como resultado desse cenário, cerca de 1,9 bilhão de adultos em todo o mundo estavam acima do peso em 2016, sendo 650 milhões clinicamente obesos, o que correspondia a 13% da população mundial[3]. Em 2023, o Atlas Mundial da Obesidade destacou que o impacto dessa problemática no Produto Interno Bruto será de 3% em 2035, podendo custar à economia global mais de US$ 4 trilhões[4].

O tratamento de doenças relacionadas ao excesso de peso e à obesidade, além de gerar custos elevados para os sistemas de saúde, incluindo despesas com medicamentos, hospitalizações e tratamentos a longo prazo, impacta a qualidade de vida e a economia de maneira mais ampla, com perda de rendimentos no mercado de trabalho[3]. Nos Estados Unidos da América (EUA), os custos per capita de uma pessoa que vive com excesso de peso e obesidade são, respectivamente, 9,9% e 42,7% superiores aos de indivíduos com peso corporal saudável[5].

Na Europa, o excesso de peso é um dos principais determinantes de incapacidade e morte, afetando quase 60% dos adultos e cerca de 7,9% das crianças com menos de 5 anos de idade, o que representa 4,4 milhões de indivíduos nessa faixa etária[6]. Uma pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (National Health and Nutrition Examination Survey – Nhanes) nos EUA, realizada entre 2017 e 2018, indicou que 32,7% dos adultos com 20 anos ou mais estavam acima do peso, 37,9% eram obesos e 7,7% eram extremamente obesos[7]. A América Latina possui uma das mais altas prevalências do Índice de Massa Corporal (IMC) do mundo[8], e o Brasil segue a tendência dos demais países da região, porém com diferenças importantes por estrato de renda, nível de escolaridade, sexo e raça/cor[9].

O Atlas Mundial da Obesidade projetou, para os próximos 12 anos, na população adulta brasileira, uma prevalência de obesidade de 41%, o que gera sérias implicações tanto para os indivíduos quanto para a sociedade[4]. Considerando que uma abordagem preventiva é essencial para mitigar os custos e promover uma população mais saudável, o objetivo deste estudo é descrever a tendência temporal de prevalência do excesso de peso e da obesidade na população com 18 anos ou mais residente no município do Rio de Janeiro.

Material e métodos

Desenho de estudo

Estudo ecológico de série temporal, conduzido com base nos dados do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), implementado pelo Ministério da Saúde (MS) em 2006. Trata-se de um inquérito telefônico cujo objetivo é monitorar o quadro de DCNT no País por meio de amostras probabilísticas de indivíduos com 18 anos ou mais, sendo selecionada para essa análise a população do município do Rio de Janeiro, no período de 2006 a 2021, com uma média amostral de 2013 entrevistas/ano. De acordo com a metodologia estabelecida em cada linha residencial e ativa, há contato com um morador adulto que, ao concordar em participar do estudo, então é realizada a seleção aleatória do indivíduo entrevistado[10].

Cenário do estudo

Este estudo analisou os dados do Vigitel para o município do Rio de Janeiro, segunda maior

cidade do País, com cerca de 6,6 milhões de habitantes, cujo Índice de Desenvolvimento Humano em 2010 era de 0,799, ocupando o 45º lugar no *ranking* brasileiro[11]. Além de possuir a maior concentração populacional do estado urbano, o município apresenta inúmeras áreas com alta vulnerabilidade social. O modelo de atenção adotado baseia-se na Estratégia Saúde da Família, com cobertura de 70% da população. A escolha dessa localidade se deu pela escassez de evidências geradas pelo Sistema Vigitel, fundamental para nortear a formulação de políticas públicas mais efetivas, com enfoque nos determinantes de saúde relacionados às DCNT.

Desfechos do estudo

Utilizaram-se, como desfechos, o excesso de peso e a obesidade, construídos a partir do cálculo do IMC. Seguindo as recomendações da OMS, considerou-se o indivíduo com excesso de peso quando apresentava IMC igual ou superior a 25 kg/m² e menor que 30 kg/m² e com obesidade quando o IMC era igual ou superior a 30 kg/m²[12].

As prevalências de excesso de peso e obesidade em cada ano foram estimadas por: número de indivíduos com excesso de peso/número de indivíduos entrevistados multiplicado por 100 e número de indivíduos com obesidade/número de indivíduos entrevistados multiplicado por 100.

Análise estatística

Para as análises de tendência, foi empregado o modelo de regressão linear de Prais-Winsten[13], considerando como variáveis dependentes as prevalências de excesso de peso e obesidade e como variável explanatória o ano da pesquisa. Foi aplicado o comando svy, que considera os pesos amostrais.

Inicialmente, com o objetivo de reduzir a heterogeneidade da variância dos resíduos, realizou-se a transformação logarítmica dos valores de prevalência de cada desfecho, seguida da aplicação do modelo autorregressivo de Prais-Winsten.

Foram estimados os valores dos coeficientes do modelo (b1) e, posteriormente, calculada a Variação Percentual Anual (do inglês Annual Percentage Change – APC); por fim, calcularam-se os Intervalos de Confiança de 95% (IC 95%)[14].

$$\mathrm{APC} = \left[-1 + 10^{\mathrm{b1}}\right] * 100\%$$

$$\mathrm{IC}_{95\%} = \left[-1 + 10^{\mathrm{b_mínimo}}\right] * 100\%; \left[-1 + 10^{\mathrm{b_máximo}}\right] * 100\%$$

Os valores de b mínimo e b máximo correspondem, respectivamente, aos valores mínimo e máximo do intervalo de confiança do Prais-Winsten. Para a interpretação das estimativas da variação percentual anual, utilizaram-se os seguintes critérios: IC 95% não contendo o valor zero aponta tendência crescente quando a APC é positiva e tendência decrescente quando a APC é negativa. Se o valor zero estiver contido no IC 95%, a série será considerada estacionária. As variáveis foram estratificadas por sexo (masculino e feminino), grupos etários (18-24; 25-34, 35-44, 45-54, 55-64; 65 anos e mais), escolaridade em anos completos (0-8, 9-11, 12 e mais anos), raça/cor (branca, parda, preta, amarela e indígena) e estado civil (solteiro(a), casado(a)/união estável, viúvo(a) e divorciado(a)). As análises foram realizadas utilizando o *software* Stata versão 13.

Como se trata de uma pesquisa que utiliza dados de uso e de acesso público (Vigitel), esta pesquisa dispensou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a apreciação ética, nos termos da Resolução CNS nº 466/2012.

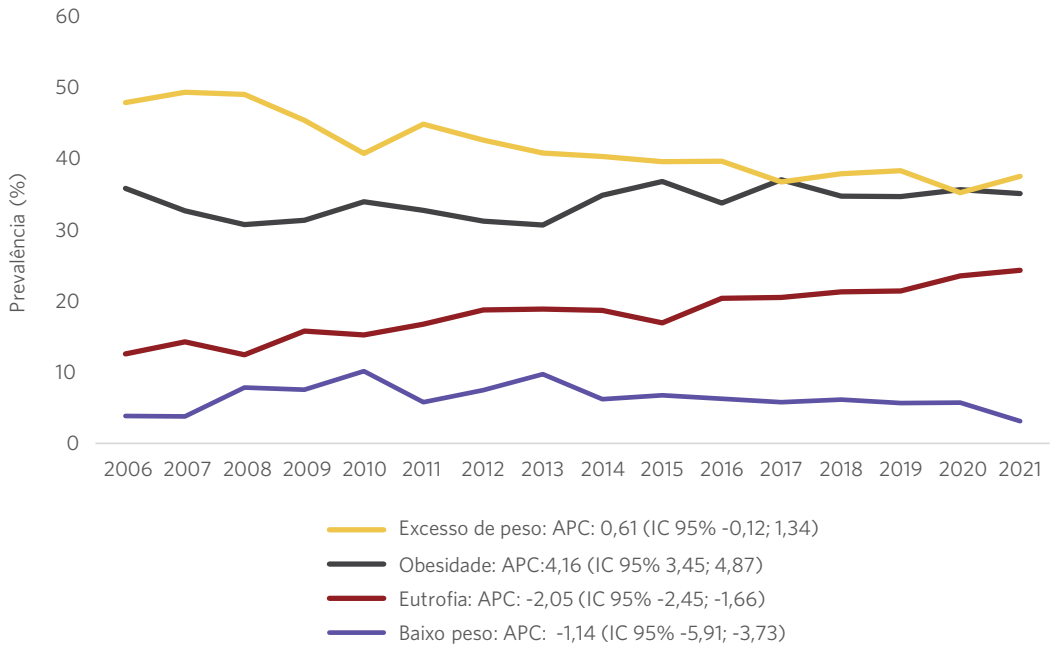
Resultados

A amostra estudada foi composta por 53,5% de mulheres; a maior proporção de respondentes estava na faixa de escolaridade de 9 a 11 anos (38,3%); 44% se declararam de cor branca; cerca de 50,5% viviam em união estável

ou eram casados; e 22,6% dos participantes tinham idade entre 25 e 34 anos.

O *gráfico 1* mostra a tendência temporal da prevalência das 4 categorias de IMC (baixo peso, eutrofia, excesso de peso e obesidade) em adultos. Como se pode observar, a variação percentual anual da prevalência de obesidade foi de 4,16% (IC 95%: 3,45; 4,87), indicando tendência de aumento entre 2006 e 2021. Para o excesso de peso, apesar da APC positiva, a tendência foi considerada estacionária para o período avaliado (APC = 0,61%; IC 95%: -0,12; 1,34). Por sua vez, o cenário de baixo peso vem desacelerando a cada ano em -1,14% (IC 95%: -5,91; -3,73), assim como a eutrofia em -2,05% (IC 95%: -2,45; -1,66).

Gráfico 1. Tendência temporal da prevalência das quatro categorias de IMC em adultos residentes no município do Rio de Janeiro – Vigitel, 2006 a 2021



Fonte: elaboração própria.

A *tabela 1* apresenta fatores relacionados à prevalência de excesso de peso em adultos do município do Rio de Janeiro entre 2006 e 2021, onde se observam os seguintes padrões: ambos os sexos mantiveram percentuais elevados ao longo do período, com os homens exibindo valores mais altos que os das mulheres na maioria dos anos. Os adultos jovens, de 18 a 24 anos, registraram as menores prevalências ao longo de toda a série histórica. No que se refere à escolaridade, indivíduos com menor tempo de estudo (0 a 8 anos) apresentaram redução progressiva em seus percentuais. A partir de 2011, destaca-se uma mudança no perfil racial, com crescimento acentuado da prevalência entre pessoas pretas e pardas. Por fim, verifica-se a manutenção de padrões relativamente estáveis para o estado civil ao longo de todo o período analisado.

Tabela 1. Prevalência de excesso de peso segundo características sociodemográficas na população residente no município do Rio de Janeiro – Vigitel, 2006 a 2021

Ano	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Sexo																
Feminino	32,03	27,51	27,98	30,45	30,8	27,19	28,94	29,15	32,13	32,83	30,95	36,08	34,84	32,94	33,61	30,45
Masculino	39,73	38,34	36,42	35,94	42,38	41,49	37,46	36,69	41,09	44,66	39,37	39,86	37,26	38,95	41,06	40,29
Faixa etária																
18 a 24 anos	8,28	8,62	10,05	8,17	10,25	9,2	9,19	9,22	9,08	10,08	7,9	7,87	6,14	5,77	4,24	7,78
25 a 34 anos	20,35	23,87	22,27	20,29	21,86	20,74	20,26	21,39	22,46	21,3	18,95	20,53	23,96	23,23	21,81	22,83
35 a 44 anos	26,83	23,04	21,39	20,42	20,7	23,9	22,94	22,82	21,11	21,12	21,49	23,16	19,7	20,33	21,88	20,93
45 a 54 anos	18,66	16,93	18,09	18,39	17,71	15,45	17,15	16,16	19,88	17,18	21,89	16,65	17,59	19,66	17,39	17,78
55 a 64 anos	12,43	13,25	15,08	16,9	16,03	16,21	15,33	15,05	12,13	14,92	15,8	16,31	16,87	15,13	17,57	14,46
65 anos e mais	13,45	14,29	13,13	15,83	13,45	14,5	15,12	15,36	15,35	15,39	13,95	15,48	15,75	15,88	17,12	16,23
Escolaridade																
0-8 anos	41,46	42,51	36,36	39,4	37,84	34,45	36,2	35,17	32,57	33,84	33,77	29,7	26,37	28,26	24,61	22
9-11 anos	37,8	33,96	36,68	38,87	36,89	39,94	37,32	37,29	41,86	37,38	36,37	42,2	39,1	35,73	46,18	43,06
12 anos ou mais	20,74	23,54	26,96	21,73	25,27	25,6	26,48	27,54	25,57	28,79	29,86	28,1	34,53	36,01	29,21	34,94
Raça/cor																
Branca	42,44	43,9	38,11	43,6	41,25	48,1	49,27	45,82	49,66	49,99	50,08	44,19	46,69	43,58	45,95	45,9
Preta/parda	9,06	10,88	8,19	9,95	8,97	49,48	47,92	52,24	47,64	45,12	49,14	55,01	52,21	55,18	50,85	53,28
Amarela	48,15	45,21	53,58	46,45	49,77	1,69	1,85	0,86	1,07	3,62	0	0,28	0,17	0,61	0,13	0
Indígena	0,35	0	0,12	0	0	0,74	0,96	1,09	1,63	1,27	0,78	0,53	0,93	0,63	3,07	0,82
Estado civil																
Solteiro(a)	28,95	26,15	31,64	28,52	28,92	31,49	26,61	30,74	35,94	32,82	31,31	28,82	35,36	32,51	28,39	32,03
Casado(a)/ união estável	64,03	58,78	55,45	55,61	57,38	56,79	60,8	57,42	52,55	55,27	58,01	59,39	54,12	56,93	58,19	53,75
Viúvo(a)	7,02	8,55	7,79	8,12	7,9	5,61	5,74	6,52	7,32	6,17	4,61	6,88	4,73	5,35	5,75	4,9
Divorciado(a)	0	6,53	5,12	7,75	5,8	6,11	6,85	5,32	4,18	5,74	6,08	4,92	5,79	5,21	7,67	9,33

Fonte: elaboração própria.

Ao analisar a tendência temporal do excesso de peso segundo características sociodemográficas (*tabela 2*), foram encontrados padrões significativamente distintos por idade e escolaridade. Entre os adultos jovens, de 18 a 24 anos, observou-se um declínio significativo (APC: -2,82%; IC 95%: -5,35%; 0,27%), enquanto na faixa etária de 65 anos ou mais a prevalência apresentou tendência de crescimento (APC: 1,18%; IC 95%: 0,78; 1,59).

Padrão semelhante foi verificado para escolaridade: indivíduos com até 8 anos de estudo mostraram redução significativa (APC: -3,67%; IC 95%: -4,57; -2,76), e à medida que aumentavam os anos de estudo, a tendência se elevava na população (APC: 2,87%; IC 95%: 2,18; 3,57). Para a variável raça/cor, houve crescimento significativo entre os pretos e pardos (APC: 14,12%; IC 95%: 4,73; 24,35), seguido pelos indígenas (APC:10,91%; IC 95%: 0,63; 2,23). Com relação ao estado civil, o grupo dos viúvos foi o único a apresentar tendência decrescente estatisticamente significativa para o excesso de peso (APC: -3,12%; IC 95%: -4,37; -1,85), enquanto todos os demais mantiveram-se na faixa de estacionariedade.

Tabela 2. Variação Percentual Anual (APC) do excesso de peso segundo características sociodemográficas na população residente no municípip do Rio de Janeiro – Vigitel, 2006 a 2021

Ano	2006	2021	APC	IC 95%	Tendência	Período
Sexo						
Feminino	32,03	29,92	0,8	-0,39; 2,01	Estacionária	2006-2021
Masculino	39,73	40,22	0,3	-0,48; 1,09	Estacionária	2006-2021
Todos	35,77	35,05	0,61	-0,12; 1,34	Estacionária	2006-2021
Faixa etária						
18 a 24 anos	8,28	7,78	-2,82	-5,31; -0,27	Decrescente	2006-2021
25 a 34 anos	20,35	22,83	0,3	-0,57; 1,17	Estacionária	2006-2021
35 a 44 anos	26,83	20,93	-0,84	-1,73; 0,07	Estacionária	2006-2021
45 a 54 anos	18,66	17,78	0,3	-0,44; 1,05	Estacionária	2006-2021
55 a 64 anos	12,43	14,46	0,85	-0,56; 2,28	Estacionária	2006-2021
65 anos e mais	13,45	16,23	1,18	0,78; 1,59	Crescente	2006-2021
Escolaridade						
0-8 anos	41,46	22	-3,67	-4,57; -2,76	Decrescente	2006-2021
9-11 anos	37,8	43,06	0,94	0,34; 1,54	Crescente	2006-2021
12 anos ou mais	20,74	34,94	2,87	2,18; 3,57	Crescente	2006-2021
Raça/cor						
Branca	42,44	45,9	0,67	0,36; 1,70	Crescente	2006-2021
Preta/parda	9,06	53,28	14,12	4,73; 24,35	Crescente	2006-2021
Amarela	48,15	0	-36,38	-45,29; -26,02	Decrescente	2006-2021
Indígena	0,35	0,82	10,91	0,63; 2,23	Crescente	2006-2021
Estado civil						
Solteiro(a)	28,95	32,03	0,83	-0,04; 1,70	Estacionária	2006-2021
Casado(a)/união estável	64,03	53,75	-0,42	-0,99; 0,15	Estacionária	2006-2021
Viúvo(a)	7,02	4,9	-3,12	-4,37; -1,85	Decrescente	2006-2021
Divorciado(a)	0	9,33	0,91	-2,18; 4,09	Estacionária	2006-2021

Fonte: elaboração própria.

IC = Intervalo de Confiança.

A *tabela 3* sinaliza importantes transformações no perfil epidemiológico da obesidade na população adulta do município do Rio de Janeiro. Homens e mulheres apresentaram padrões de crescimento similares, com prevalências que se equipararam ao final do período analisado. A população jovem (18-24 anos) manteve os indicadores mais baixos, em contraste com os adultos de 25 a 44 anos, que registraram as maiores prevalências. Observou-se uma transformação relevante no perfil educacional: enquanto o grupo com baixa escolaridade experimentou declínio consistente, os indivíduos com maior formação apresentaram aumento na prevalência de obesidade.

Tabela 3. Prevalência de obesidade segundo características sociodemográficas na população residente no município do Rio de Janeiro – Vigitel, 2006 a 2021

Ano	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Sexo																
Feminino	13,38	14,52	12,59	14,45	16,19	17,05	19,8	16,76	18,32	20,47	20,28	20,73	22,75	22,64	24,29	23,2
Masculino	11,72	13,99	12,26	17,24	14,08	16,36	17,42	21,28	19,07	12,79	20,42	20,22	19,55	19,96	22,58	25,47
Faixa etária																
18 a 24 anos	5,31	1,65	4,56	8,52	5,56	5,27	2,98	3,22	3,8	3,86	4,24	4,6	3,45	3,21	3,85	3,75
25 a 34 anos	18,81	20,32	18,55	20,28	19,85	22,15	25,27	19,26	23,12	23,64	18,98	14,9	24,58	24,92	20,6	25,96
35 a 44 anos	18,85	22,92	19,27	22,32	24,3	17,78	23,5	24,71	28,39	26,67	25,65	23,09	23,91	21,84	20,93	20,55
45 a 54 anos	19,68	22,03	20,7	21,2	22,17	27,16	22,88	21,83	15,19	20,62	21,61	23,75	19,18	20,34	24,54	19,04
55 a 64 anos	20,95	20,99	20,15	15,34	14,29	15	13,69	18,07	17,15	13,54	16,71	19,76	16,3	17,78	20,18	19,8
65 anos e +	16,4	12,09	16,77	12,35	13,82	12,65	11,68	12,9	12,35	11,67	12,81	13,89	12,57	11,9	9,9	10,89
Escolaridade																
0-8 anos	48,68	51,57	50,31	47,93	39,15	35,25	38,31	42,74	37,59	35,35	37,35	36,9	34,52	23,49	24,19	26,98
9-11 anos	28,07	29,42	32,06	31,23	38,2	40,24	35,29	32,54	39,45	40,21	35,13	38,69	39,85	45,11	42,56	38,31
12 anos ou +	23,25	19,01	17,63	20,85	22,66	24,51	26,4	24,71	22,97	24,44	27,52	24,41	25,63	31,4	33,25	34,71
Raça/cor																
Branca	46,17	37,18	45,18	40,03	42,11	48,55	45,62	41,54	44,3	46,08	42,62	44,01	49,97	45,68	46,04	39,35
Preta/parda	13,77	14,18	10,7	8,56	15,83	47,14	50,72	56,79	54,43	51,91	56,17	54,46	49,02	53,66	53,27	58,15
Amarela	40,06	48,64	44	51,41	42,06	1,29	1,26	1,52	0,85	1,29	0,1	0,45	0,24	0,23	0,32	0,53
Indígena	0	0	0,12	0	0	3,02	2,41	0,15	0,42	0,72	1,11	1,08	0,78	0,42	0,37	1,97
Estado civil																
Solteiro(a)	27,06	21,45	26,11	28,47	24,83	29,26	27,5	23,3	25,47	28,85	36,46	30,23	31,33	32,47	29,59	45,48
Casado(a)/ união estável	70,09	58,18	61,25	62,54	60,25	55,23	62,48	64,79	62,86	55,31	51,31	56,63	56,19	53,52	59,05	43,87
Viúvo(a)	2,85	11,55	8,14	3,36	7,38	8,59	5,53	5,21	6,28	9,12	6,15	6,22	6,27	6,57	4,37	5,5
Divorciado(a)	0	8,82	4,51	5,63	7,55	6,93	4,48	6,7	5,38	6,72	6,08	6,92	6,21	7,44	6,99	5,15

Fonte: elaboração própria.

A *tabela 4* apresenta a APC que se mostrou crescente tanto para o sexo feminino (APC: 4,26; IC 95%: 3,53; 5,00) quanto para o masculino (APC: 3,96; IC 95%: 2,56; 5,37). Para a faixa etária, apenas os indivíduos com 65 anos ou mais apresentaram tendência decrescente de obesidade (APC: -1,70%; IC 95%: -2,59; -0,81), enquanto, para todas as outras faixas, a tendência mostrou-se estacionária. Com relação à escolaridade, observou-se tendência crescente para os grupos com 9 a 11 anos de estudo (APC: 2,28%; IC 95%: 1,13; 3,44) e 12 anos ou mais (APC: 3,25; IC 95%: 1,77; 4,75).

Tabela 4. Variação Percentual Anual (APC) da obesidade segundo características sociodemográficas na população residente no município do Rio de Janeiro – Vigitel, 2006 a 2021

Ano	2006	2021	APC	IC 95%	Tendência	Período
Sexo						
Feminino	13,38	23,2	4,26	3,53; 5,00	Crescente	2006-2021
Masculino	11,72	25,47	3,96	2,56; 5,37	Crescente	2006-2021
Todos	12,57	24,33	4,16	3,45; 4,87	Crescente	2006-2021
Faixa etária						
18 a 24 anos	5,31	3,75	-1,14	-5,35; 3,26	Estacionária	2006-2021
25 a 34 anos	18,81	25,96	1,03	-0,54; 2,64	Estacionária	2006-2021
35 a 44 anos	18,85	20,55	-0,6	-1,23; 2,47	Estacionária	2006-2021
45 a 54 anos	19,68	19,04	-0,22	-1,75; 1,32	Estacionária	2006-2021
55 a 64 anos	20,95	19,8	-0,03	-2,58; 2,58	Estacionária	2006-2021
65 anos e mais	16,4	10,89	-1,7	-2,59; -0,81	Decrescente	2006-2021
Escolaridade						
0-8 anos	48,68	26,98	-4,3	-5,93; 2,72	Estacionária	2006-2021
9-11 anos	28,07	38,31	2,28	1,13; 3,44	Crescente	2006-2021
12 anos ou mais	23,25	34,71	3,25	1,77; 4,75	Crescente	2006-2021
Raça/cor						
Branca	46,17	39,35	0,48	-0,19;1,16	Estacionária	2006-2021
Preta/parda	13,77	58,15	11,29	2,08; 21,34	Crescente	2006-2021
Amarela	40,06	0,53	-32,30	-43,12; -19,41	Decrescente	2006-2021
Indígena	0	1,97	7,02	-11,82; 36,74	Estacionária	2006-2021
Estado civil						
Solteiro(a)	27,06	45,48	2,6	1,36; 3,86	Crescente	2006-2021
Casado(a)/União estável	70,09	43,87	-1,41	-2,19; -0,62	Decrescente	2006-2021
Viúvo(a)	2,85	5,5	-0,5	-3,71; 2,82	Estacionária	2006-2021
Divorciado(a)	0	5,15	0,5	-1,29; 2,32	Estacionária	2006-2021

Fonte: elaboração própria.

Para essa mesma tabela, na análise por raça/cor, a população preta e parda apresentou aumento expressivo da obesidade (APC: 11,29%; IC 95%: 2,08; - 21,34) ao longo do tempo. Entre os indígenas, embora observada uma APC positiva de 7,02% (IC 95%: -11,82; - 36,74), não foi possível constatar significância estatística, considerando então a tendência estacionária. Para os que se declararam brancos, o quadro de obesidade se manteve estacionário, e para os que se referiram como amarelos, houve diminuição ao longo do tempo, com valor de APC: -32,30% (IC 95%: -43,12; -19,41). Ressalta-se que as informações dos participantes de raça/cor amarela e indígena devem ser vistas com cautela, devido ao pequeno tamanho amostral, gerando, consequentemente, limitação quanto à representatividade na população. Com relação ao estado civil, os solteiros apareceram com tendência crescente de obesidade com APC de 2,60% (IC 95%: 1,36; 3,86) e, em contrapartida, entre os casados, a tendência foi decrescente, com APC: -1,41% (IC 95%: -2,19; -0,62).

Discussão

Dados do Vigitel mostraram que, embora o excesso de peso tenha apresentado tendência estacionária entre 2006 e 2021, para ambos os sexos, a obesidade apresentou importante aumento ao longo dos anos, como provável reflexo das mudanças comportamentais que vêm ocorrendo em nossa sociedade, principalmente em relação ao tipo de alimentação e ao padrão de atividade física. A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019 corrobora esses achados, na medida em que a proporção de obesos na população brasileira com 20 anos ou mais de idade mais do que dobrou entre 2003 e 2019, passando de 12,2% para 26,8%[15]. Malta[16] encontrou, em capitais do Brasil e no Distrito Federal, que a prevalência de excesso de peso em adultos aumentou de 43,2% em 2006 para 51% em 2012, com incremento anual médio de 1,37%. Outro estudo conduzido entre 2006 e 2017 observou maior prevalência entre mulheres, nos indivíduos na faixa etária de 25 a 44 anos e em todos os níveis de escolaridade[17].

Na Índia, considerada um dos países com menor prevalência de obesidade, a frequência em adultos foi estimada em 5,1%; porém, há uma tendência ascendente nas últimas duas décadas[4]. Por sua vez, a Espanha, considerando a média dos 35 Países-Membros da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE), tem uma das prevalências de obesidade em adultos mais altas na região europeia[4].

Os principais fatores que podem contribuir para o excesso de peso em adultos são modificações na qualidade e quantidade das refeições, com preferência ao *fast-food* e a alimentos ultraprocessados e com excesso de açúcar e gordura, baixo gasto energético, a própria genética, estresse e uso de certos medicamentos, com destaque para antidepressivos, anticoncepcionais e medicamentos para diabetes que podem contribuir para o ganho de peso em adultos[15–18]. É importante destacar que, entre os países da América Latina, o Brasil possui um dos menores níveis de atividade física[15]. Quando se analisa o perfil do excesso de peso e obesidade, segundo a variável faixa etária, observa-se tendência estacionária na maioria dos grupos; exceto para os indivíduos com 65 anos ou mais, em que o excesso de peso apareceu com tendência crescente e a obesidade decrescente.

Segundo a literatura, em muitos países, a prevalência de excesso de peso e obesidade entre homens tende a aumentar com a idade, até chegar aos 55 anos, e daí em diante diminui; porém, entre as mulheres, a prevalência para ambos continua a aumentar com o avançar da idade[18,19]. No entanto, os padrões do IMC de adultos para as pessoas idosas não são consensuais, principalmente porque os pontos de corte podem ser inapropriados diante das modificações fisiológicas que ocorrem no envelhecimento, gerando mudanças da composição corporal. Embora o MS possua uma classificação segundo o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan) – sistema de informação que monitora a situação nutricional da população –, este estudo adotou os parâmetros da OMS baseados em um amplo estudo de base populacional americano abrangendo pessoas de todas as idades, incluindo as pessoas idosas[20,21].

De acordo com Souza et al.[22], hábitos alimentares possuem grande papel na construção de vida do ser humano e podem ser mutáveis ao longo da vida. Uma infância com consumo de alimentos calóricos e com pouco consumo de verduras, frutas e vegetais tende a fazer com que o indivíduo apresente maior propensão, na vida adulta, a manter esse hábito, aumentando, em geral, a quantidade de calorias em relação ao que gasta, gerando acúmulo de gordura[22,23]. Chama a atenção a elevação do gradiente do excesso de peso e obesidade com o aumento da escolaridade. Esses achados revelaram similaridade com os estudos de Fildes et al.[23] e Xia et al.[24], contudo, os autores chamaram a atenção para o fato de que pessoas com maior escolaridade tendem a ter maior acesso a medidas de tratamento[24,25]. Entre os que se declararam pretos, pardos e indígenas, houve tendência crescente de obesidade, e diferentes aspectos podem exacerbar esse cenário.

Em um município complexo como o Rio de Janeiro, é preciso ampliar a discussão da vulnerabilidade social e de raça. Sem dúvida, o contexto social no qual os indivíduos pretos, pardos e indígenas estão inseridos pode

repercutir na adoção ou não de comportamentos mais saudáveis, que venham a favorecer o ganho de peso[23].

Estudo publicado em 2023, sobre incremento de peso nas populações das etnias branca e preta no Brasil, mostrou, com dados do Vigitel, que há aumento mais acentuado da prevalência de sobrepeso e obesidade em populações da etnia preta[26]. Os autores também destacaram que as populações da etnia preta possuíam uma alimentação de menor qualidade, quando comparada à população de etnia branca, demonstrando a necessidade de compreender e problematizar mudanças estruturais em diversos segmentos que podem repercutir em iniquidades em saúde.

Investigação seccional com amostra de pessoas idosas com 65 anos ou mais, residentes em comunidades do Brasil, mostrou que a categoria cor/raça preta estava mais associada à obesidade, em comparação à cor/raça parda, mesmo com o ajuste de variáveis socioeconômicas (escolaridade e renda familiar)[27].

No estudo de coorte Elsa-Brasil, que envolveu servidores públicos de instituições brasileiras com idade entre 35 e 74 anos, também houve maior incidência de excesso de peso entre mulheres negras e com baixa escolaridade[28]. Em investigação seccional com amostra de pessoas idosas de 65 anos ou mais, residentes em comunidades do Brasil, a categoria cor/raça preta estava associada, entre as mulheres, à obesidade geral e central, em comparação à cor/raça parda, mesmo com o ajuste de variáveis socioeconômicas (escolaridade e renda familiar)[29].

Embora não haja uma relação clara entre estado civil e excesso de peso ou obesidade, alguns estudos sugerem que as pessoas casadas têm maior probabilidade de ter IMC mais elevado[30]; neste estudo, por sua vez, a obesidade segue uma tendência de aumento entre os solteiros. Para Meller et al.[31], o estado civil pode estar associado a diferenças no estilo de vida, em que pessoas com companheiro podem ter maior probabilidade de compartilhar refeições em família e seguir uma rotina mais regular de alimentação, o que pode influenciar positivamente a saúde e reduzir o risco de obesidade. Por outro lado, pessoas solteiras ou divorciadas tendem a ter mais liberdade em suas escolhas alimentares e menos responsabilidades familiares, o que pode resultar em hábitos menos saudáveis[32].

Diante da multicausalidade envolvida com o problema, cujas raízes são sistêmicas, formuladores de políticas públicas e gestores precisam fortalecer a coordenação do cuidado para alcançar a desaceleração do excesso de peso e da obesidade na população. Políticas diversas vêm sendo induzidas pelo governo federal, como o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT, 2021-2030, alinhadas às metas da Agenda 2030 formulada pela Organização das Nações Unidas[33]. São medidas que reconhecem a necessidade de atuar sobre os determinantes sociais a partir de uma adequada coordenação do cuidado entre os serviços. Em âmbito municipal, o enfrentamento do problema marcado por desertos alimentares, desigualdades sociais e fragilidade da própria estrutura da rede de atenção passa pelo fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) enquanto um espaço singular para prevenir e tratar o excesso de peso na população, prioritariamente pela sua capilaridade nos territórios[32,33].

A implantação de Equipes Multiprofissionais – eMulti (antigos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – Nasf) e do Programa Academia Carioca na APS pode contribuir para o enfrentamento da problemática, ajudando a potencializar a integração da promoção da alimentação adequada e saudável com atividades físicas e corporais[34,35]. Considerando que os hábitos alimentares podem ser mutáveis ao longo da vida[22], uma infância com consumo de alimentos calóricos e redução de verduras, frutas e vegetais tende a fazer com que o adulto apresente maior propensão a manter esse hábito, aumentando, em geral, a quantidade de calorias em relação ao que gasta, gerando acúmulo de gordura[22,23].

Ademais, a questão alimentar pode estar inserida em um problema social, diante de famílias que lidam com a escassez de alimentos saudáveis (in natura ou minimamente processados), seja pelo baixo poder aquisitivo, seja pela concentração de estabelecimentos que oferecem comida saudável em áreas mais ricas. Estimular a produção e o acesso a alimentos saudáveis por meio da ampliação da oferta de produtos *in natura* na alimentação escolar, da criação de mecanismos facilitadores de feiras livres e do desenvolvimento da agricultura urbana pode ajudar na promoção da sustentabilidade, em prol de hábitos alimentares mais saudáveis, além de contribuir para a sensibilização e o engajamento das pessoas, tornando-as mais protagonistas do processo de mudança. A instalação de hortas comunitárias pode ocorrer em espaços públicos, como praças e jardins, ou em locais destinados pela prefeitura, o que fortaleceria não só o acesso a alimentos frescos como também a integração social. Esse movimento pode ajudar a quebrar paradigmas sobre a ideia de complexidade no preparo, além de auxiliar a resgatar a história e a identidade cultural que envolvem as refeições e o acesso real aos alimentos[36,37].

Uma das principais áreas técnicas de alimentação e nutrição no município, a Unidade de Nutrição Annes Dias (Unad), tem buscado valorizar esse debate, mas ainda assim, nem sempre os esforços se transformam em ações estratégicas devido ao contexto político-institucional[36], em que muitos projetos têm dificuldade de sair do discurso da multidisciplinaridade como respostas concretas aos problemas complexos[38].

Recentemente, foi instituída, em âmbito nacional, a Estratégia de Prevenção da Obesidade, cujo propósito é promover a redução da ocorrência dessas condições, principalmente entre crianças, adolescentes e populações em situação de maior vulnerabilidade e risco social. Espera-se que o município do Rio de Janeiro, ao implementar essa proposta, amplie a articulação de políticas públicas com iniciativas de produção, acesso e consumo de alimentos saudáveis, em uma perspectiva de segurança alimentar e nutricional, em conjunto com a promoção da atividade física e o fomento à mobilidade urbana[39].

Por fim, vale destacar algumas limitações quanto ao uso do Vigitel, que se restringe a indivíduos com telefone fixo e, atualmente, a maioria das pessoas vem optando por celular, o que pode implicar viés de seleção; porém, a metodologia é amplamente utilizada e recomendada na área de pesquisas, além de ser validada para o Brasil. Outro ponto importante é que essas diferenças foram identificadas com base em dados antropométricos autorrelatados pelo entrevistado, o que pode gerar imprecisões no cálculo do IMC, limitando a validade desta pesquisa.

Considerações finais

Este estudo buscou contribuir para a compreensão do cenário epidemiológico do excesso de peso e da obesidade no município do Rio de Janeiro. A base de evidências mostrou que características sociodemográficas podem ter influência na tendência desses fenômenos, com prevalência da obesidade maior entre os que possuem 9 anos ou mais de escolaridade, pessoas idosas e indivíduos de cor preta. No entanto, é preciso considerar que diferenças ocorrem quando as medidas antropométricas são autorrelatadas pelo entrevistado, o que pode levar a imprecisões no cálculo do IMC e, por conseguinte, limitar a validade desta pesquisa.

Os resultados reforçam a necessidade de investir em ações intersetoriais e interdisciplinares, para além do setor da saúde, a fim de mudar a perspectiva sobre hábitos e comportamentos de vida.

Investir na arquitetura urbana para ampliar os espaços para a prática de atividade física, assim como avançar na vigilância alimentar e nutricional, com uma abordagem familiar da obesidade que ultrapasse o enfoque da culpabilização do indivíduo, ajudará a potencializar a organização da assistência para os pacientes.

São esforços que podem aumentar as chances de reconhecer ambientes obesogênicos, auxiliando no fortalecimento de condutas que possam prevenir, controlar e tratar o excesso de peso e a obesidade ao longo da vida, de forma a não deixar ninguém para trás em termos dos benefícios que podem ser adquiridos com ações promotoras de saúde.

Contribuições de autoria

Oliveira CCM (0000-0002-6419-7506)*, Campos ACP (0000-0001-5523-8444)*, Silva BRM (0000-0002-2664-9794)*, Casas CPR (0000-0002-2759-0544)* e Cunha EM (0000-0002-0567-2952)* colaboraram igualmente para elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Bennett JE, Stevens GA, Mathers CD, et al. NCD Countdown 2030: worldwide trends in noncommunicable disease mortality and progress towards Sustainable Development Goal target 3.4. Lancet. 2018;392(10152):1072-88. DOI: https://doi.org/10.1016/s0140-6736(18)31992-5

2. Bahia L, Coutinho ESF, Barufaldi LA, et al. The costs of overweight and obesity-related diseases in the Brazilian public health system: cross-sectional study. BMC Public Health. 2012;12:440-7. DOI: https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-440

3. World Health Organization. World Obesity Day 2022 – Accelerating Action to Stop Obesity [Internet]. Geneva: WHO; 2022 [acesso em 2025 out 20]. Disponível em: https://www.who.int/news/item/04-03-2022-world-obesity-day-2022

4. Lobstein T, Jackson-Leach R, Powis J, et al. World Obesity Atlas 2023 [Internet]. London: World Obesity Federation; 2023 [acesso em 2025 out 20]. Disponível em: https://www.worldobesity.org/resources/resource-library/world-obesity-atlas-2023

5. Ferrari G, Giannichi B, Resende B, et al. The economic burden of overweight and obesity in Brazil: perspectives for the Brazilian Unified Health System. Public Health. 2022;207:82-7. DOI: https://doi.org/10.1016/j.puhe.2022.03.015

6. Wickramasinghe K, Williams J, Rakovac I, et al. Key messages of the WHO European Regional Obesity Report. Eur J Public Health. 2022;32(Supl 3):ckac129.354. DOI: https://doi.org/10.1093/eurpub/ckac129.354

7. Hales CM, Fryar CD, Carroll MD, et al. Trends in obesity and severe obesity prevalence in US youth and adults by sex and age, 2007–2008 to 2015–2016. JAMA. 2018;319(16):1723-5. DOI: https://doi.org/10.1001/jama.2018.3060

8. Organização Pan-Americana da Saúde. Doenças cardiovasculares [Internet]. Washington, DC: OPAS/OMS; 2022 [acesso em 2025 out 20]. Disponível em: https://www.paho.org/pt/topicos/doencas-cardiovasculares

9. Monteiro dos Santos JE, Crispim SP, Murphy J, et al. Health, lifestyle and sociodemographic characteristics are associated with Brazilian dietary patterns: Brazilian National Health Survey. PLoS One. 2021;16(2):e0247078. DOI: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247078

10. Ministério da Saúde (BR). Vigitel Brasil 2017: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018 [acesso em 2025 out 20]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2017.pdf

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua trimestral – PNADC/T [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2018 [acesso em 2025 out 20]. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/

12. Khaleghi AA, Salari N, Darvishi N, et al. Global prevalence of obesity in the older adults: A meta-analysis. Public Health Pract (Oxf). 2025;9:100585. DOI: https://doi.org/10.1016/j.puhip.2025.100585

13. Prais SJ, Winsten CB. Trend estimators and serial correlation. Chicago: Cowles Commission; 1954. (CCDP statistics; no. 383).

14. Antunes JLF, Cardoso MRA. Uso da análise de séries temporais em estudos epidemiológicos. Epidemiol Serv Saúde. 2015;24(3):565-76. DOI: https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000300024

15. Brito RC, Oliveira AGR. Validation of self-reported measures of nutritional status: a study based on the PNS 2019. Rev Saúde Pública. 2024;58:28. DOI: https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2024058005505

16. Malta DC, Silva AG, Tonaco LAB, et al. Tendência temporal da prevalência de obesidade mórbida na população adulta brasileira entre os anos de 2006 e 2017. Cad Saúde Pública. 2019;35(9):e00223518. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311X00223518

17. Rache B, Aguillar A, Rocha R, et al. Doenças crônicas e seus fatores de risco e proteção: tendências recentes no Vigitel. Nota Técnica nº 25 [Internet]. São Paulo: IEPS; 2022 [acesso em 2025 out 20]. Disponível em: https://ieps.org.br/pesquisas/notas-tecnicas/nota-tecnica-25

18. Bento IC, Esteves JMM, Franca TE. Alimentação saudável e dificuldades para torná-la uma realidade: percepções de pais/responsáveis por pré-escolares de uma creche em Belo Horizonte/MG, Brasil. Ciênc saúde coletiva. 2015;20(8):2389-400. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232015208.16052014

19. Santos IKS, Conde WL. Variação de IMC, padrões alimentares e atividade física entre adultos de 21 a 44 anos. Ciênc saúde coletiva. 2019;24(11):4269-80. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.23562019

20. Barbosa BB, Baltar VT, Horta RL, et al. Food and Nutrition Surveillance System (SISVAN) coverage, nutritional status of older adults and its relationship with social inequalities in Brazil, 2008–2019: an ecological time-series study. Epidemiol Serv Saúde. 2023;32(1):e2022595. DOI: https://doi.org/10.1590/s2237-96222023000100003

21. Silva LES, Oliveira MM, Stopa SR, et al. Tendência temporal da prevalência do excesso de peso e obesidade na população adulta brasileira, segundo características sociodemográficas, 2006-2019. Epidemiol Serv Saúde. 2021;30(1):e2020294. DOI: https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000100008

22. Sousa APM, Pereira IC, Araujo LL, et al. Prevalência e fatores associados ao excesso de peso em adultos nas capitais e no Distrito Federal, Brasil, 2019. Epidemiol Serv Saúde. 2021;30(3):e2020838. DOI: https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000300014

23. Fildes A, Charlton J, Rudisill C, et al. Probability of an obese person attaining normal body weight: cohort study using electronic health records. Am J Public Health. 2015;105(9):e54-9. DOI: https://doi.org/10.2105/ajph.2015.302773

24. Xia Y, Kelton CML, Guo JJ, et al. Treatment of obesity: pharmacotherapy trends in the United States from 1999 to 2010. Obesity (Silver Spring). 2015;23(8):1721-8. DOI: https://doi.org/10.1002/oby.21136

25. Orakaa CS, Faustino DM, Oliveira E, et al. Raça e obesidade na população feminina negra: uma revisão de escopo. Saúde Soc. 2020;29(3):e191003. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-12902020191003

26. Alvim Matos SM, Duncan BB, Bensenor IM, et al. Incidence of excess body weight and annual weight gain in women and men: results from the ELSA-Brasil cohort. Am J Hum Biol. 2022;34:e23606. DOI: https://doi.org/10.1002/ajhb.23606

27. Moretto MC, Fontaine AM, Garcia CAMS, et al. Associação entre cor/raça, obesidade e diabetes em idosos da comunidade: dados do Estudo FIBRA. Cad Saúde Pública. 2016;32(10):e00081315. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311X00081315

28. Silva AG, Andrade FMD, Ribeiro EG, et al. Temporal trends of morbidities, and risk and protective factors for noncommunicable diseases in elderly residents in Brazilian capitals. Rev Bras Epidemiol. 2023;26:e230009. DOI: https://doi.org/10.1590/1980-549720230009.supl.1

29. Bell CN, Thorpe Jr RJ. Income and marital status interact on obesity among Black and White men. Am J Mens Health. 2019;13(1):1557988319829952. DOI: https://doi.org/10.1177/1557988319829952

30. Liu J, Garstka MA, Chai Z, et al. Marriage contributes to higher obesity risk in China: findings from the China Health and Nutrition Survey. Ann Transl Med. 2021;9(7):564. DOI: https://doi.org/10.21037/atm-20-4550

31. Meller F, Grande AJ, Quadra MR, et al. Qualidade de vida e fatores associados em trabalhadores de uma universidade do Sul de Santa Catarina. Cad saúde colet. 2020;28(1):87-97. DOI: https://doi.org/10.1590/1414-462X202028010327

32. Ramos DBN, Burlandy L, Dias PC, et al. Propostas governamentais brasileiras de ações de prevenção e controle do sobrepeso e obesidade sob perspectiva municipal. Cad Saúde Pública. 2020;36(6):e00116519. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311X00116519

33. Pinheiro MC, Moura ALSP, Bortolini GA, et al. Abordagem intersetorial para prevenção e controle da obesidade: a experiência brasileira de 2014 a 2018. Rev Panam Salud Publica. 2019;43:e58. DOI: https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.58

34. Padilha MA, Oliveira CM, Figueiró AC. Estudo de avaliabilidade do Programa Academia Carioca da Saúde: desafios para a promoção da saúde. Saúde Debate. 2015;39(105):375-86. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-110420151050002006

35. Cavalcante EFL. Planejamento e coordenação de ações de alimentação e nutrição: enfrentamento do sobrepeso e da obesidade no Município do Rio de Janeiro [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2017.

36. Assis CN. Práticas de cuidado às pessoas com excesso de peso no Sistema Saúde: onde ficam os sujeitos e a subjetividade? [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2017.

37. Silva ACR. Organização da linha de cuidado da obesidade no Estado do Rio de Janeiro [trabalho de conclusão de curso]. Niterói: Faculdade de Nutrição Emilia Jesus Ferreiro, Universidade Federal Fluminense, 2019. 34 f.

38. Burlandy L, Teixeira MRM, Castro LMC, et al. Modelos de assistência ao indivíduo com obesidade na atenção básica em saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. Cad Saúde Pública. 2020;36(3):e00093419. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311X00093419

39. Presidência da República (BR) [Internet]. [Brasília, DF]: Presidência da República; 2025. Governo institui a Estratégia de Prevenção da Obesidade; 2025 out 21 [atualizado em 2025 out 21; acesso em 2025 out 22]. Disponível em: https://www.gov.br/planalto/pt-br/acompanhe-o-planalto/noticias/2025/10/governo-institui-a-estrategia-de-prevencao-da-obesidade-1

Recebido em 13/03/2025
Aprovado em 10/02/2026
Conflito de interesses: inexistente
Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito
Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Jamilli Silva Santos, Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador (Bahia/BA), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/5997468854789199 – Orcid: https://orcid.org/0000-0001-8965-0904 – e-mail: jamilli.santos@ufba.br