

# INFORME EPIDEMIOLÓGICO

**Taxa de prevalência e distribuição da obesidade em adultos no Brasil no ano de 2024**

## **ACADÊMICOS DE MEDICINA ETAPA 2/UNIVAG**

Edvan Manoel de Azevedo Júnior  
Guilherme Cristóvão Hahn Maggi  
Luana Hikari Nakao  
Larissa de Paiva Maia  
Maria Vitória Paes Bugalho  
Raphael Haddad Duailibi  
Vítor Reginatto Bremm

## **DOCENTE RESPONSÁVEL PELO PROJETO**

Roselma Marcele da Silva Alexandre Kawakami

## **SUPERVISORA DO PEI**

Patrícia da Silva Ferreira



**Edição nº 35. Dezembro de 2025**  
**Centro Universitário – UNIVAG**  
**Curso de Medicina**  
**Programa Extensionista Integrador**

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>3</b>
<b>2. MÉTODOS .....</b>	<b>4</b>
<b>3. RESULTADOS.....</b>	<b>5</b>
<b>4. DISCUSSÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>13</b>
<b>6. REFERÊNCIAS .....</b>	<b>14</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A obesidade é uma doença que tem como principal traço o acúmulo excessivo de gordura no corpo, caracterizada pelo índice de massa corporal igual ou superior a 30 kg/m<sup>2</sup>. Essa condição apresentou crescimento significativo nas últimas décadas, influenciada por fatores genéticos, socioeconômicos, culturais e de estilo de vida, além de estar associada a outras comorbidades.<sup>1</sup>

Indivíduos com obesidade têm risco aumentado para diabetes tipo 2, doenças cardiovasculares, diversos tipos de câncer e distúrbios musculoesqueléticos. Além disso, a obesidade acelera o envelhecimento, promovendo inflamação crônica de baixo grau, estresse oxidativo, rigidez arterial e disfunção endotelial.<sup>2</sup> Atualmente é um problema de saúde pública mundial, integrante do grupo de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT).<sup>3</sup> O estudo apontou que, em 2005, havia cerca de 1,6 bilhões de pessoas com excesso de peso e 400 milhões de obesos, com projeções de crescimento contínuo.<sup>2</sup>

Nesse contexto, o combate à obesidade envolve uma abordagem multifacetada, com ações que vão desde a conscientização individual até políticas públicas de grande escala. O Ministério da Saúde coordena estratégias como o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil (2021-2030), que tem como meta conter o crescimento da obesidade e incentivar o consumo de alimentos saudáveis. Para isso, é essencial a implementação de políticas que protejam a população de ambientes "obesogênicos", que evitem o consumo de alimentos ultraprocessados e o sedentarismo.<sup>4,5</sup>

O Sistema Único de Saúde (SUS) atua para garantir um atendimento integral e não estigmatizante, para qualificar os profissionais de saúde no manejo da obesidade. Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha um papel fundamental no acompanhamento de pessoas obesas oferecendo apoio multidisciplinar.<sup>6</sup>

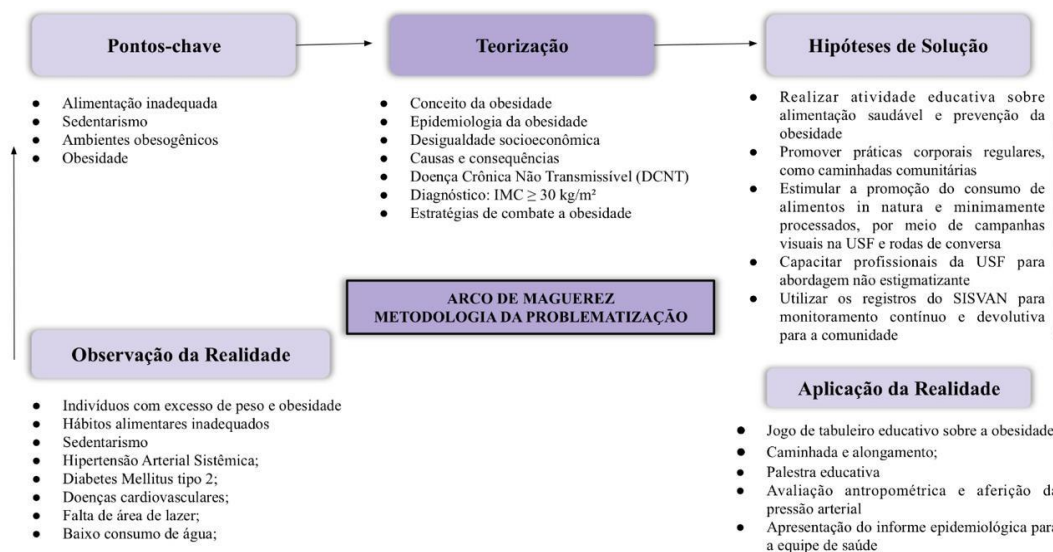
Diante do exposto, este informe epidemiológico é importante para a saúde pública, pois elucidada os principais desafios da obesidade por meio da literatura. Do ponto de vista acadêmico, contribui para o aprimoramento do conhecimento científico e para a formação crítica dos estudantes de medicina. Sob o aspecto social, o estudo reforça a importância de ações educativas voltadas à promoção de hábitos saudáveis e modificação do estilo de vida. Assim, o objetivo deste informe foi analisar a distribuição e a taxa de prevalência da obesidade em uma Unidade de Saúde da Família (USF), em Várzea Grande, no Mato Grosso e no Brasil no ano de 2024.

## 2. MÉTODOS

Este informe epidemiológico curricular foi elaborado por acadêmicos de medicina do UNIVAG, que cursam o Programa Extensionista Integrador na segunda etapa. A coleta de dados foi realizada por meio do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), a nível nacional, estadual, municipal e local, no segundo semestre de 2025. As variáveis utilizadas foram sociodemográficas, tais como o sexo, faixa etária, considerando as pessoas adultas, com idade de 20 a 59 anos e a raça/cor (branca, preta, parda, amarela e indígena). Além da condição nutricional, utilizando o Índice de Massa Corporal (IMC). Os dados foram organizados, interpretados e apresentados utilizando quadros e gráficos.

O indicador definido foi a prevalência da obesidade no ano de 2024, a qual é a proporção de indivíduos em uma população que tem uma determinada doença ou condição em um ponto específico no tempo. Para o seu cálculo, foram utilizados os seguintes dados: em 2024 a população no Brasil era 203.080.756, em Mato Grosso 3.658.649, em Várzea Grande 300.078, na USF Álvaro Ribeiro Rocha do Jardim Eldorado 6.000 pessoas. Ademais, também foi utilizado a frequência absoluta e a relativa para análise de dados. Para o levantamento do problema foi utilizada a metodologia da problematização, conforme ilustrado na figura 1.

**Figura 1: Arco de Maguerez, 2025.**



**Fonte: Elaborado pelos autores, 2025.**

Essa iniciativa possibilitou aos estudantes planejarem por meio do 5W2H e executarem as atividades extensionistas na USF. Desse modo, foram respeitados os princípios éticos da

pesquisa em saúde, com base na Resolução CNS nº 466/2012 por utilizar dados secundários, os quais são públicos.

### 3. RESULTADOS

Em 2024, foram registrados no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional no Brasil 9.465.151 casos de obesidade em adultos, sendo 5.821.340 em indivíduos com obesidade grau I, o que correspondia a 61,50% da população acompanhada. A obesidade grau II foi identificada em 2.370.733, o que representou 25,04% do total, e a obesidade grau III em 1.273.087, correspondendo a 13,45%. Na distribuição por sexo, entre mulheres foram contabilizados 4.371.375 casos de obesidade grau I (75,09%), 1.913.922 de grau II (80,73%) e 1.057.600 de grau III (83,07%). Entre os homens, foram registrados 1.449.965 casos de obesidade grau I (24,90%), 456.811 de grau II (19,26%) e 215.478 de grau III (16,9%).

Quanto à raça/cor da pele, a população amarela apresentou 867.021 casos de obesidade grau I (14,89%), 329.461 de grau II (13,89%) e 166.011 de grau III (13,04%). Entre brancos, foram registrados 1.894.503 casos de obesidade grau I (32,54%), 798.739 de grau II (33,69%) e 446.501 de grau III (35,07%). Na população indígena, 28.101 pessoas tiveram obesidade grau I (0,48%), 9.659 grau II (0,40%) e 3.934 grau III (0,3%). Entre pardos, os números foram 1.712.661 para grau I (29,42%), 681.933 para grau II (28,76%) e 348.338 para grau III (27,36%). Já na população preta, os registros indicaram 333.773 casos de obesidade grau I (5,73%), 150.347 de grau II (6,41%) e 92.830 de grau III (7,29%) e sem informação 985.281 (16,92%) obesidade I, 400.594 (16,89%) obesidade II, 215.464 (16,9%) obesidade III, conforme evidenciado no quadro 01.

**Quadro 1: Distribuição de pessoas adultas obesas no Brasil, segundo sexo e raça/cor, 2024.**

CLASSIFICAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL	OBESIDADE GRAU I		OBESIDADE GRAU II		OBESIDADE GRAU III	
	n	%	n	%	n	%
<b>TOTAL</b>	5.821.340	61,50%	2.370.733	25,04%	1.273.078	13,45%
<b>SEXO</b>						
Feminino	4.371.375	75,09%	1.913.922	80,73	1.057.600	83,07

Masculino	1.449.965	24,90%	456.811	19,26	215.478	16,9
<b>RAÇA/COR DE PELE</b>						
Amarelo	867.021	14,89%	329.461	13,89%	166.011	13,04
Branco	1.894.503	32,54%	798.739	33,69%	446.501	35,07
Indígena	28.101	0,48%	9.659	0,40%	3.934	0,3
Pardo	1.712.661	29,42%	681.933	28,76%	348.338	27,36
Preto	333.773	5,73%	150.347	6,41%	92.830	7,29
Sem informação	985.281	16,92%	400.594	16,89%	215.464	16,9

Fonte: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, Ministério da Saúde, 2025.

Os dados demonstraram que as mulheres concentraram a maior parte dos casos em todos os graus da doença e que há desproporcionalidade entre os segmentos populacionais, o que pode significar diferenças relevantes na distribuição de recursos e no acesso a condições de vida e saúde adequadas. Esses resultados sugeriram que fatores biológicos, sociais, raciais e comportamentais influenciaram de maneira distinta o risco de desenvolvimento da obesidade.

Em Mato Grosso, no ano de 2024, foi registrado um total de 257.603 pessoas adultas com casos de obesidade, sendo 158.011 (61,33%) pessoas com obesidade grau I, 65.263 (25,33%) com obesidade grau II e 34.329 (13,32%) com obesidade grau III. Entre sexo, as mulheres apresentaram 110.423 (69,88%) com obesidade grau I, 50.167 (76,86%) com obesidade grau II e 27.588 (80,36%) com obesidade grau III. Entre os homens, foram registrados 47.588 (30,11%) casos de obesidade grau I, 15.096 (23,13%) de grau II e 6.741 (19,63%) de grau III.

Já em relação à raça/cor da pele, observou-se que a obesidade grau I atinge 36.827 (23,30%) pessoas autodeclaradas amarelas, 39.981 (25,30%) brancas, 2.130 (1,34%) indígenas, 50.838 (32,18%) pardas, 8.870 (5,61%) pretas e sem informação 19.345 (12,24%). Já na obesidade grau II, os números absolutos foram de 14.948 (22,90%) para amarelos, 16.092 (24,65%) para brancos, 675 (1,03%) para indígenas, 21.421 (32,82%) para pardos, 4.137 (6,33%) para pretos e sem informação 7.990 (12,24%). Por fim, na obesidade grau III, observou-se 7.679 (22,36%) pessoas amarelas, 8.342 (24,30%) brancas, 215 (0,62%) indígenas, 11.474 (33,42%) pardas, 2.412 (7,02%) pretas e sem

informação 4.207 (12,25%) conforme quadro 2.

**Quadro 2: Distribuição de pessoas adultas obesas em Mato Grosso, segundo sexo e raça/cor,**

CLASSIFICAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL	OBESIDADE GRAU I		OBESIDADE GRAU II		OBESIDADE GRAU III	
	n	%	n	%	n	%
<b>TOTAL</b>	158.011	61,33%	65.263	25,33%	34.329	13,32%
<b>SEXO</b>						
Feminino	110.423	69,88%	50.167	76,86%	27.588	80,36%
Masculino	47.588	30,11%	15.096	23,13%	6.741	19,63%
<b>RAÇA/COR DE PELE</b>						
Amarelo	36.827	23,30	14.948	22,90	7.679	22,36
Branco	39.981	25,30	16.092	24,65	8.342	24,30
Indígena	2.130	1,34	675	1,03	215	0,62
Pardo	50.858	32,18	21.421	32,82	11.474	33,42
Preto	8.870	5,61	4.137	6,33	2.412	7,02
Sem informação	19.345	12,24	7.990	12,24	4.207	12,25

**2024.**

**Fonte: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, Ministério da Saúde, 2025.**

Em Mato Grosso, no ano de 2024, a obesidade atinge de forma mais intensa o sexo feminino. Esse fator pode estar relacionado principalmente sob o aspecto social, onde muitas mulheres enfrentam a chamada dupla jornada, dividindo-se entre trabalho remunerado e responsabilidades domésticas, o que limita o tempo para a prática regular de atividade física e o autocuidado. A isso se somam desigualdades de acesso a espaços de lazer, serviços de saúde e alimentação saudável, mais acentuadas em populações de menor renda.

Em 2024, na cidade de Várzea Grande, identificou-se um total de 15.433 pessoas com obesidade na população adulta. Desse total, 8.957 indivíduos (58,03%) apresentavam obesidade grau I, 4.084 (26,46%) obesidade grau II e 2.392 (15,49%) obesidade grau III. Ao analisar a distribuição por sexo, observa-se que as mulheres apresentaram mais casos obesidade em todos os graus. No grau I, foram registradas 6.891 mulheres (76,93%) e 2.066 homens (23,06%); no grau II, 3.363 mulheres

(82,34%) e 721 homens (17,65% s); e, no grau III, 2.020 mulheres (84,4%) e 372 homens (15,55%).

A distribuição segundo raça/cor, evidenciou o grau I, 3.090 pardos (34,49%) e 2.609 amarelos (29,12%), seguidos por 1.245 brancos (13,89%), 630 pretos (7,03%), 8 indígenas (0,08%) e sem informação 1.375 (15,35%). Já no grau II, 1.389 pardos (34,01%), 1.120 amarelos (27,42%), 527 brancos (12,9%), 354 pretos (13,19%), 6 indígenas (0,14%) e sem informação 688 (16,84%). No grau III, a obesidade foi registrada em 802 pardos (33,52%), 644 amarelos (26,92%), 358 brancos (14,9%), 221 pretos (9,23%), 1 indígena (0,04%) e sem informação 366 (15,30%).

Esses dados evidenciaram diferenças com maior impacto da obesidade entre mulheres, pardos e amarelos. Assim, observou-se que a obesidade no município refletiu as diferenças demográficas, mas também os determinantes sociais da saúde, reforçando a necessidade de políticas públicas que enfrentam as desigualdades principalmente de gênero e raça/cor.

**Quadro 3: Distribuição de pessoas adultas obesas em Várzea Grande, segundo sexo e raça/cor, 2024.**

CLASSIFICAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL	OBESIDADE GRAU I		OBESIDADE GRAU II		OBESIDADE GRAU III	
	n	%	n	%	n	%
<b>TOTAL</b>	8957	58,03	4084	26,46	2392	15,49
<b>SEXO</b>						
Feminino	6891	76,93	3363	82,34	2020	84,4
Masculino	2066	23,06	721	17,65	372	15,55
<b>RAÇA/COR DE PELE</b>						
Amarelo	2609	29,12	1120	27,42	644	26,92
Branco	1245	13,89	527	12,9	358	14,9
Indígena	8	0,08	6	0,14	1	0,04
Pardo	3090	34,49	1389	34,01	802	33,52
Preto	630	7,03	354	8,66	221	9,23
Sem informação	1.375	15,35	688	16,84	366	15,30

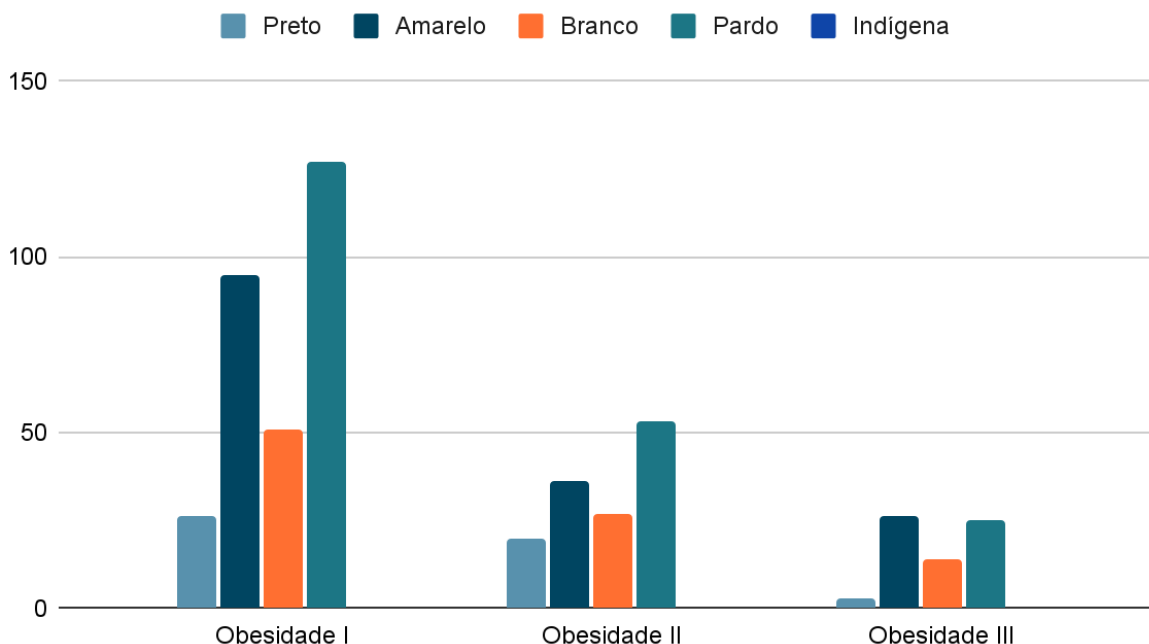
Fonte: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, Ministério da Saúde, 2025.

Na área de abrangência da USF Álvaro Ribeiro Rocha, foram registradas 604 pessoas com obesidade, dessas, 362 (59,93%) pessoas em obesidade grau I, seguidas de 168 (27,81%) em grau II e 74 (12,25%) em grau III. Portanto, infere-se que o nível 1 de obesidade foi a que está mais

fortemente acometendo a população estudada. Nesse sentido, na população autodeclarada parda, foi evidenciado a presença majoritária da obesidade do grau I com 127 (35,08%) pessoas, seguido do grau II com 53 (31,54%) e por fim a grau III com 25 (33,78%). Seguindo o mesmo critério, no agrupamento de pessoas amarelas, destacou-se uma maior concentração dentro da classificação de obesidade grau I com 95 (26,24%) pessoas, 36 (21,42%) em grau II e 26 (35,13%) casos de grau III. Quanto à parcela declarada branca, o registro de pessoas com obesidade apresentou 51 (14,08%) em grau I, 27 (16,07%) em grau II e 14 (18,91%) com grau III. Em relação aos da raça/cor preta, foram relatados principalmente obesidade grau I com 26 (7,18%) pessoas, grau II com 20 (11,9%) e somente 3 (4,05%) em grau III e sem informação, 63 grau I (17,40%), grau II 32 (19,04%) e grau III 6 (8,10%). Por fim, não havia informações sobre indígenas no SISVAN.

Com base nos dados apresentados no gráfico, observou-se uma distribuição uniforme dos participantes invariavelmente frente ao critério racial, mantendo-se, em todos eles, a maior concentração na classificação de obesidade grau I. Nota-se uma maior representatividade dos pardos nos graus I e II, embora haja certa equivalência entre eles e amarelos no grau III, evidenciando sua contribuição mais acentuada nesses níveis.

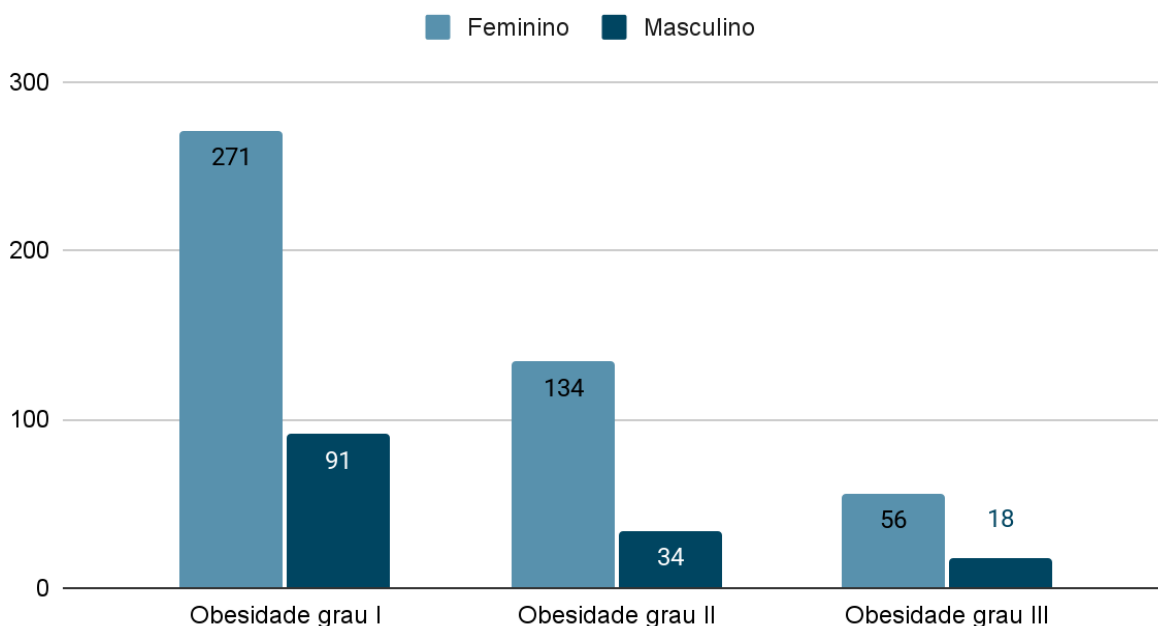
**Gráfico 1: Distribuição de pessoas adultas obesas da Unidade de Saúde da Família Álvaro Ribeiro Rocha, segundo raça/cor, 2024.**



Fonte: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, Ministério da Saúde, 2025.

Ademais, foi registrado pela USF no mesmo ano a presença de 271 (74,86%) pessoas do sexo feminino e 91 (25,3%) do masculino em obesidade de grau I, 134 (79,76%) pessoas do sexo feminino e 34 (20,23%) do masculino de grau II, por fim, 56 (75,67%) pessoas do sexo feminino e 18 (24,32%) do masculino com grau III. Tendo em vista os dados dispostos no gráfico, houve a dominância de mulheres dentro das 3 categorias de obesidade, principalmente destacada na distoância quantitativa dos participantes em grau I quando divididos conforme o sexo.

**Gráfico 2: Distribuição de pessoas adultas com classificação do IMC na Unidade de Saúde da Família Álvaro Ribeiro Rocha, segundo sexo, 2024.**



**Fonte: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, Ministério da Saúde, 2025.**

Em 2024, de acordo com dados do Sisvan, a prevalência de obesidade no Brasil foi estimada em 466,07/10.000 indivíduos. Esse indicador refletiu um cenário de alta carga de obesidade no país, configurando-se como um importante desafio para as políticas públicas de promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas. Quando observados os dados do Estado de Mato Grosso, notou-se um aumento expressivo na prevalência, alcançando 704,09/10.000 habitantes. Esse valor, superior à média nacional, apontou para a necessidade de fortalecer as ações de vigilância nutricional e estratégias regionais de enfrentamento da obesidade.

Em contrapartida, o município de Várzea Grande apresentou uma prevalência de 514,29/10.000 habitantes, valor consideravelmente inferior à média estadual. Essa discrepância

pode indicar subnotificação de casos ou inconsistências nos registros do sistema, devendo ser avaliada quanto à qualidade e completude dos dados informados.

Na área adscrita da USF Álvaro Ribeiro Rocha do Jardim Eldorado, a taxa de prevalência foi de 1.003,33/10.000 indivíduos. Essa taxa é superior à média do município, sugerindo diferenças intraurbanas relevantes e apontando o Jardim Eldorado como um território com maior concentração de pessoas com obesidade. Esses resultados evidenciaram heterogeneidades na distribuição da obesidade entre os diferentes níveis territoriais, reforçando a importância da análise local dos determinantes sociais e comportamentais da saúde para subsidiar ações de vigilância, prevenção e cuidado integral à população.

#### **4. DISCUSSÃO**

Os dados deste informe evidenciaram a magnitude da obesidade no Brasil e confirmaram desigualdades ligadas ao gênero, à raça e às condições socioeconômicas. Em consonância, estudo estimou que, no mundo, 700 milhões de pessoas seriam consideradas obesas em 2025, o que reforçou a urgência de estratégias de prevenção e controle.<sup>2</sup> Nesse contexto, as capitais de Cuiabá e Campo Grande destacaram-se entre as que apresentaram os maiores índices de obesidade do país, superando 21%.<sup>7</sup>

Essa doença é um fenômeno multifatorial e socialmente determinado, a maior prevalência entre mulheres está relacionada a fatores sociais e econômicos, como a sobrecarga de trabalho, o menor acesso a alimentos saudáveis e a limitação de tempo para autocuidado, além de aspectos hormonais. Esses elementos explicam por que a obesidade feminina se concentra em grupos de baixa renda e escolaridade.<sup>8</sup> Do ponto de vista biológico, as mulheres apresentam maior propensão fisiológica ao acúmulo de gordura corporal, associada a fases do ciclo hormonal como gestação, puerpério e menopausa.<sup>9</sup>

Sob a perspectiva social e comportamental, observou-se que muitas mulheres enfrentam dupla ou tripla jornada de trabalho, conciliando atividades profissionais, domésticas e familiares. Essa sobrecarga reduziu o tempo destinado ao autocuidado e ao preparo de refeições saudáveis, favorecendo escolhas alimentares rápidas e de menor qualidade nutricional. Essa dinâmica foi particularmente evidente entre mulheres jovens e adultas.<sup>10</sup>

Além disso, fatores psicossociais e culturais exerceram forte influência sobre o comportamento alimentar das mulheres. A pressão estética por padrões corporais inatingíveis,

aliada à insatisfação com a imagem corporal, frequentemente desencadeia ciclos de restrição alimentar e compulsão, conhecidos como “efeito sanfona”. Esse fenômeno contribui para o aumento gradual do peso corporal e para a dificuldade de manutenção de um estilo de vida saudável.<sup>9</sup>

As desigualdades raciais também são marcantes, as populações negras e pardas enfrentam piores condições de moradia e acesso à alimentação adequada, vivendo com frequência em “desertos alimentares”, onde predominam produtos ultraprocessados. Assim, a obesidade entre esses grupos reflete as desigualdades estruturais e o racismo institucional, e não apenas escolhas individuais. Além disso, o custo elevado dos alimentos saudáveis e a ampla oferta de produtos industrializados favorecem padrões alimentares de alta densidade calórica e baixo valor nutricional.<sup>11</sup> O ambiente obesogênico, além de limitar o acesso a práticas saudáveis, contribui diretamente para o aumento da obesidade em diferentes populações, situação que se observa tanto no Brasil como no estado de Mato Grosso e no município de Várzea Grande.<sup>11,12</sup>

Como resultado, as desigualdades e barreiras estruturais refletem-se na saúde da população nesses contextos, afetando a distribuição de recursos e o acesso a serviços de saúde, além da criação de ambientes alimentares que incentivem hábitos saudáveis. Portanto, evidenciou-se que fatores socioeconômicos e estruturais impactam de forma consistente o estado nutricional da população, desde o município até o país.

Diante desse cenário, o enfrentamento da obesidade requer a articulação de ações de educação alimentar, promoção da atividade física e redução das desigualdades sociais e raciais. No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), destacou-se o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde essencial para prevenção, rastreamento e tratamento da obesidade, sobretudo nos graus II e III, que estão associados ao aumento de doenças crônicas não transmissíveis.<sup>13</sup>

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A prevalência da obesidade em todas as regiões estudadas representaram neste informe um cenário preocupante, com destaque para a classificação da obesidade do grau I, o predomínio do sexo feminino e raça/cor parda e preta. Esses achados confirmaram que a obesidade é um fenômeno multifatorial, socialmente determinado e fortemente influenciado por determinantes ambientais e culturais.

A obesidade refletiu a complexa interação entre a dimensão biológica, ambiental e a desigualdade social, demandando abordagens coletivas, sustentáveis e equitativas. Somente com ações integradas e continuadas será possível conter o avanço desse agravo e promover uma melhor qualidade de vida para a população.

Nesse contexto, os estudantes de medicina desenvolveram atividades voltadas ao enfrentamento desse problema, como caminhadas comunitárias, palestras de controle da obesidade associando as campanhas do outubro rosa e novembro azul, além de jogos educativos de tabuleiro que buscaram estimular o aprendizado de forma lúdica e participativa. Essas ações mostraram-se fundamentais para sensibilizar a população sobre a importância da adoção de hábitos saudáveis e da prática regular de atividade física. Portanto, é essencial que iniciativas como essas sejam mantidas e incentivadas, fortalecendo o papel da atenção básica na promoção da saúde e no combate à obesidade.

Contudo, houveram limitações na construção do informe no que se refere a dados sociodemográficos, como a escolaridade devido a inconsistência desses no sistema de informação do SISVAN e pelo fato de que o sistema inclui apenas usuários da Atenção Primária à Saúde, podendo subestimar a prevalência real da obesidade na população geral.

A partir da realidade encontrada, recomenda-se o desenvolvimento de estudos longitudinais sobre a obesidade que envolvam a questão da insegurança alimentar e fatores ambientais. Também é necessário compreender o impacto dos determinantes psicossociais e culturais, incluindo de consumo, no comportamento alimentar e na saúde das mulheres.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wanderley EN, Ferreira VA. Obesidade: uma perspectiva plural. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2010 Jan 1;15(1):185–94. Available from: <https://www.scielo.org/article/csc/2010.v15n1/185-194/pt/>
2. World Gastroenterology Organisation. Obesidade: diretriz global. Versão completa. Milwaukee: WGO; 2011.
3. Fundação Getúlio Vargas. Idade, renda e falta de atividade física são os fatores mais associados à obesidade no Brasil, aponta estudo da FGV . São Paulo: Rede de Pesquisa FGV; 2023 Apr 27. Disponível em: <https://rededepesquisa.fgv.br/noticia/idade-renda-e-falta-de-atividade-fisica-sao-os-fatores-mais-associados-obesidade-no-brasil>. Acessado: 27 de outubro de 2025
4. Brasil. Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil 2021–2030. Brasília: Ministério da Saúde; 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/dcnt/plano-de-acoes-estrategicas-para-o-enfrentamento-das-dcnt-no-brasil-2021-2030>. Acessado: 27 de outubro de 2025
5. Díez-Villanueva P, Jiménez-Méndez C, Bonanad C, García-Blas S, Pérez-Rivera Á, Allo G, et al. Risk Factors and Cardiovascular Disease in the Elderly. *Reviews in Cardiovascular Medicine*. 2022 May 25;23(6):188.
6. Ferreira APR. Obesidade: promoção, prevenção e educação em saúde [Internet]. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo; outubro de 2025. Disponível em: [https://bariatricahucam.ufes.br/sites/bariatricahucam.ufes.br/files/field/anexo/29\\_10\\_obesidade\\_promocao\\_prevencao\\_e\\_educacao\\_em\\_saude\\_ana\\_paula.pdf](https://bariatricahucam.ufes.br/sites/bariatricahucam.ufes.br/files/field/anexo/29_10_obesidade_promocao_prevencao_e_educacao_em_saude_ana_paula.pdf).
7. Favre N, Favre L, Santini S. Obésité sarcopénique : défis diagnostiques et thérapeutiques [Sarcopenic obesity : diagnostic and therapeutic challenges]. *Rev Med Suisse*. 2025 Mar 19;21(910):531-535. French. doi: 10.53738/REVMED.2025.21.910.531. PMID: 40111295.
8. Prado SD, Gomes FS, Santos JFS, Carvalho MCVS, Ferreira FR, Prado S. Obesidade e as desigualdades sociais: considerações sobre o acesso à alimentação adequada e saudável no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2022;27(5):1739–1748. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/FQYtVV6c98mGT34zcPgMSKg>
9. Pastorello CCG, Costa CS, Claro RM, Louzada MLC. Variações nas tendências de crescimento da obesidade em adultos brasileiros entre 2006 e 2021. *Ciência Coletiva*. 2025;30(7). doi: 10.1590/1413-81232025307.19882023.
10. Brebal KMM, Silveira JAC, Menezes RCE, Epifânio SBO, Marinho PM, Longo-Silva G. Ganho de peso e mudança do estado nutricional de brasileiros após os 20 anos de idade: uma análise de série temporal (2006-2012). *Ciência Coletiva*. 2020;25(4). doi: 10.1590/1980-549720200045.

11. Triaca LM, dos Santos AMA, Tejada CAO. Socioeconomic inequalities in obesity in Brazil. *Economics and Human Biology*. 2020;39:100926. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ehb.2020.100926>
12. Silva DAS, Petroski EL, Peres MA. Prevalência de obesidade e fatores associados em adultos brasileiros: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2022;31(2):e2021421. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ee/a/VwzgHxzCsTCKwjfvqPMWy8S>
13. Araujo MC, Baltar VT, Yokoo EM, Sichieri R. The association between obesity and race among Brazilian adults is dependent on sex and socio-economic status. *Public Health Nutr*. 2018;21(11):2096-2102. doi:10.1017/S1368980018000307.