



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO GRANDE-MS
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA DE FAMÍLIA
E COMUNIDADE SESAU/FIOCRUZ**

CAROLINE ROBETE KAVANO

**EVOLUÇÃO TEMPORAL DO EXCESSO DE PESO E OBESIDADE EM
ADULTOS RESIDENTES DAS CAPITAIS BRASILEIRAS ENTRE 2006
E 2023**

CAMPO GRANDE - MS

2024



**Residência em Medicina de Família e Comunidade
SESAU | Campo Grande/MS**

**Avenida Afonso Pena, 3547 - Centro
CEP: 79002 - 072 - Campo Grande - MS
Tel: (67) 3056 - 8005**



CAROLINE ROBETE KAVANO

**EVOLUÇÃO TEMPORAL DO EXCESSO DE PESO E OBESIDADE EM
ADULTOS RESIDENTES DAS CAPITALS BRASILEIRAS ENTRE 2006
E 2023**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado
como requisito parcial para conclusão da Residência
em Medicina de Família e Comunidade da
SESAU/FIOCRUZ, de Mato Grosso do Sul.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Alanna Gomes da Silva

CAMPO GRANDE - MS

2024



Residência em Medicina de Família e Comunidade
SESAU | Campo Grande/MS

Avenida Afonso Pena, 3547 - Centro
CEP: 79002 - 072 - Campo Grande - MS
Tel: (67) 3056 - 8005



RESUMO

KAVANO, C. R.; DA SILVA, A.G. **Evolução Temporal do Excesso de Peso e Obesidade em adultos residentes das Capitais Brasileiras entre 2006 e 2023**. 23 folhas. Trabalho de Conclusão de Residência - Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade SESAU/FIOCRUZ. Campo Grande/MS, 2024.

Objetivo: Analisar as tendências das prevalências do excesso de peso e da obesidade na população adulta das capitais brasileiras, entre os anos de 2006 e 2023. **Métodos:** Estudo epidemiológico de serie temporal, na qual as unidades de análise foram as Capitais das Unidades Federativas do Brasil e do Distrito Federal. Analisaram-se as variáveis: Excesso de peso e obesidade, segundo sexo, idade, escolaridade e capitais brasileiras. Para as análises utilizou-se a regressão de Prais-Winsten e realizou-se, o cálculo da Variação Percentual Anual para cada variável analisada e os respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%). **Resultados:** Houve tendência de aumento da prevalência do excesso de peso e obesidade entre a população total residente nas capitais brasileiras passando de 42,7% em 2006 para 61,4% em 2023 (APC = 2,02; IC95% 1,7;2,34) e 11,9% para 24,3%, respectivamente em 2023. O aumento também ocorreu em ambos os sexos, em todas as faixas etárias e níveis de escolaridade. Em todas as capitais brasileiras ocorreram tendência de aumento com destaque para Aracajú (APC = 2,31; IC95% 1,86;2,77); Belém (APC = 2,38; IC95% 1,97;2,80) e Belo Horizonte (APC = 2,21; IC95% 1,95;2,46), no que se refere ao excesso de peso e Brasília (APC = 5,02; IC95% 3,92;6,13); Teresina (APC = 4,02; IC95% 3,48;4,57) e São Luis (APC = 4,09; IC95% 3,48;4,70) pra obesidade. **Conclusão:** Os resultados evidenciam um crescimento contínuo na prevalência do excesso de peso e da obesidade ao longo dos anos, reforçando a necessidade urgente de ações efetivas de prevenção e controle. Dessa forma, estratégias intersetoriais são essenciais para enfrentar essa epidemia, incluindo políticas públicas que promovam a alimentação saudável, o incentivo à prática regular de atividade física e medidas regulatórias para a redução do consumo de alimentos ultraprocessados e das desigualdades.

Palavras chaves: Obesidade. Sobrepeso. Fatores de Risco. Estudos Epidemiológicos.





1 INTRODUÇÃO

O excesso de peso e a obesidade são uma epidemia global e constituem uma ameaça real e presente a saúde pública mundial, devido a suas repercussões negativas para saúde e contribuírem com um expressivo crescimento de internações e aumento da morbimortalidade¹. O excesso de peso e a obesidade são fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus tipo 2, coronariopatias, complicações cerebrovasculares e algumas de neoplasias, podendo ainda ter relação com doenças psicológicas como depressão, transtornos alimentares e alterações de imagem¹. Destaca-se que a obesidade é considerada como uma doença crônica não transmissível (DCNT), e que tem reflexos nos aspectos econômicos, sociais e ambientais de uma população, por isso, necessita de uma abordagem articulada, devido às suas comorbidades, mortalidade e custos diretos e indiretos com a saúde².

Globalmente, em 2022, o número de mulheres e homens com obesidade foi cerca de 504 milhões e 374 milhões, respectivamente³. Em 2021, houve uma incidência estimada de 3,7 milhões de mortes e uma prevalência estimada de 128,5 milhões de casos de anos de vida ajustados por incapacidade (DALYs). De 1990 a 2021, houve um aumento significativo nas mortes globais e DALYs atribuíveis ao Índice de Massa Corporal (IMC) elevado (número de mortes: de 1,5 milhão para 3,7 milhões; DALYs: de 48,0 milhões para 128,5 milhões)⁴.

No Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), de 2013 a 2019, a prevalência de obesidade aumentou significativamente entre a população total, de 20,8 para 25,9%. Esse aumento também ocorreu para ambos os sexos, passando de 16,8 para 21,8%, entre os homens, e 24,4 para 29,5%, entre as mulheres⁵. De acordo com o Sistema de Informação de Mortalidade, a taxa de mortalidade por obesidade para o total da população aumentou de 1,09% em 2010 para 1,78% em 2021, indicando um aumento percentual de aproximadamente 63%⁶.

As causas da obesidade e do excesso de peso são diversas, contudo, tem forte relação com as mudanças no padrão alimentar, devido ao aumento do consumo de ultraprocessados que possuem elevada densidade de energia, gorduras, açúcar e sódio, juntamente com o comportamento sedentário, com a não realização da prática de atividade física para aumentar o gasto energético, além dos fatores genéticos, como o polimorfismo de nucleótido único, as Síndromes Genéticas Relacionadas à Obesidade e a Epigenética e Interação Gene-Ambiente⁷.





O excesso e a obesidade podem ser preveníveis e modificáveis por meio de ações com foco em mudanças dos hábitos de vida como na melhoria da alimentação e na prática de atividades físicas regulares e em alguns casos é importante e necessário tratamentos psicológicos, pois disfunções emocionais, sociais e cognitivas agem na manutenção da compulsão alimentar, frequentemente presente em indivíduos obesos^{8,9}. Além disso, há a influência de um ambiente obesogênico cada vez maior sobre as populações. Tais ambientes são aqueles que fornecem oportunidades e condições físicas, econômicas, políticas e socioculturais coletivas que promovem a obesidade¹⁰.

O Brasil, apresenta compromisso para redução do excesso de peso e da obesidade, os quais foram implementadas diversas ações e estratégias, desde a década de 1990, como a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN); o Programa de Aquisição de Alimentos da Agricultura Familiar¹¹; o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN); A Política Nacional de Promoção da Saúde¹², o Guia Alimentar para a população brasileira¹³, dentre outros. Somam-se ainda os esforços aos objetivos globais e à Agenda 2030, com o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil, tendo como meta “Deter o crescimento da obesidade em adultos até 2030”¹⁴.

Apesar dos esforços nacionais e globais para combater o excesso de peso e a obesidade, os países, incluindo o Brasil, ainda não têm conseguido avanços significativos na redução. Portanto, é fundamental intensificar as ações e implementar intervenções abrangentes, adaptadas às particularidades sociodemográficas, econômicas, ambientais e comerciais de cada país. Além disso, o monitoramento contínuo da prevalência do excesso de peso e da obesidade permanece essencial para compreender a evolução do problema, avaliar a efetividade das medidas adotadas e subsidiar a formulação de políticas públicas mais eficazes.

Diante o exposto, o objetivo deste estudo consistiu em analisar as tendências temporais das prevalências do excesso de peso e da obesidade na população adulta das capitais brasileiras entre os anos de 2006 e 2023.

2 MÉTODOS

O presente projeto está vinculado à Secretaria de Saúde de Campo Grande de Mato Grosso do Sul e com programa de residência médica em medicina da família da FIOCRUZ.





2.1. Desenho do estudo e coleta de dados

Trata-se de um estudo epidemiológico de série temporal das prevalências de excesso de peso e obesidade entre adultos residentes nas capitais brasileiras e no Distrito Federal. Utilizou-se os dados do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), entre os anos de 2006 e 2023.

Os dados foram extraídos da Plataforma Integrada de Vigilância em saúde do Ministério da Saúde, disponível gratuitamente através do painel analítico (<https://svs.aids.gov.br/rstudio/vigitel/vigitel.Rmd>).

2.2. Contexto

O Vigitel é um inquérito telefônico de base populacional realizado pelo Ministério da Saúde, que monitora anualmente a frequência e distribuição dos principais fatores de risco e proteção para as DCNT, entre eles o excesso de peso e a obesidade. Desde 2006 são entrevistados anualmente uma amostra probabilística de adultos com 18 anos ou mais, residentes em domicílios com telefone fixo, nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal.

O processo de amostragem utiliza bases de dados das principais operadoras de telefonia fixa do país. Em cada domicílio selecionado, um morador adulto é escolhido aleatoriamente para participar da pesquisa.

Nas edições realizadas entre 2006 e 2019, foi estabelecido um tamanho amostral mínimo de cerca de 2.000 indivíduos em cada cidade, totalizando cerca de 54.000 indivíduos avaliados anualmente. No entanto, particularmente em 2020 e 2021, devido aos desafios impostos pela pandemia de Covid-19 na coleta de dados, foi estabelecido um tamanho amostral reduzido de cerca de 1.000 indivíduos em cada cidade. Para 2023, devido a questões operacionais e estruturais na condução da pesquisa, os dados foram coletados entre 26 de dezembro de 2022 e 24 de abril de 2023 e uma nova redução foi necessária, estabelecendo um mínimo de 800 entrevistas em cada local. Além disso, devido ao rápido declínio da cobertura de telefonia fixa no país, metade das entrevistas foi realizada por telefone celular para garantir a coleta de dados de alta qualidade, resultando em uma amostra final de 400 entrevistas por telefone fixo e 400 por telefone celular em cada local. Esse tamanho amostral permite estimar, com nível de confiança de 95% e erro máximo de quatro pontos percentuais, a frequência de qualquer fator de risco e proteção na população adulta de cada local. Ressalta-se que a pesquisa não foi realizada em 2022, razão pela qual os dados daquele ano não são apresentados¹⁵.





As entrevistas realizadas são ponderadas para serem representativas da população adulta total de cada cidade. Cada indivíduo recebe um peso para corrigir diferenças na probabilidade de seleção de respondentes (devido a números variáveis de adultos e linhas telefônicas entre domicílios) e para alinhar a composição sociodemográfica da população atendida por linhas telefônicas domiciliares com a da população adulta total em cada cidade para cada ano de pesquisa (peso pós-estratificação)^{15, 16}.

Mais detalhes sobre o processo de amostragem e coleta de dados do Vigitel são fornecidos no relatório anual do sistema¹⁵.

2.3. Variáveis

Para o presente estudo, considerou-se os seguintes indicadores avaliados no Vigitel¹⁴:

Percentual de adultos com excesso de peso: relação de indivíduos com excesso de peso pelo total entrevistados. Foi considerado com excesso de peso o indivíduo com IMC ≥ 25 kg/m², calculado a partir do peso em quilos dividido pelo quadrado da altura em metros, ambos autorreferidos, conforme as questões: “O(a) Sr.(a) sabe seu peso (mesmo que seja valor aproximado)?”, “O(a) Sr.(a) sabe sua altura?”.

Percentual de adultos com obesidade: relação de indivíduos com obesidade pelo total de entrevistados. Foi considerado com obesidade o indivíduo com IMC ≥ 30 kg/m², calculado a partir do peso em quilos dividido pelo quadrado da altura em metros, ambos autorreferidos, conforme as questões: “O(a) Sr.(a) sabe seu peso (mesmo que seja valor aproximado)?”, “O(a) Sr.(a) sabe sua altura?”.

O excesso de peso e obesidade são analisados pelo Vigitel por meio de informações sobre peso e altura autorreferidos dos entrevistados. No caso de desconhecimento dos entrevistados sobre o seu peso ou sua altura, utilizou-se valores imputados dessas medidas, para efeito de comparação da tendência em todos os anos da série histórica¹¹.

As variáveis foram estratificadas segundo sexo (masculino e feminino); anos de escolaridade (0 a 8, 9 a 11 e ≥ 12 anos); faixa etária (18 a 24, 25 a 34, 35 a 44, 45 a 54, 55 a 64 e ≥ 65 anos); regiões (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste); capitais brasileiras e Distrito Federal.





2.4. Análise dos dados

As análises foram realizadas pela regressão linear generalizada de Prais-Winsten, que corrige o efeito da autocorrelação serial de primeira ordem. Assim, considerou-se tendência significativa quando o β da regressão foi diferente de zero e o valor-p inferior ou igual a 0,05. A tendência crescente quando o β foi positivo, decrescente se o β foi negativo e estacionária quando não foi identificada diferença estatisticamente significativa.

Realizou-se, o cálculo da Variação Percentual Anual (Annual Percent Change - APC) para cada variável analisada e os respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%)

Os indicadores de interesse (percentual de excesso de peso e obesidade) em cada ano foi assumido como variável desfecho e o ano como variável explicativa.

Realizou-se as análises no software Stata (*Stata Corp LP, College Station, Texas, United States*), versão 14.2.

2.5. Aspectos éticos

Os dados do Vigitel estão disponíveis para acesso e uso público e sua coleta foi aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa para Seres Humanos do Ministério da Saúde, parecer substanciado no número 355.590. O consentimento livre e esclarecido foi obtido oralmente, no momento do contato telefônico com os entrevistados.

3 RESULTADOS

Houve tendência de aumento da prevalência do excesso de peso entre a população total residente nas capitais brasileiras passando de 42,7% em 2006 para 61,4% em 2023 (APC = 2,02; IC95% 1,7;2,34). O aumento também ocorreu em ambos os sexos, em todas as faixas etárias e níveis de escolaridade. Contudo, o crescimento foi maior entre as mulheres (APC = 2,50; IC95% 2,16;2,84); entre os mais jovens, especialmente com 18 a 24 anos (APC = 3,18; IC95% 2,11;4,26) e os mais escolarizados com 9 a 11 anos de estudo (APC = 2,75; IC95%2,18;3,12) e 12 anos ou mais (APC = 2,41; IC95%2,06;2,76) (Tabela 1).

Tabela 1. Tendência das prevalências de excesso de peso nas capitais do Brasil, segundo sexo, escolaridade e idade. Vigitel, 2006-2023





Em relação as capitais brasileiras observaram-se tendência de aumento do excesso de peso em todas as capitais, com exceção de Macapá que apresentou estabilidade. O maior crescimento ocorreu em Aracaju (APC = 2,31; IC95% 1,86;2,77); Belém (APC = 2,38; IC95% 1,97;2,80); Belo Horizonte (APC = 2,21; IC95% 1,95;2,46); Fortaleza (APC = 2,16 IC95% 1,62;2,71); Goiânia (APC = 2,02 IC95% 1,54;2,51); Maceió (APC = 2,15 IC95% 1,41;2,89); Manaus (APC = 2,32; IC95% 1,73;2,92); Salvador (APC = 2,27; IC95% 1,80;2,73); São Luís (APC = 2,31 IC95% 1,95;2,68), São Paulo (APC = 2,06; IC95% 1,86;2,27); Brasília (APC = 2,34; IC95% 1,78;2,91) (Tabela 2).

Tabela 2. Tendência das prevalências de excesso de peso, segundo capitais brasileiras. Vigitel, 2006-2023

A prevalência da obesidade também aumentou entre a população total ao longo dos anos passando de 11,9% em 2006 para 24,3% em 2023 (APC = 3,98; IC95% 3,43;4,54). A tendência de aumento também ocorreu em ambos os sexos, em todas as idades e níveis de escolaridade. Destaca-se que o crescimento foi similar entre os homens (APC = 3,84; IC95% 3,30;4,39) e as mulheres (APC = 3,95; IC95% 3,33;4,48), os quais apresentaram prevalências semelhantes ao longo dos anos. Em relação a idade, as menores prevalências foram entre os mais jovens de 18 a 24 anos, contudo o crescimento foi mais acentuado nessa população (APC= 6,26; IC95% 4,98;7,56). Quanto a escolaridade, as maiores prevalências foram entre aqueles com 0 a 8 anos de estudo (APC = 3,25; IC95% 2,35;4,16), em contrapartida, aqueles com 9 a 11 anos (APC = 5,52; IC95% 4,72;6,33) e 12 ou mais (APC = 5,11; IC95% 4,30;5,93), apresentaram crescimento mais elevado (Tabela 3).

Tabela 3. Tendência das prevalências de obesidade nas capitais do Brasil, segundo sexo, escolaridade e idade. Vigitel, 2006-2023

Em todas as capitais brasileiras houve tendência de aumento da obesidade, com destaque para Brasília (APC = 5,02; IC95% 3,92;6,13); Teresina (APC = 4,02; IC95%3,48;4,57); São Luis (APC = 4,09; IC95% 3,48;4,70); Recife (APC = 4,02; IC95% 3,49;4,56); Manaus (APC = 4,10; IC95% 3,25;4,97); Fortaleza (APC = 4,31; IC95% 3,02;5,61);





Cuiabá (APC = 4,01; IC95% 2,94;5,10); Boa Vista (APC = 4,17; IC95% 3,25;5,11); Belo Horizonte (APC = 4,02 IC95% 3,35;4,70) (Tabela 4).

Tabela 4. Tendência das prevalências de obesidade, segundo capitais. Vigitel, 2006-2023

4 DISCUSSÃO

Este estudo mostrou uma tendência de aumento das prevalências de excesso de peso e de obesidade entre os adultos residentes nas capitais brasileiras entre 2006 e 2023. Apesar do aumento entre todas as variáveis analisadas, o crescimento ocorreu de forma mais intensa em alguns grupos como mulheres, mais jovens, com escolaridade mais elevada. As capitais, que mais apresentaram aumento na prevalência de excesso de peso foram Aracaju, Belém e Belo Horizonte. Já em relação a obesidade foram Brasília, Teresina e São Luís.

Esses dados corroboram com as tendências mundiais, as quais são observadas crescimento do excesso de peso e da obesidade. Um estudo evidenciou que a prevalência da obesidade foi maior do que a do baixo peso em 177 países pesquisados nas mulheres e 143 países para os homens em 2022³. Se as tendências de aumento continuarem, até 2050, estima-se que 3 bilhões de adultos estarão com excesso de peso ou obesidade no mundo¹⁷. Esse cenário torna-se ainda mais preocupante, pois esse aumento tem ocorrido entre crianças e adolescentes^{3,18} e uma vez estabelecida a obesidade, é difícil para crianças e adolescentes retornarem ao peso normal da vida adulta^{19, 20, 21}.

O crescimento do excesso de peso foi mais expressivo entre as mulheres ao comparar com os homens, o que pode ser explicado por questões fisiológicas e metabólicas. Existe uma distribuição de tecido adiposo relacionada ao gênero como uma porcentagem de gordura corporal mais elevada entre as mulheres, as quais apresentam distribuição periférica de tecido adiposo, principalmente nos membros e quadris^{22, 23}. Tem-se ainda as questões hormonais que ocorrem durante a gravidez e a menopausa²⁴. No geral, os fatores metabolismo energético, armazenamento de gordura, diferenças bioquímicas e hormonais, diferem entre homens e mulheres, favorecendo a obesidade entre o sexo feminino. Além disso, maiores pressões psicológicas são sobre as mulheres, que por inúmeras vezes estão sobrecarregadas com filhos, cuidados domésticos, trabalho pode contribuir para estilos de vida menos saudáveis. Um estudo mostrou que a prática de atividade física no tempo livre é menor entre as mulheres, quando





comparada aos homens²⁵. Possivelmente tal fato pode ser associado a uma série de fatores socioculturais, incluindo machismo estrutural na sociedade, bem como estereótipos associados as mulheres. Mesmo com crescimento maior entre as mulheres a tendência de aumento do excesso de peso e da obesidade tem ocorrido em ambos os sexos, o que exige estratégias direcionadas, considerando a particularidade de cada indivíduo.

Com relação aos níveis de escolaridade, apesar das maiores prevalências do excesso de peso e da obesidade serem entre aqueles com 0 a 8 anos de estudo, o crescimento foi mais expressivo entre os mais escolarizados. Em geral, maior escolaridade constitui uma proxy de maior renda e melhores empregos e, portanto, resulta em melhores indicadores em saúde. Indivíduos com menor nível de escolaridade apresentam maiores prevalências de DCNT e dos seus fatores de risco^{26, 27}. O baixo nível de escolaridade pode limitar o acesso às informações e aos hábitos de vida mais saudáveis, favorecendo a aquisição de alimentos mais baratos e calóricos, como os ultraprocessados. Em contrapartida, a probabilidade de consumir alimentos orgânicos e naturais como frutas e verduras aumenta com a renda familiar per capita e com a escolaridade²⁸.

Vindo de encontro a esse fato, o crescimento mais acentuado da prevalência do excesso de peso e obesidade entre os indivíduos mais escolarizados, associado a rendas mais elevadas e maior poder de compra, permite maior acesso a alimentos e a maior consumo de calorias, principalmente em áreas urbanas, e estilos de vida contemporâneos que favorecem ainda a demanda por alimentos ultraprocessados²⁹. A maior escolaridade ainda pode ter a relação com independência financeira, ocupações com menor gasto energético e tempo reduzido para os cuidados de saúde, particularmente entre as mulheres³⁰.

As maiores prevalências do excesso de peso e da obesidade e excesso de peso ocorreram entre aqueles com 45 a 64 anos, o que por sua vez pode ser atribuído às mudanças corporais que ocorrem com o envelhecimento, como a redistribuição de gordura de fontes periféricas e subcutâneas para uma localização central leva ao aumento da circunferência da cintura e da relação cintura/quadril em adultos mais velhos. É importante ressaltar que há uma perda natural de massa muscular e força com o envelhecimento³¹. Em contrapartida, o crescimento foi mais acentuado entre aqueles com 18 a 24 anos, podendo ser atribuído ao fato de que adultos nesta faixa etária estão em um período de “transição” da adolescência para a idade adulta, e esse momento decisivo no curso da vida torna-os vulneráveis ao desequilíbrio energético, muitas vezes levando ao ganho de peso³². Mudanças no estilo de vida, ocasionado





pela alimentação fora de casa, pelo ingresso em universidades, independência financeira, fácil disponibilidade de alimentos prontos para consumo, mudanças psicológicas podem contribuir com o ganho de peso, e tornar mais difícil o envolvimento em qualquer tipo de atividade física³³.

É possível observar que capitais de quatro a cinco regiões do país aparecem em destaque, o que mostra que a transição nutricional é uma realidade presente em todo país. Também é importante considerar que a diferença na prevalência de excesso de peso e obesidade entre as capitais sugere a influência de fatores locais, regionais e socioeconômicos no comportamento alimentar, no estilo de vida e no acesso a serviços de saúde. Um estudo evidenciou um percentual maior de pessoas com obesidade em estados da região Norte, Centro-Oeste e Nordeste do Brasil, visto que a desigualdade na obtenção de alimentos pode influenciar a população menos favorecida a consumir alimentos altamente calóricos, porém que são mais acessíveis financeiramente²⁹. Por isso, torna-se importante de futuras pesquisas que considerem as especificidades de cada capital para enfrentar o problema de maneira eficaz e sustentável.

Todas as capitais estudadas apresentaram tendência de crescimento, com exceção de Macapá, a qual permaneceu estacionária. Apesar deste resultado, é essencial a continuidade do monitoramento ao longo dos próximos anos, como forma de avaliar a implementação das políticas públicas e atuação governamental e sua influência na variação e no comportamento da série temporal.

Diante esse cenário, é necessário que se trate a obesidade e o excesso de peso como um problema multifatorial. O poder público assume o protagonismo ao estabelecer políticas eficazes e inovadoras que combatam o ambiente obesogênico criado pela indústria de alimentos e as desigualdades socioeconômicas que impossibilitam o indivíduo de ter hábitos de vida mais saudáveis³². Entre as principais estratégias estão: rotulagem nutricional frontal, restrição da publicidade infantil, ou seja, restringir a publicidade de alimentos não saudáveis ao público infantil, proteção do ambiente escolar, taxação de bebidas adoçadas entre outros. Além disso, deve-se oportunizar a produção e distribuição de frutas e hortaliças, iniciativa já existente com o Programa de Aquisição de Alimentos e a inserção de feiras-livres³⁵. As estratégias no que tange as questões da ampliação e divulgação dos benefícios da alimentação saudável, diminuição dos custos de alimentos saudáveis em áreas vulneráveis, estímulo à atividade física, com construção e manutenção de ambientes que facilitem sua prática também se tornam ações prioritárias⁵.





Nota-se ainda a necessidade da qualificação da atenção voltada aos indivíduos com sobrepeso e obesidade atendidos na Atenção Primária à Saúde (APS), pois, o cuidado ofertado ainda é baixo, pois apenas 2,5% do total de atendimentos individuais é voltado ao tratamento da obesidade³⁶. A APS deve atuar fortemente com planejamento e implementação das estratégias para prevenção da obesidade, a vigilância alimentar e nutricional, a educação em saúde e os cuidados médicos e interdisciplinares. Para tanto, é essencial que se tenha infraestrutura adequada, equipamentos, equipes capacitadas e multidisciplinares, oferta e acesso às ações e gestão das demandas³⁷.

O aumento do excesso de peso e da obesidade evidencia o grande desafio no controle das DCNT, uma tendência observada tanto no Brasil e no mundo. Por isso, o monitoramento das prevalências do excesso de peso e da obesidade desempenha um papel fundamental para identificação de tendências e prioridades; avaliação da eficácia das políticas públicas; prevenção precoce de complicações; promoção da equidade em saúde; base para tomada de decisão e políticas intersetoriais; para sensibilização e engajamento da população. Portanto, o monitoramento contínuo e sistemático é essencial para auxiliar no enfrentamento do aumento de excesso de peso e obesidade e, conseqüentemente, reduzir a carga das DCNT.

Algumas limitações devem ser consideradas. Os dados foram coletados de forma autorreferida, o que pode resultar na sub ou superestimação das prevalências reais e gerar estimativas menos precisas, contudo, o questionário foi validado e apresentou resultados satisfatórios nas análises reprodutibilidade e validade^{38, 39, 40}. O fato da amostra do Vigitel ser composta apenas por indivíduos residentes nas capitais dos estados brasileiros e no Distrito Federal, que residem em domicílios com telefone fixo até 2021, representa um risco potencial à representatividade da amostra. Porém, essa questão é minimizada pelo uso de fatores de ponderação dos dados. Ademais, a diminuição do tamanho da amostra em 2021 implica na redução da precisão das estimativas e, portanto, devem ser confirmadas em investigações futuras do Vigitel.

5 CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo mostra um crescimento significativo nas prevalências de excesso de peso e obesidade no Brasil entre 2006 e 2023, de 42,7% para 61,4% e de 11,9% para 24,3%, respectivamente, abrangendo diferentes grupos populacionais e contextos sociodemográficos.





Caso esse cenário não seja revertido, a meta global de nacional de deter o crescimento da obesidade até 2030 não será atingida. Portanto, é urgente o fortalecimento e implementação de políticas públicas abrangentes e intersetoriais que abordem os fatores determinantes do aumento de peso na população, que promovam práticas alimentares saudáveis e incentivem a atividade física, especialmente considerando a ampla distribuição do problema em todas as capitais e grupos analisados. A implementação de estratégias efetivas e integradas é crucial para conter essa tendência e reduzir os impactos na saúde pública.

REFERÊNCIAS

1. Couss, A., Borba, GDM. P., Silva, LMPD, Scopel, MVDM., & Polli, GM. Representaciones sociales del sobrepeso y de la obesidad: revisión sistemática. Boletim-Academia Paulista de Psicologia, 2021; 41(100); 124-135. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2021000100013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 maio de 2024.
2. Souza, SDA., Silva, AB, Cavalcante, UMB, Lima, CMBL, & Souza, TCD. Obesidade adulta nas nações: uma análise via modelos de regressão beta. Cadernos de Saúde Pública, 2018; 34(8); e00161417. Disponível em: ><https://doi.org/10.1590/0102-311X00161417><. Acesso em 02 de dez. de 2024.
3. Phelps, NH, Singleton, RK, Zhou, B, Heap, RA, Mishra, A, Bennett, JE, et al. Worldwide trends in underweight and obesity from 1990 to 2022: a pooled analysis of 3663 population-representative studies with 222 million children, adolescents, and adults. The Lancet, 2024; 403(10431); 1027-1050. Disponível em:>[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(23\)02750-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(23)02750-2/fulltext)< Acesso em 24 de agosto de 2024.
4. Zhou, XD, Chen, QF, Yang, W, Zuluaga, M, Targher, G, Byrne, CD, et al. Burden of disease attributable to high body mass index: an analysis of data from the Global Burden of Disease Study 2021. EClinicalMedicine; 2024; 76; 102848. Disponível em: >[https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370\(24\)00427-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370(24)00427-9/fulltext)< Acesso em 02 de dez. de 2024.





5. Ferreira, APDS, Szwarcwald, CL, Damacena, GN, & Souza Júnior, PRBD. Aumento nas prevalências de obesidade entre 2013 e 2019 e fatores associados no Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 2021; 24; e210009. Disponível em: > <https://doi.org/10.1590/1980-549720210009.supl.2>< Acesso em 09 de setembro de 2024.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de vigilância em saúde e ambiente. Boletim Epidemiológico. Cenário da Obesidade no Brasil. Brasília; 55 (7) (9 de abril de 2014). Disponível em: > <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2024/boletim-epidemiologico-volume-55-no-07.pdf>< Acesso em 02 de dez. de 2024.
7. Pereira, V, Rodrigues, C, Cortez, F. Fatores genéticos, epigenômicos, metagenômicos e cronobiológicos da obesidade. *Acta Portuguesa de Nutrição*; 2019, 17, (17); 22-26. Disponível em: ><http://hdl.handle.net/10198/20826><. Acesso em 09 de setembro de 2024.
8. Hilbert A. Binge-Eating Disorder. *Psychiatr Clin North Am*; 2019, 42, (1); 33-43. Disponível em: ><https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.10.011><Acesso em 25 de agosto de 2024.
9. Cancian, ACM, de Souza, LAS, Liboni, RPA., Machado, WDL, Oliveira, MDS. Effects of a dialectical behavior therapy-based skills group intervention for obese individuals: a Brazilian pilot study. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*; 2017, 24, (6); 1099–1111. Disponível em:><https://doi.org/10.1007/s40519-017-0461-2>< Acesso em 25 de agosto de 2024.
10. Swinburn, B. A., Kraak, V. I., Allender, S., Atkins, V. J., Baker, P. I., Bogard, J. R. et al. The global syndemic of obesity, undernutrition, and climate change: the Lancet Commission report. *The Lancet*, 2019, 393(10173), 791-846. Disponível em: >[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)32822-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)32822-8/fulltext)< Acesso em 02 de fevereiro de 2025.





11. Brasil. Lei nº 14.628, de 20 de julho de 2023. Brasília, 2023. Disponível em:> https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2023-2026/2023/Lei/L14628.htm< Acesso em 20 de nov. de 2024.

12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em:> https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf< Acesso em 20 de nov. de 2024.

13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira – 2. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em:> https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf< Acesso em 20 de nov. de 2024.

14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030 [recurso eletrônico] – Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em:> https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf< Acesso em 30 de nov. de 2024.

15. Brasil. Vigitel Brasil 2023: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2023. Disponível em:> <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigitel/vigitel-brasil-2023-vigilancia-de-fatores-de-risco-e-protecao-para-doencas-cronicas-por-inquerito-telefonico>> Acesso em: 30 de abril de 2024.





16. Bernal, RTI., Malta, DC, Claro, RM, Monteiro, CA. Efeito da inclusão de entrevistas por telefone celular ao Vigitel. *Revista de Saúde Pública*; 2017, 51; 15s. Disponível em:> <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051000171>> Acesso em 09 de out. de 2024.
17. Cross, M, Ong, KL, Culbreth, GT, Steinmetz, JD, Cousin, E, Lenox, H et al. Global, regional, and national burden of gout, 1990–2020, and projections to 2050: a systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet Rheumatology*; 2024; 6(8); e507-e517.
18. Crescente, CL, Rizzardi, KF, Indiani, CMDSP, Rodrigues, LKA, & Parisotto, TM. Prevalência de obesidade infantil: há motivo de preocupação?. *Saúde e Pesquisa*; 2021, 14(3); 489-497. Disponível em: < <https://177.129.73.3/index.php/saudpesq/article/view/8606>>. Acesso em: 04 de out de 2024.
19. Lanigan, J, Tee, L, Brandreth, R. Childhood obesity. *Medicine*; 2019, 47, (3); 190-194. Disponível em: ><https://doi.org/10.1016/j.mpmmed.2018.12.007>< Acesso em 04 de out 2024.
20. Patton, GC, Coffey, C, Carlin, JB, Sawyer, SM, Williams, J, Olsson, CA, & Wake, M. Overweight and obesity between adolescence and young adulthood: a 10-year prospective cohort study. *Journal of adolescent health*, 2011; 48(3); 275-280. Disponível em: > <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2010.06.019>< Acesso em 02 de dez. De 2024.
21. Juonala, M, Magnussen, CG, Berenson, GS, Venn, A, Burns, TL., Sabin, MA et al. Childhood adiposity, adult adiposity, and cardiovascular risk factors. *New England Journal of Medicine*; 2011, 365(20); 1876-1885. Disponível em: ><https://doi.org/10.1056/NEJMoa1010112>< Acesso em 02 de dez. de 2024.
22. França, AP, Marucci, MDFN, Silva, MDLDND, & Roediger, MDA. Fatores associados à obesidade geral e ao percentual de gordura corporal em mulheres no climatério da cidade de São Paulo, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*; 2018, 23(11); 3577-3586. Disponível em:> <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.26492016>< Acesso em 03 de dez. de 2024.





23. Gavin, KM. Origins of Adult Adipose Progenitors. Encyclopedia of Tissue Engineering and Regenerative Medicine, Academic Press; 2019; 299-312, Disponível em:> <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-801238-3.65468-5>< Acesso em 03 de dez. de 2024.
24. Gabriella P, Luigi B, Daniela L, Sara A, Bianca C, Lydia F, et al. Mediterranean diet as tool to manage obesity in menopause: A narrative review Nutrition; 2020, 79–80; 110991. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.nut.2020.110991>. Acesso em 09 de setembro de 2024.
25. Mielke, GI, Stopa, SR, Gomes, CS, Silva, AGD, Alves, FTA, Vieira, et al. Atividade física de lazer na população adulta brasileira: Pesquisa Nacional de Saúde 2013 e 2019. Revista Brasileira de Epidemiologia; 2021, 24; e210008. Disponível em:> <https://doi.org/10.1590/1980-549720210008.supl.2>< Acesso em 26 de nov. de 2024.
26. Malta, DC, Bernal, RTI, de Souza, MDFM, Szwarcwald, CL, Lima, MG, Barros, MBDA. Social inequalities in the prevalence of self-reported chronic non-communicable diseases in Brazil: national health survey 2013. International journal for equity in health; 2016 15; 1-11. Disponível em:> <https://doi.org/10.1186/s12939-016-0427-4>< Acesso em 03 de dez. de 2024.
27. Barros, DS. Escolaridade e distribuição de renda entre os empregados na economia brasileira: uma análise comparativa dos setores público e privado dos anos 2001 e 2013. Revista de Economia Contemporânea; 2018, 21, (3). Disponível em: > <https://doi.org/10.1590/198055272135>< Acesso em 03 de dez. de 2024.
28. Oliveira, FCR, Hoffmann, R. Consumo de alimentos orgânicos e de produtos light ou diet no Brasil: fatores condicionantes e elasticidades-renda. Segurança Alimentar e Nutricional; 2015 22, (1); 541-557. Disponível em:> <https://doi.org/10.20396/san.v22i1.8641571>. Acesso em 26 de nov. de 2024.
29. Ribeiro, ML, Solador, H. Saúde, renda e obesidade: uma análise para os estados brasileiros. JBES-Jornal Brasileiro de Economia da Saúde; 2022, 14, (1); 8-20. Disponível em: ><https://doi.org/10.21115/JBES.v14.n1.p8-20>< Acesso em 04 de out de 2024.





30. Silva, LESD, Oliveira, MMD, Stopa, SR, Gouvea, EDCDP, Ferreira, KRD, Santos, RDO et al. Tendência temporal da prevalência do excesso de peso e obesidade na população adulta brasileira, segundo características sociodemográficas, 2006-2019. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*; 2021, 30; e2020294. Disponível em: ><https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000100008>< Acesso em 27 de nov. de 2024.

31. Batsis, JA, Zagaria, AB. Addressing obesity in aging patients. *Medical Clinics*; 2018, 102, (1); 65-85. Disponível em:> <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2017.08.007>< Acesso em: 09 de setembro de 2024.

32. Poobalan, A, Aucott, L. Obesity among young adults in developing countries: a systematic overview. *Current obesity reports*; 2016, 5, (1); 2-13. Disponível em:> <https://doi.org/10.1007/s13679-016-0187-x>< Acesso em: 27 de nov. de 2024.

33. Florido, LM, Mulaski, LF, Hespanhol, M., Mendonça, R, Santos, TC, Silva, W et al. Combate à obesidade: estratégias comportamentais e alimentares. *Cadernos da Medicina-UNIFESO*; 2019, 2 (2). Acesso em: > <https://revista.unifeso.edu.br/index.php/cadernosdemedicinaunifeso/article/view/1367>< Acesso em 20 de nov. de 2024.

34. Martins, APB. É preciso tratar a obesidade como um problema de saúde pública. *Revista de Administração de Empresas*; 2018, 58 (3); 337-341. Disponível em: ><https://doi.org/10.1590/S0034-759020180312>< Acesso em 05 de out. de 2024.

35. Silva, AGD, Teixeira, RA, Prates, EJS, Malta, DC. Monitoramento e projeções das metas de fatores de risco e proteção para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis nas capitais brasileiras. *Ciência & Saúde Coletiva*; 2021, 26; 1193-1206. Disponível em ><https://doi.org/10.1590/1413-81232021264.42322020>< Acesso em: 09 de out. de 2024.

36. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da atenção primária à saúde (APS) do sistema único de saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: >





https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf< Acesso em 20 de nov. de 2024.

37. Lopes, MS., Freitas, PPD, Carvalho, MCRD., Ferreira, NL, Menezes, MCD, Lopes, ACS. O manejo da obesidade na atenção primária à saúde no Brasil é adequado?. *Cadernos de Saúde Pública*; 2021, 37; e00051620. Disponível em: ><https://doi.org/10.1590/0102-311X00051620>< Acesso em 25 de agosto de 2024.

38. Moreira, AD, Claro, RM, Felisbino-Mendes, MS, Velasquez-Melendez, G. Validade e reprodutibilidade de inquérito telefônico de atividade física no Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*; 2017, 20(01); 136-146.. Disponível em:> <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700010012>< Acesso em 03 de dez. de 2024.

39. Monteiro, CA, Florindo, AA, Claro, RM, Moura, EC. Validade de indicadores de atividade física e sedentarismo obtidos por inquérito telefônico. *Revista de Saúde Pública*; 2008, 42; 575-581. Disponível em:> <https://doi.org/10.1590/S0034-89102008000400001>< Acesso em 03 de dez. de 2024.

40. Mendes, LL, Campos, SF, Malta, DC, Bernal, RTI, Sá, NNBD, Velásquez-Meléndez, G. Validade e reprodutibilidade de marcadores do consumo de alimentos e bebidas de um inquérito telefônico realizado na cidade de Belo Horizonte (MG), Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*; 2011, 14; 80-89. Disponível em:> <https://www.scielosp.org/pdf/rbepid/2011.v14suppl1/80-89/pt>< Acesso em 03 de dez. 2024.





Tabela 1. Tendência das prevalências de excesso de peso nas capitais do Brasil, segundo sexo, escolaridade e idade. Vigitel, 2006-2023

| | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2023 | APC (IC95%) |
|---------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------------------|
| Total | 42,7 | 43,3 | 44,9 | 46,0 | 48,2 | 48,8 | 51,0 | 50,8 | 52,5 | 53,9 | 53,8 | 54,0 | 55,7 | 55,4 | 57,5 | 57,2 | 61,4 | 2,02 (1,7;2,34) |
| Sexo | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Masculino | 47,6 | 48,7 | 49,8 | 50,2 | 52,4 | 53,4 | 54,5 | 54,7 | 56,5 | 57,6 | 57,7 | 57,3 | 57,8 | 57,1 | 58,9 | 59,9 | 63,4 | 1,57 (1,23;1,92) |
| Feminino | 38,5 | 38,7 | 40,7 | 42,4 | 44,6 | 44,9 | 48,1 | 47,4 | 49,1 | 50,8 | 50,5 | 51,2 | 53,9 | 53,9 | 56,2 | 55,0 | 59,6 | 2,50 (2,16;2,84) |
| Escolaridade | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0 a 8 | 49,0 | 49,6 | 50,3 | 52,1 | 54,2 | 54,4 | 57,3 | 58,1 | 58,9 | 61,7 | 59,2 | 59,7 | 61,8 | 61,0 | 63,0 | 63,3 | 64,3 | 1,61 (1,20;2,01) |
| 9 a 11 | 37,6 | 37,1 | 40,7 | 42,2 | 44,4 | 45,7 | 46,7 | 47,3 | 51,6 | 52,0 | 53,3 | 53,0 | 54,5 | 53,8 | 56,0 | 56,0 | 61,1 | 2,75 (2,18;3,12) |
| 12 e mais | 37,3 | 40,2 | 40,7 | 40,6 | 43,6 | 44,6 | 48,4 | 45,5 | 45,0 | 46,8 | 48,8 | 49,6 | 51,3 | 52,2 | 54,6 | 53,8 | 59,3 | 2,41 (2,06;2,76) |
| Idade | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 a 24 | 20,7 | 21,0 | 23,2 | 25,6 | 27,7 | 25,7 | 28,9 | 29,7 | 31,5 | 33,2 | 30,3 | 32,1 | 32,1 | 30,1 | 30,6 | 35,7 | 37,4 | 3,18 (2,11;4,26) |
| 25 a 34 | 37,7 | 39,7 | 41,0 | 41,4 | 44,3 | 46,0 | 47,7 | 45,3 | 48,0 | 49,6 | 50,3 | 50,0 | 52,9 | 53,1 | 55,1 | 54,4 | 61,0 | 2,52 (2,20;2,83) |
| 35 a 44 | 48,5 | 48,2 | 49,4 | 50,4 | 51,8 | 55,0 | 55,9 | 56,4 | 58,6 | 60,2 | 61,1 | 60,9 | 61,3 | 61,0 | 64,9 | 62,4 | 65,8 | 1,82 (1,40;2,24) |
| 45 a 54 | 54,7 | 55,1 | 55,3 | 55,2 | 57,9 | 57,7 | 60,8 | 60,7 | 61,6 | 62,4 | 62,4 | 61,6 | 64,0 | 63,7 | 65,2 | 64,4 | 70,7 | 1,37 (1,12;1,62) |
| 55 a 64 | 56,8 | 57,0 | 58,6 | 59,4 | 60,4 | 60,2 | 60,3 | 62,7 | 61,8 | 63,8 | 62,4 | 61,0 | 63,1 | 63,1 | 65,0 | 64,1 | 66,4 | 0,80 (0,61;0,99) |
| 65 e mais | 52,4 | 50,8 | 53,6 | 54,2 | 56,6 | 54,3 | 58,5 | 56,3 | 57,8 | 57,3 | 57,7 | 59,6 | 60,6 | 59,8 | 60,9 | 60,7 | 60,9 | 1,05 (0,86;1,24) |





Tabela 2. Tendência das prevalências de excesso de peso, segundo capitais brasileiras. Vigitel. 2006-2023

| Capitais | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2023 | APC (IC95%) |
|----------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------------------|
| Aracaju | 40,3 | 39,4 | 43,6 | 46,4 | 48,0 | 45,6 | 51,7 | 50,0 | 51,7 | 52,2 | 55,5 | 53,3 | 54,6 | 53,6 | 56,3 | 57,3 | 62,9 | 2,31 (1,86;2,77) |
| Belém | 40,9 | 42,4 | 46,8 | 44,0 | 46,6 | 47,7 | 52,0 | 51,1 | 55,5 | 54,4 | 54,4 | 53,6 | 57,7 | 53,3 | 56,1 | 61,3 | 63,4 | 2,38 (1,97;2,80) |
| Belo Horizonte | 37,7 | 41,4 | 42,6 | 44,0 | 44,3 | 45,6 | 48,7 | 47,1 | 48,6 | 50,3 | 50,2 | 50,7 | 53,5 | 52,5 | 53,3 | 58,6 | 57,9 | 2,21 (1,95;2,46) |
| Boa vista | 42,0 | 42,4 | 45,1 | 49,3 | 47,8 | 49,8 | 47,3 | 49,9 | 50,6 | 58,2 | 53,1 | 53,7 | 54,4 | 54,3 | 59,2 | 56,4 | 58,0 | 1,95 (1,47;2,43) |
| Campo Grande | 43,3 | 45,6 | 46,4 | 49,0 | 52,3 | 51,0 | 56,4 | 53,3 | 55,2 | 59,9 | 57,2 | 59,7 | 58,6 | 58,0 | 56,0 | 58,1 | 62,8 | 1,89 (1,22;2,56) |
| Cuiabá | 45,1 | 48,5 | 48,5 | 48,2 | 50,4 | 51,9 | 52,9 | 55,4 | 55,0 | 52,9 | 57,4 | 57,9 | 60,4 | 55,8 | 62,7 | 57,0 | 61,6 | 1,90 (1,66;2,14) |
| Curitiba | 44,1 | 44,1 | 46,3 | 46,5 | 49,1 | 50,1 | 51,2 | 53,1 | 54,1 | 54,1 | 54,7 | 53,3 | 51,1 | 53,7 | 53,9 | 55,3 | 60,3 | 1,68 (1,04;2,32) |
| Florianópolis | 41,2 | 43,1 | 41,5 | 45,4 | 45,3 | 47,6 | 48,8 | 47,9 | 50,1 | 50,9 | 48,7 | 49,4 | 52,1 | 53,6 | 52,5 | 56,9 | 56,8 | 1,78 (1,49;2,07) |
| Fortaleza | 42,5 | 45,2 | 45,9 | 47,8 | 51,7 | 52,0 | 54,0 | 52,1 | 56,7 | 56,0 | 56,8 | 55,1 | 59,4 | 55,6 | 59,1 | 59,2 | 63,3 | 2,16 (1,62;2,71) |
| Goiânia | 38,3 | 39,0 | 42,7 | 44,4 | 44,6 | 46,4 | 49,7 | 47,9 | 50,2 | 45,5 | 48,2 | 51,2 | 49,6 | 52,7 | 52,9 | 56,3 | 55,0 | 2,02 (1,54;2,51) |
| João Pessoa | 42,0 | 45,0 | 45,9 | 44,1 | 46,6 | 49,6 | 50,5 | 51,9 | 51,2 | 54,1 | 57,0 | 53,2 | 54,6 | 54,7 | 53,5 | 59,6 | 57,6 | 1,73 (1,30;2,17) |
| Macapá* | 42,4 | 43,5 | 49,1 | 46,1 | 49,0 | 52,3 | 52,4 | 52,8 | 52,1 | 51,5 | 54,2 | 58,0 | 55,0 | 53,3 | 56,2 | 58,7 | 61,9 | 0,21 (-0,24;0,65) |
| Maceió | 39,9 | 41,7 | 44,5 | 44,0 | 47,7 | 51,9 | 53,7 | 53,2 | 51,8 | 54,5 | 54,8 | 57,3 | 55,1 | 54,4 | 59,8 | 58,1 | 57,7 | 2,15 (1,41;2,89) |
| Manaus | 44,1 | 44,7 | 44,0 | 47,3 | 50,9 | 52,1 | 52,7 | 54,1 | 55,9 | 61,9 | 56,5 | 58,7 | 60,8 | 60,9 | 56,3 | 63,5 | 63,5 | 2,32 (1,73;2,92) |
| Natal | 43,3 | 45,9 | 44,9 | 46,1 | 48,9 | 51,6 | 52,0 | 52,9 | 51,6 | 54,9 | 57,1 | 54,9 | 54,8 | 56,6 | 57,7 | 59,1 | 61,2 | 1,92 (1,52;2,31) |
| Palmas | 37,3 | 34,4 | 38,6 | 38,9 | 40,9 | 40,7 | 45,2 | 47,9 | 48,5 | 47,9 | 48,3 | 47,5 | 49,2 | 49,9 | 52,8 | 50,1 | 50,4 | 1,96 (1,20;2,73) |
| Porto Alegre | 48,9 | 44,7 | 48,6 | 46,9 | 51,5 | 54,0 | 53,9 | 54,0 | 55,2 | 56,0 | 54,7 | 55,3 | 60,0 | 59,2 | 58,8 | 62,2 | 62,4 | 1,74 (1,40;2,08) |
| Porto Velho | 41,5 | 44,8 | 44,5 | 50,2 | 50,9 | 49,8 | 52,8 | 53,7 | 56,5 | 55,1 | 55,4 | 59,7 | 56,0 | 56,6 | 59,2 | 64,4 | 55,7 | 1,99 (1,30;2,68) |
| Recife | 44,4 | 43,7 | 45,5 | 46,6 | 50,3 | 49,1 | 53,5 | 51,2 | 55,4 | 54,7 | 56,0 | 54,7 | 56,2 | 59,5 | 58,1 | 56,7 | 60,0 | 1,89 (1,51;2,27) |
| Rio Branco | 44,1 | 42,5 | 49,1 | 49,5 | 53,0 | 51,9 | 55,1 | 52,2 | 56,0 | 56,8 | 61,3 | 57,0 | 61,0 | 56,6 | 57,7 | 60,4 | 60,6 | 1,89 (1,37;2,40) |
| Rio de Janeiro | 48,1 | 47,0 | 45,0 | 49,7 | 52,7 | 51,4 | 52,7 | 53,0 | 55,9 | 56,1 | 55,8 | 59,1 | 58,0 | 57,1 | 60,4 | 56,1 | 65,2 | 1,77 (1,48;2,06) |
| Salvador | 39,7 | 40,6 | 42,2 | 45,5 | 42,8 | 45,5 | 46,9 | 47,0 | 52,0 | 53,5 | 54,2 | 53,4 | 54,0 | 51,8 | 55,9 | 53,2 | 61,7 | 2,27 (1,80;2,73) |
| São Luis | 34,7 | 36,6 | 39 | 39,4 | 41,0 | 41,2 | 45,6 | 42,6 | 45,6 | 46,7 | 48,8 | 50,5 | 47,0 | 50,3 | 51,3 | 49,3 | 51,9 | 2,31 (1,95;2,68) |
| São Paulo | 44,4 | 43,6 | 47,0 | 47,5 | 49,5 | 48,1 | 52,4 | 51,5 | 51,4 | 55,1 | 54,5 | 55,3 | 56,7 | 55,8 | 59,6 | 57,4 | 63,0 | 2,06 (1,86;2,27) |
| Teresina | 35,7 | 38,5 | 37,7 | 40,1 | 44,3 | 45,6 | 46,8 | 49,0 | 49,1 | 49,8 | 51,5 | 48,5 | 48,4 | 52,7 | 55,0 | 52,5 | 50,0 | 1,90 (0,94;2,87) |
| Vitória | 39,1 | 41,5 | 42,9 | 45,2 | 46,2 | 46,8 | 48,7 | 48,5 | 50,6 | 49,3 | 49,8 | 52,6 | 52,1 | 49,1 | 56,8 | 51,5 | 56,1 | 1,72 (1,38;2,06) |





| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------------------|
| Brasília | 41,4 | 39,3 | 41,4 | 39,2 | 44,3 | 50,1 | 46,7 | 49,3 | 50,1 | 48,6 | 48,5 | 47,1 | 51,8 | 55,0 | 54,6 | 56,4 | 60,3 | 2,34 (1,78;2,91) |
|----------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------------------|

*Valor-p não significativo >0,05





Tabela 3. Tendência das prevalências de obesidade nas capitais do Brasil, segundo sexo, escolaridade e idade. Vigitel, 2006-2023

| | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2023 | APC (IC95%) |
|---------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------------------|
| Total | 11,9 | 13,3 | 13,7 | 14,3 | 15,1 | 16,0 | 17,4 | 17,5 | 17,9 | 18,9 | 18,9 | 18,9 | 19,8 | 20,3 | 21,5 | 22,4 | 24,3 | 3,98 (3,43;4,54) |
| Sexo | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Masculino | 11,4 | 13,6 | 13,4 | 13,9 | 14,4 | 15,5 | 16,5 | 17,5 | 17,6 | 18,1 | 18,1 | 19,2 | 18,7 | 19,5 | 20,3 | 22,0 | 23,8 | 3,84 (3,30;4,39) |
| Feminino | 12,2 | 13,0 | 13,9 | 14,7 | 15,6 | 16,5 | 18,2 | 17,5 | 18,2 | 19,7 | 19,6 | 18,7 | 20,7 | 21,0 | 22,6 | 22,6 | 24,8 | 3,95 (3,33;4,58) |
| Escolaridade | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0 a 8 | 15,3 | 16,9 | 17,5 | 18,1 | 18,8 | 19,7 | 21,7 | 22,3 | 22,7 | 23,6 | 23,5 | 23,3 | 24,5 | 24,2 | 25,3 | 25,8 | 26,9 | 3,25 (2,35;4,16) |
| 9 a 11 | 9,1 | 10,7 | 10,9 | 12,2 | 13,1 | 14,2 | 15,2 | 15,1 | 17,2 | 17,8 | 18,3 | 17,8 | 19,4 | 19,9 | 20,8 | 22,8 | 24,1 | 5,52 (4,72;6,33) |
| 12 e mais | 8,7 | 9,9 | 10,2 | 10,7 | 11,7 | 13,0 | 14,4 | 14,3 | 12,3 | 14,6 | 14,9 | 16,0 | 15,8 | 17,2 | 19,3 | 19,0 | 22,7 | 5,11 (4,30;5,93) |
| Idade | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 a 24 | 4,3 | 4,2 | 4,8 | 6,6 | 5,7 | 5,7 | 7,5 | 6,3 | 8,5 | 8,3 | 8,5 | 9,2 | 7,4 | 8,7 | 9,9 | 12,2 | 13,3 | 6,26 (4,98;7,56) |
| 25 a 34 | 9,9 | 11,3 | 11,2 | 11,9 | 12,2 | 13,7 | 15,1 | 15,0 | 15,1 | 17,9 | 17,1 | 16,5 | 18,0 | 19,3 | 19,6 | 20,8 | 23,9 | 4,86 (4,30;5,42) |
| 35 a 44 | 12,7 | 15,1 | 15,2 | 15,6 | 16,6 | 19,6 | 19,7 | 20,1 | 22,0 | 23,6 | 22,5 | 22,3 | 23,2 | 22,8 | 24,7 | 25,5 | 27,0 | 4,12 (3,08;5,17) |
| 45 a 54 | 16,2 | 19,4 | 18,6 | 17,9 | 21,6 | 21,2 | 22,6 | 22,5 | 21,3 | 21,7 | 22,8 | 23,3 | 24,0 | 24,5 | 27,1 | 26,2 | 30,0 | 2,83 (2,24;3,43) |
| 55 a 64 | 17,6 | 19,9 | 20,8 | 21,6 | 19,8 | 21,1 | 23,4 | 24,4 | 23,1 | 22,7 | 22,9 | 22,6 | 24,6 | 24,3 | 26,2 | 26,2 | 26,1 | 1,97 (1,30;2,57) |
| 65 e mais | 16,8 | 14,9 | 17,4 | 17,7 | 19,4 | 17,7 | 19,0 | 20,2 | 19,8 | 19,4 | 20,3 | 20,3 | 21,5 | 20,9 | 20,2 | 21,8 | 22,4 | 1,85 (1,35;2,34) |





Tabela 4. Tendência das prevalências de obesidade, segundo capitais. Vigitel, 2006-2023

| Capitais | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2023 | APC (IC95%) |
|----------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------------------|
| Aracaju | 13,4 | 11,7 | 14,0 | 15,9 | 15,8 | 16,0 | 18,0 | 17,1 | 17,9 | 17,5 | 20,2 | 19,6 | 17,0 | 20,6 | 23,2 | 25,0 | 25,0 | 3,88 (3,00;4,77) |
| Belém | 13,3 | 14,3 | 13,7 | 13,6 | 15,9 | 14,4 | 16,1 | 15,8 | 21,1 | 19,1 | 19,3 | 18 | 20,7 | 19,6 | 22,5 | 24,0 | 25,7 | 3,90 (3,23;4,58) |
| Belo Horizonte | 9,8 | 11,7 | 12,1 | 12,8 | 12,8 | 14,1 | 14,5 | 14,6 | 16,5 | 17,4 | 16,6 | 16,4 | 17,2 | 19,9 | 17,1 | 21,4 | 20,7 | 4,02 (3,35;4,70) |
| Boa vista | 12,5 | 12,2 | 14,4 | 14,0 | 14,6 | 15,6 | 15,1 | 17,3 | 18,5 | 22,8 | 18,7 | 16,6 | 20,0 | 21,2 | 22,5 | 23,6 | 24,9 | 4,17 (3,25;5,11) |
| Campo Grande | 12,9 | 15,7 | 14,3 | 16,7 | 17,5 | 18,4 | 21,0 | 17,7 | 21,8 | 22,2 | 19,9 | 23,4 | 21,5 | 22,5 | 22,3 | 20,2 | 27,0 | 3,31 (2,31;4,31) |
| Cuiabá | 12,6 | 14,3 | 14,5 | 14,9 | 18,6 | 18,2 | 19,2 | 22,4 | 21,5 | 17,3 | 21,9 | 22,7 | 23,0 | 22,5 | 24,0 | 23,8 | 27,2 | 4,01 (2,94;5,10) |
| Curitiba | 12,7 | 13,4 | 13,9 | 12,9 | 17,3 | 16,1 | 16,3 | 17,6 | 18,8 | 16,4 | 18,9 | 18,1 | 16,0 | 19,4 | 17,9 | 22,6 | 24,5 | 3,07 (2,19;3,97) |
| Florianópolis | 10,4 | 11,2 | 11,9 | 14,0 | 14,5 | 15,5 | 15,7 | 15,4 | 14,3 | 15,7 | 14,5 | 15,0 | 17,4 | 17,8 | 17,6 | 20,2 | 21,9 | 3,96 (2,71;5,23) |
| Fortaleza | 11,7 | 13,8 | 15,2 | 15,5 | 18,6 | 18,6 | 18,8 | 18,1 | 19,3 | 19,8 | 20,0 | 19,2 | 20,2 | 19,9 | 23,1 | 23,7 | 27,7 | 4,31 (3,02;5,61) |
| Goiânia | 10,0 | 11,8 | 11,3 | 11,5 | 12,9 | 13,8 | 14,0 | 16,3 | 15,0 | 13,3 | 16,3 | 17,9 | 16,5 | 19,5 | 14,8 | 23,3 | 17,7 | 3,79 (3,06;4,52) |
| João Pessoa | 14,3 | 13,2 | 15,6 | 13,5 | 14,8 | 17,0 | 19,9 | 17,0 | 16,6 | 20,0 | 21,7 | 18,6 | 20,5 | 20,4 | 20,8 | 23,7 | 22,4 | 3,28 (2,47;4,09) |
| Macapá | 13,9 | 16,5 | 14,9 | 15,4 | 17,0 | 18,8 | 17,6 | 18,3 | 18,6 | 19,9 | 17,7 | 23,6 | 20,1 | 22,9 | 22,6 | 23,7 | 30,4 | 3,33 (2,83;3,83) |
| Maceió | 13,0 | 12,9 | 14,5 | 14,2 | 14,9 | 17,8 | 19,9 | 18,4 | 20,0 | 20,1 | 21,1 | 19,4 | 18,5 | 20,0 | 22,3 | 24,6 | 21,2 | 3,25 (1,83;4,69) |
| Manaus | 13,7 | 13,9 | 14,9 | 15,9 | 17,6 | 19,3 | 19,6 | 18,8 | 19,3 | 27,2 | 20,3 | 23,8 | 23,0 | 23,4 | 24,9 | 25,0 | 27,0 | 4,10 (3,25;4,97) |
| Natal | 13,0 | 14,1 | 13,4 | 14,5 | 16,4 | 17,0 | 21,2 | 16,6 | 18,4 | 19,0 | 19,8 | 18,5 | 21,2 | 22,5 | 20,4 | 23,0 | 21,9 | 3,30 (2,46;4,15) |
| Palmas | 10,2 | 9,3 | 10,7 | 9,5 | 13,0 | 13,3 | 15,7 | 16,8 | 16,3 | 13,6 | 14,7 | 15,9 | 16,3 | 15,4 | 16,9 | 19,5 | 19,0 | 3,96 (2,41;5,53) |
| Porto Alegre | 12,7 | 13,4 | 15,3 | 14,9 | 15,1 | 18,2 | 18,4 | 17,7 | 20,9 | 20,9 | 19,9 | 19,0 | 20,6 | 21,6 | 19,7 | 22,6 | 28,3 | 3,98 (2,89;5,09) |
| Porto Velho | 12,9 | 15,7 | 14,5 | 18,6 | 16,0 | 17,1 | 18,9 | 17,8 | 19,7 | 20,4 | 21,3 | 22,4 | 21,7 | 19,9 | 22,1 | 26,4 | 21,8 | 3,20 (2,47;3,92) |
| Recife | 13,4 | 12,8 | 13,8 | 14,5 | 18,4 | 15,9 | 17,7 | 18,0 | 18,6 | 18,7 | 20,0 | 21,0 | 21,9 | 21,7 | 23,3 | 22,6 | 26,3 | 4,02 (3,49;4,56) |
| Rio Branco | 13,2 | 14,0 | 16,1 | 15,6 | 17,8 | 18,3 | 21,3 | 18,1 | 19,9 | 21,9 | 23,8 | 20,5 | 20,9 | 23,3 | 21,7 | 24,2 | 26,1 | 3,56 (2,62;4,51) |
| Rio de Janeiro | 12,8 | 14,6 | 13,8 | 16,9 | 16,2 | 17,4 | 19,5 | 20,7 | 19,4 | 18,5 | 20,9 | 20,2 | 22,4 | 21,7 | 23,8 | 21,5 | 26,2 | 3,61 (2,84;4,39) |
| Salvador | 11,6 | 13,2 | 12,9 | 14,4 | 12,9 | 14,7 | 14,1 | 14,9 | 18,2 | 16,3 | 19,9 | 19,5 | 18,6 | 18,1 | 19,1 | 20,5 | 25,6 | 3,93 (3,18;4,69) |
| São Luis | 9,4 | 10,2 | 10,3 | 11,3 | 12,3 | 12,8 | 13,2 | 13,2 | 14,6 | 14,0 | 15,6 | 17,9 | 15,7 | 17,2 | 16,8 | 18,0 | 18,5 | 4,09 (3,48;4,70) |
| São Paulo | 11,3 | 13,6 | 14,1 | 14,6 | 14,6 | 15,5 | 17,8 | 17,9 | 16,7 | 21,2 | 18,1 | 18,5 | 20,0 | 19,9 | 23,6 | 22,5 | 24,3 | 3,96 (3,34;4,59) |
| Teresina | 10,0 | 11,8 | 11,5 | 12,3 | 12,9 | 13,3 | 15,0 | 16,2 | 15,3 | 15,8 | 17,2 | 15,7 | 18,4 | 17,6 | 18,5 | 20,3 | 20,8 | 4,02 (3,48;4,57) |
| Vitória | 10,0 | 12,3 | 11,9 | 12,4 | 14,8 | 14,5 | 15,5 | 16,1 | 16,2 | 15,0 | 15,2 | 16,8 | 18,4 | 17,6 | 19,5 | 17,9 | 19,0 | 3,31 (2,44;4,19) |





Brasília 10,5 10,5 12,4 9,1 10,0 14,2 14,3 15,0 15,8 14,4 16,6 15,3 18,0 19,6 18,8 22,6 21,9 5,02 (3,92;6,13)





ANEXO A - DOCUMENTOS DE APROVAÇÃO DE TRABALHO CGES/SESAU.an

047/2024


PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE
ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL
TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO

A Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande MS - SESAU, autoriza a realização da pesquisa proposta pelo (a) pesquisador (a), Caroline Robert Kovone, inscrito (a) no CPF/MF sob n.º 383779528-40, portador (a) do documento de Identidade sob n.º 462705353 residente e domiciliado (a) à Rua/Av. Rio Negro, N.º 1188, Bairro: Vila Margarida nesta Capital, telefone n.º (67) 998314978, pesquisador (a) do Curso de Medicina de Família, da Instituição Secretaria Municipal de Saúde - SESAU/PROGAVZ com o título do Projeto de Pesquisa: "TENDÊNCIA TEMPORAL DAS PREVALENCIAS DE EXCESSO DE PESO E OBESIDADE NAS CAPITALS BRASILEIRAS ENTRE 2006 E 2023", orientado (a) pela Professor (a) Alanna Gomes da Silva inscrito (a) no CPF/MF sob n.º 08964153685 portador (a) do documento de Identidade sob n.º _____ residente e domiciliado (a) à Rua/Av. Quarta da Festa, N.º 324, Bairro: Liberdade nesta cidade, telefone n.º (31) 98494284 professor (a) e pesquisador (a) do Curso de: Enfermagem, da Instituição Escola de Enfermagem UFMS

O Pesquisador (a), firma o compromisso de manter o sigilo das informações obtidas do banco de dados da Secretaria Municipal de Saúde, assumindo a total responsabilidade por qualquer prejuízo ou dano à imagem dos pacientes cadastrados na SESAU. Fica advertido (a) de que os nomes e/ou qualquer referência aos dados do paciente devem ser mantidos em sigilo, não podendo em hipótese alguma serem divulgados, devendo ser consultada a gestão da unidade de saúde, sobre quaisquer referências aos dados analisados.

A pesquisas científicas envolvendo seres humanos, só será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), de acordo com resolução n. 466/202 (Conselho Nacional de Saúde).

Vale ressaltar que a visita restringir-se-á somente a observação e entrevistas não sendo permitido fotos e/ou procedimentos.

Após a conclusão, o pesquisador deverá entregar uma cópia para esta Secretaria.

Campo Grande - MS, 01 de Junho de 2024.

Caroline Robert Kovone Pesquisador (a) Alanna Gomes da Silva Orientador(a)

Cyrola de Almeida Mendes
Cyro Leonardo de Albuquerque Mendes
Coordenador-Geral de Educação em Saúde/SESAU

Cyrola de Almeida Mendes
Coordenador-Geral de Educação em Saúde
SESAU





047/2024



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE

ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL

TERMO DE PARCERIA PARA PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE

Considerando a importância da pesquisa na área da saúde;
Considerando a necessidade de elaborar protocolos para assegurar a qualidade dos trabalhos realizados;
Considerando resguardar questões éticas e preservar sigilo das informações constantes nas fichas/prontuários/laudos de pacientes atendidos na rede municipal de saúde;
O presente termo estabelece responsabilidades entre o pesquisador (a) e a Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande MS.

COMPETÊNCIAS:

PESQUISADOR:

- 1) Para que a execução da pesquisa aconteça deverá entregar a esta secretaria uma cópia do parecer do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos com o número de protocolo.
- 2) Em função da rotina de trabalho da SESAU de cada unidade e ou serviço de saúde, favor agendar previamente com a área envolvida;
- 3) Garantir a citação da SESAU como fonte de pesquisa;
- 4) Disponibilizar cópia para a SESAU e quando necessário para equipe de saúde
- 5) Ao comparecer em nossas unidades ou serviços de saúde autorizados para realização da pesquisa, apresentar-se ao gestor responsável, com vestimentas adequadas, com a utilização de equipamentos de proteção individual -EPI, bem como correta identificação através de crachás.

SESAU:

- 1) Fornecerá as informações para pesquisa, preservando-se a identidade e endereço do paciente;
- 2) As pessoas serão atendidas pelos técnicos de acordo com a necessidade/objetivo da pesquisa;
- 3) Receber o resultado final e encaminhar para o devido retorno.

Campo Grande - MS, 01 de junho de 2024.

Pesquisador (a)

Orientador(a)

Cyro Leonardo de Albuquerque Mendes
Coordenador-Geral de Educação em Saúde/SESAUCyro Leonardo de Albuquerque Mendes
Coordenador Geral de Educação em Saúde
SESAU



| | | | |
|----------------|---|---------------------------|--|
| ID do Projeto: | SESAU SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE | CAMPO GRANDE MS | Data de submissão: 13/05/2024 Data de avaliação: 22/05/2024 |
|----------------|---|---------------------------|--|

ANEXO I Instrumento de Avaliação de Projeto de Pesquisa Científica

Título do projeto: TENDÊNCIA TEMPORAL DAS PREVALÊNCIAS DE EXCESSO DE PESO E OBESIDADE NAS CRIANÇAS BRASILEIRAS ENTRE 2005 E 2023

Autor principal: Caroline Robete Kazano

Considerando as atribuições institucionais deste grupo de trabalho descritas na RESOLUÇÃO SESAU N.º _____ de _____ de _____, e após leitura, análise, avaliação e discussão do projeto supracitado em reunião categorada, o Grupo de Trabalho de Avaliação de Projetos de Extensão e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde se posiciona **FAVORÁVEL** para execução deste, no âmbito desta secretaria. Segue abaixo matriz avaliativa utilizada pelo GTAPER com considerações sobre a decisão:

| Item de avaliação | Discordamos plenamente | Discordamos parcialmente | Não concordamos nem discordamos | Concordamos parcialmente | Concordamos plenamente | Justificativa |
|---|------------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|------------------------|-----------------------|
| 1 Tema de pesquisa é de importância prioritária para a gestão | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Justificativa |
| 2 Os resultados de pesquisa podem ser utilizados para resolução de problemas ou elaboração de políticas | | | | X | | |
| 3 Não existem estudos suficientes sobre a questão de pesquisa | | | | X | | |
| 4 Oportunidade | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Justificativa |
| 5 A pesquisa não se encaixa em áreas financeiras adicionais ao Município | | | | X | | |
| 6 A coleta de dados não afeta a carga horária dos profissionais | | | | X | | |
| 7 A coleta de dados não afeta a rotina do serviço | | | | X | | |
| 8 Não há pesquisas concomitantes ou redundantes em curso no mesmo campo de coleta de dados | | | | X | | |
| 9 Contabilidade dos resultados | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Justificativa |
| 10 O desenho de pesquisa é adequado para a questão de pesquisa | | | | X | | |
| 11 O método de pesquisa possui baixo risco de vieses na aplicação de instrumento de avaliação metodológica | | | | X | | |
| 12 Os dados coletados/fornecidos ao pesquisador são confiáveis | | | | X | | Instrumento IBI anexo |

Responsáveis pela avaliação: SCS, FMA, SVS, MEV





LISTA DE VERIFICAÇÃO DE AVALIAÇÃO CRÍTICA DO JBI PARA ESTUDOS QUE RELATAM DADOS DE PREVALÊNCIA

Revisor GTAPEP Date 22/05/2024

Autor Caroline Robete Kovars Ano _____ Número do registro _____

| | Sim | Não | Não está claro | Não se aplica |
|--|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| 1. As características da amostra foram adequadas para representar a população-alvo? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Os participantes do estudo foram recrutados de forma apropriada? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. O tamanho da amostra foi adequado? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Os sujeitos do estudo e o ambiente foram descritos em detalhes? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. A análise de dados foi realizada com cobertura suficiente da amostra identificada? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 6. Foram usados métodos válidos para a identificação da condição? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. A condição foi medida de forma padrão e confiável para todos os participantes? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Houve uma análise estatística adequada? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 9. A taxa de resposta foi adequada e, caso contrário, a baixa taxa de resposta foi gerenciada adequadamente? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

© JBI, 2020. Todos os direitos reservados. A JBI concede o uso destas ferramentas apenas para fins de pesquisa. Todas as outras perguntas devem ser enviadas para jbisynthesis@adelaide.edu.au.

Lista de verificação de avaliação crítica para estudos

