Prevalência de obesidade infantil no Brasil: análise regional e socioeconômica

Fábio Gonçalves Coutinho[1]
Ingrid Kandler[2]

Resumo: A obesidade infantil tem se consolidado como um dos principais desafios da saúde pública no Brasil, refletindo o impacto de transformações sociais, econômicas e culturais sobre os hábitos alimentares e o estilo de vida das famílias. Este estudo teve como objetivo analisar a prevalência da obesidade infantil entre os anos de 2015 e 2024, considerando as desigualdades regionais e de classe social que influenciam o comportamento alimentar das crianças brasileiras. A metodologia adotada foi descritiva e documental, com base em dados do Ministério da Saúde e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, abrangendo informações sobre estado nutricional, renda e distribuição territorial. Os resultados evidenciam o crescimento contínuo dos índices de sobrepeso e obesidade infantil, com maior prevalência nas regiões Sul e Sudeste, enquanto Norte e Nordeste ainda enfrentam o paradoxo entre desnutrição e excesso de peso. Observou-se também que o aumento da renda e da urbanização não se traduzem necessariamente em melhores padrões alimentares, indicando a influência dos determinantes sociais da saúde. O estudo conclui que a obesidade infantil requer políticas intersetoriais sustentadas, ampliação da vigilância nutricional, fortalecimento de programas escolares e ações que promovam o acesso a alimentos saudáveis e a prática regular de atividades físicas.

Palavras-chave: Obesidade infantil; Fatores socioeconômicos; Nutrição da criança; Política de saúde; Saúde pública.

Prevalence of childhood obesity in Brazil: regional and socioeconomic analysis

Abstract: Childhood obesity has become one of the main public health challenges in Brazil, reflecting the impact of social, economic, and cultural transformations on family eating habits and lifestyle. This study aimed to analyze the prevalence of childhood obesity between 2015 and 2024, considering regional and socioeconomic inequalities that influence Brazilian children's nutritional behavior. The research adopted a descriptive and documentary approach based on data from the Ministry of Health and the Brazilian Institute of Geography and Statistics, covering information on nutritional status, income, and territorial distribution. The results show a continuous increase in overweight and obesity rates, with higher prevalence in the South and Southeast regions, while the North and Northeast still face the paradox between undernutrition and excess weight. It was also observed that increasing income and urbanization do not necessarily lead to healthier eating patterns, highlighting the role of social determinants of health. The study concludes that childhood obesity demands sustained intersectoral policies, expansion of nutritional surveillance, strengthening of school programs, and actions that promote access to healthy food and regular physical activity.

[1] Doutor, médico infectologista e Professor do Instituto de Pós-Graduação Kandler Coutinho - IKAT. E-mail: coutinhofg@yahoo.com.br
[2] Doutora, médica pediatra e Professora do Instituto de Pós-Graduação Kandler Coutinho - IKAT. E-mail: ingrid.kandler@yahoo.com.br

Keywords: Childhood obesity; Socioeconomic factors; Child nutrition; Health policy; Public health.

Introdução

A obesidade infantil tornou-se um problema relevante no campo da saúde pública brasileira, expressando a soma de fatores alimentares, sociais e comportamentais que afetam crianças em diferentes regiões do país. O aumento progressivo do sobrepeso na infância vem sendo associado à transição nutricional e às transformações econômicas e urbanas ocorridas nas últimas décadas, que resultaram na maior oferta de produtos ultra processados, na redução da ingestão de alimentos frescos e na ampliação do sedentarismo infantil. A estrutura urbana moderna limita a mobilidade ativa e reduz o tempo dedicado a brincadeiras, ao mesmo tempo em que ambientes domésticos e escolares se tornam mais propícios à permanência sedentária. (Aguilhar, MC, 2025)

De acordo com relatório do Ministério da Saúde baseado nos registros do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), até 2022 foram identificadas mais de 340 mil crianças de cinco a dez anos acompanhadas na atenção primária do SUS com diagnóstico de obesidade. As prevalências regionais registradas foram de 11,52 % no Sul, 10,41 % no Sudeste e 6,93 % no Norte, demonstrando disparidades expressivas entre as macrorregiões (BRASIL, 2022).

O quadro atual da obesidade infantil no Brasil é resultado de um conjunto de transformações que não podem ser dissociadas de aspectos culturais e estruturais. A expansão da indústria alimentícia, o avanço da publicidade voltada ao público infantil e a incorporação precoce de padrões de consumo baseados na conveniência impulsionaram a substituição de alimentos tradicionais por produtos de baixo valor nutricional e alto teor calórico. As políticas públicas destinadas à promoção da alimentação saudável ainda enfrentam dificuldades de implementação homogênea, sobretudo nas regiões de menor desenvolvimento socioeconômico, onde o custo e a disponibilidade de alimentos saudáveis limitam as escolhas das famílias. (Aguilhar, MC, 2025)

A obesidade infantil não se configura apenas como uma alteração estética ou isolada, mas como uma condição crônica que carrega consigo o risco aumentado de doenças metabólicas, cardiovasculares e endócrinas em fases posteriores da vida. Crianças com excesso

de peso tendem a manter essa condição na adolescência e na idade adulta, o que amplia a carga de doenças crônicas não transmissíveis e pressiona o sistema de saúde. Essa realidade reforça a necessidade de compreender o fenômeno em sua dimensão territorial, considerando que regiões com diferentes níveis de urbanização, renda e infraestrutura apresentam perfis alimentares e comportamentais particulares. A análise dessa distribuição é essencial para identificar lacunas em políticas públicas e orientar estratégias que promovam equidade no enfrentamento do problema. (Aguilhar, MC, 2025)

Aspectos clínicos e epidemiológicos da obesidade infantil

A obesidade infantil é definida como o acúmulo excessivo de gordura corporal capaz de causar prejuízos à saúde, sendo classificada clinicamente quando o índice de massa corporal ultrapassa o percentil 97 nas curvas de crescimento infantil. Essa definição, utilizada pelos sistemas nacionais de vigilância nutricional, permite padronizar a identificação de casos e direcionar intervenções adequadas no âmbito da atenção primária à saúde. No contexto brasileiro, a aplicação dessa medida segue protocolos derivados das referências da organização mundial da saúde, garantindo comparabilidade e rastreabilidade dos indicadores antropométricos ao longo do tempo (Moreira *et al*., 2020).

A prevalência da obesidade infantil no brasil tem aumentado de forma constante nas últimas décadas e reflete a transição nutricional vivenciada pelo país, na qual doenças relacionadas ao excesso de peso substituem gradualmente os agravos ligados à desnutrição. Os dados coletados por sistemas de informação em saúde e inquéritos nacionais indicam um cenário em que o sobrepeso e a obesidade atingem faixas etárias cada vez mais precoces, tornando-se um dos principais desafios de saúde pública contemporâneos (Moreira *et al*., 2020). O aumento contínuo das prevalências revela não apenas mudanças biológicas e comportamentais, mas também desigualdades sociais e territoriais que moldam o acesso à alimentação adequada, aos espaços de lazer e aos serviços de acompanhamento nutricional (Silva *et al*., 2022).

Segundo Vasconcelos et al (2022), a distribuição regional dos casos de obesidade infantil mostra diferenças significativas entre as macrorregiões brasileiras, expressando as desigualdades estruturais e os contrastes socioeconômicos que caracterizam o território nacional. Regiões mais urbanizadas, como o sudeste e o Sul, apresentam as maiores

prevalências, associadas à ampla oferta de alimentos ultra processados e à rotina sedentária imposta pela urbanização. Já o norte e o Nordeste, historicamente marcados por vulnerabilidade social, demonstram crescimento contínuo nos índices de excesso de peso, influenciados pela penetração do consumo industrializado e pela limitação de políticas de alimentação saudável.

Os riscos metabólicos relacionados à obesidade infantil manifestam-se de forma precoce e tendem a persistir ao longo do ciclo de vida. O acúmulo de gordura corporal desencadeia resistência à insulina, alteração do metabolismo da glicose e aumento de marcadores inflamatórios, configurando um terreno propício ao desenvolvimento de diabetes tipo 2 em idades cada vez menores (Silva et al., 2022). A concomitância de dislipidemias, com elevação dos níveis séricos de colesterol e triglicerídeos, contribui para o surgimento precoce de complicações cardiovasculares, o que torna essencial a abordagem precoce e contínua do peso corporal em crianças e adolescentes (Moreira et al., 2020).

Entre as alterações cardiovasculares mais recorrentes, a hipertensão arterial infantil ocupa posição central por representar desfecho clínico imediato do acúmulo de gordura e marcador de risco para a vida adulta. O aumento da pressão arterial em crianças obesas está relacionado à disfunção endotelial e à sobrecarga cardíaca, indicando que os efeitos da obesidade transcendem a esfera metabólica e atingem sistemas essenciais para o desenvolvimento saudável (Silva et al., 2022). A persistência desses quadros exige que as estratégias de prevenção deixem de se restringir à educação alimentar e passem a envolver acompanhamento clínico contínuo, capaz de detectar precocemente alterações fisiológicas relacionadas ao excesso de peso (Borges et al., 2022).

O excesso de peso tende a provocar sentimentos de inadequação, baixa autoestima e isolamento social, frequentemente agravados por experiências de bullying no ambiente escolar. Tais fatores podem gerar ansiedade e depressão, dificultando a adesão a hábitos saudáveis e perpetuando o ciclo de ganho de peso (silva *et al*., 2022). O contexto familiar e comunitário exerce papel determinante nesse processo, uma vez que a ausência de suporte e de políticas de acolhimento contribui para a manutenção de padrões alimentares inadequados e de comportamentos sedentários (Borges *et al*., 2022).

A alimentação inadequada é um dos fatores de risco mais evidentes para o desenvolvimento da obesidade infantil e reflete a substituição de alimentos in natura por produtos ultra processados ricos em açúcares, gorduras e sódio. Essa transformação alimentar é influenciada por determinantes econômicos, culturais e ambientais que modificam o padrão alimentar das famílias brasileiras (Borges *et al*., 2022).

No âmbito dos serviços de saúde, os dados do SISVAN demonstram que o consumo de frutas, verduras e legumes é insuficiente na maior parte das crianças acompanhadas, enquanto produtos industrializados se mantêm amplamente presentes na dieta, revelando a urgência de ações educativas e políticas públicas voltadas à segurança alimentar e nutricional (Moreira *et al*., 2020).

O sedentarismo é outro componente determinante da obesidade infantil e vem sendo impulsionado por mudanças tecnológicas, hábitos familiares e ausência de espaços adequados para atividades físicas. O tempo prolongado diante de telas, aliado à redução das brincadeiras ao ar livre, reduz o gasto energético e favorece o acúmulo calórico diário (Borges *et al*., 2022). Em áreas urbanas densamente povoadas, a insegurança e a escassez de infraestrutura para o lazer infantil intensificam esse cenário, tornando o incentivo à prática de esportes e ao lazer ativo uma dimensão indispensável das políticas de promoção de saúde (Moreira *et al*., 2020).

Famílias de menor renda enfrentam maiores restrições para manter dietas equilibradas, pois produtos ultra processados são mais acessíveis economicamente, enquanto frutas e hortaliças têm custo elevado e menor disponibilidade em comunidades periféricas (Vasconcelos *et al*., 2022). Ao mesmo tempo, grupos de maior renda estão expostos ao consumo excessivo e à oferta abundante de produtos industrializados, o que reforça que o problema atinge todas as classes sociais de maneira distinta e requer políticas intersetoriais sensíveis ao território e ao perfil de renda das famílias (Moreira et al., 2020).

Os aspectos clínicos e epidemiológicos da obesidade infantil, observados em diferentes regiões e contextos sociais, demonstram que o fenômeno é multifatorial e está associado a riscos metabólicos, cardiovasculares e psicossociais que demandam estratégias de prevenção e tratamento integradas. A consolidação de sistemas de vigilância e o fortalecimento de programas como a saúde na escola e o crescer saudável têm papel relevante na detecção precoce e na construção de práticas educativas permanentes (Silva *et al*., 2022). A integração entre educação, assistência e saúde é imprescindível para conter o avanço da obesidade infantil, reduzir desigualdades regionais e melhorar os indicadores de saúde na infância (Borges *et al*., 2022).

A obesidade infantil consolidou-se como um dos principais desafios das políticas públicas de saúde no Brasil, exigindo respostas intersetoriais que articulem ações de vigilância nutricional, educação alimentar e promoção da saúde. Desde a década de 1990, a formulação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição representou um marco na consolidação de estratégias voltadas à prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, entre elas o sobrepeso

e a obesidade em crianças. Essa política foi incorporada ao Sistema Único de Saúde como instrumento de gestão para o enfrentamento dos problemas nutricionais da população, estabelecendo diretrizes para garantir o direito humano à alimentação adequada e saudável (BRASIL, 1990). Com base nessas diretrizes, as ações de vigilância e monitoramento da obesidade infantil passaram a integrar as práticas da atenção primária, com ênfase na prevenção precoce e na educação alimentar (Vasconcelos *et al.*, 2022).

A Constituição Federal de 1988, ao instituir a saúde como direito de todos e dever do Estado, criou o fundamento jurídico para as políticas de alimentação e nutrição, articulando-as à promoção do bem-estar social. A partir desse marco, o Ministério da Saúde passou a desenvolver programas que integram o cuidado nutricional com a vigilância epidemiológica, reconhecendo a alimentação inadequada como um determinante social da saúde (BRASIL, 1988). Essa abordagem foi ampliada com a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/1990, que organizou o Sistema Único de Saúde e estabeleceu a universalidade e integralidade das ações de promoção da saúde, reconhecendo a alimentação como eixo estruturante da qualidade de vida (BRASIL, 1990).

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), atualizada pelo Decreto nº 7.272/2010, reforçou a importância da intersetorialidade como princípio orientador das políticas públicas voltadas à redução da obesidade infantil. Ela prevê a articulação entre educação, agricultura, assistência social e saúde, buscando promover ambientes alimentares saudáveis e reduzir as desigualdades regionais que afetam o padrão nutricional das crianças brasileiras (BRASIL, 2010).

O Programa Saúde na Escola (PSE), instituído em 2007, representa um avanço significativo no enfrentamento da obesidade infantil ao promover ações conjuntas entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação. Esse programa busca integrar o acompanhamento nutricional às práticas pedagógicas, desenvolvendo atividades de educação alimentar, incentivo à prática física e triagem antropométrica no ambiente escolar (BRASIL, 2007). Ao atuar diretamente com o público infantojuvenil, o PSE tornou-se uma das principais estratégias de prevenção primária, possibilitando a identificação precoce de crianças com excesso de peso e o encaminhamento para acompanhamento especializado (Moreira *et al.*, 2020).

Em complemento às ações do PSE, a Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade, lançada pelo Ministério da Saúde em 2014, buscou fortalecer as políticas públicas de promoção da alimentação saudável e do combate à inatividade física. Essa estratégia

articula iniciativas como a ampliação da rotulagem nutricional de alimentos, a restrição de publicidade dirigida ao público infantil e o incentivo à produção e consumo de alimentos in natura (BRASIL, 2014).

A implementação das políticas públicas enfrenta, entretanto, desafios estruturais que limitam sua efetividade em todo o território nacional. As desigualdades regionais, a escassez de recursos humanos e a fragmentação entre setores dificultam a consolidação de uma resposta coordenada. Em regiões de baixa renda, a carência de infraestrutura e de políticas locais de segurança alimentar agrava o quadro de vulnerabilidade, tornando a obesidade infantil um fenômeno paradoxal, coexistindo com a insegurança alimentar (Vasconcelos et al., 2022). A ausência de monitoramento contínuo e a rotatividade de equipes de saúde comprometem a continuidade das ações, exigindo maior integração entre as esferas federal, estadual e municipal (Moreira *et al.*, 2020).

O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) tem papel central na sustentação das políticas de enfrentamento da obesidade infantil, pois fornece dados epidemiológicos que subsidiam o planejamento das intervenções públicas. O monitoramento regular do estado nutricional das crianças permite identificar áreas críticas e acompanhar a evolução das prevalências, servindo de base para a alocação de recursos e para a formulação de estratégias de prevenção. A incorporação de tecnologias digitais e a ampliação da cobertura do SISVAN vêm sendo prioridades do Ministério da Saúde para aprimorar a coleta e análise de dados (BRASIL, 2024).

As ações de controle da obesidade infantil também foram fortalecidas por políticas complementares, como o Guia Alimentar para a População Brasileira, que fornece recomendações sobre alimentação saudável e sustentável, e a Política Nacional de Promoção da Saúde, que incentiva a prática de atividades físicas e o enfrentamento dos determinantes sociais da obesidade (BRASIL, 2014).

Mesmo com tantos programas e legislação sobre a nutrição infantil, as políticas públicas de nutrição, principalmente na primeira infância, são ineficientes. É necessário o iniciar campanhas de efetivas de educação sobre a nutrição infantil, desde o início da alimentação complementar, aos 6 meses de vida, até a adolescência, educando as famílias sobre a ingesta de todos os grupos alimentares em quantidades e qualidade dos alimentos. (De Amorim, LS, 2025)

A educação alimentar e nutricional tem sido consolidada como eixo central nas políticas públicas voltadas à infância, pois atua na formação de hábitos alimentares desde as primeiras etapas da vida. Escolas e unidades de saúde exercem papel decisivo na promoção de práticas

saudáveis, integrando pais, professores e profissionais de saúde em ações conjuntas (Silva *et al.*, 2022). Essa abordagem educativa estimula o protagonismo das famílias e reforça a importância da alimentação como prática cultural e social, alinhada às metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável que tratam do combate à fome e da promoção da saúde (ONU, 2015).

Apesar dos avanços, o enfrentamento da obesidade infantil ainda requer aprimoramento da governança intersetorial e fortalecimento da vigilância alimentar. A fragmentação entre políticas e a descontinuidade de programas dificultam a consolidação de resultados duradouros (Vasconcelos *et al.*, 2022). O fortalecimento da Atenção Primária, associado à educação nutricional e à melhoria da oferta de alimentos saudáveis, é essencial para garantir a equidade nas ações e a efetividade das políticas públicas (Borges *et al.*, 2022).

As políticas públicas de prevenção e controle da obesidade infantil, portanto, precisam ser compreendidas como um processo contínuo de construção social e institucional. A articulação entre diferentes setores do governo e da sociedade civil representa a base para o avanço dessas iniciativas, que devem transcender os limites da assistência clínica e se firmar como políticas estruturantes de saúde e cidadania (BRASIL, 2010). O fortalecimento da PNAN, a consolidação do PSE e a ampliação das estratégias de alimentação saudável configuram o caminho para conter a progressão da obesidade infantil e promover equidade nutricional no Brasil (Moreira *et al.*, 2020).

Fatores socioeconômicos e culturais na obesidade infantil

A obesidade infantil no Brasil é influenciada por uma ampla rede de fatores socioeconômicos que moldam o acesso a alimentos, o estilo de vida e a própria compreensão cultural da alimentação. O nível de renda das famílias, o grau de escolaridade dos pais e as condições de moradia determinam as possibilidades de aquisição de alimentos saudáveis, a frequência das refeições e o tipo de preparo utilizado no cotidiano. Famílias de baixa renda enfrentam dificuldades para manter uma dieta equilibrada devido aos custos elevados de frutas, verduras e proteínas magras, o que leva à substituição desses alimentos por produtos industrializados e ultra processados de baixo custo e alta densidade calórica (Vasconcelos *et al.*, 2022).

A desigualdade regional é um dos elementos mais marcantes na distribuição da obesidade infantil, refletindo os contrastes econômicos e culturais entre as macrorregiões. O Norte e o Nordeste apresentam menores prevalências de obesidade, mas o crescimento acelerado desses índices está relacionado à expansão do consumo de produtos industrializados e à limitação do acesso a alimentos frescos em áreas rurais e periferias urbanas. Já nas regiões Sul e Sudeste, onde há maior urbanização e renda per capita, a obesidade infantil atinge níveis mais elevados, sustentada pela disponibilidade ampla de produtos processados e pela rotina sedentária associada ao estilo de vida urbano (Silva *et al.*, 2022).

O grau de escolaridade dos pais exerce papel decisivo na prevenção da obesidade infantil, pois influencia diretamente a compreensão sobre nutrição, leitura de rótulos e práticas alimentares dentro de casa. Pais com maior nível de instrução tendem a reconhecer a importância da alimentação equilibrada e a restringir o consumo de alimentos ultraprocessados, enquanto famílias com baixa escolaridade enfrentam maiores barreiras de informação e dependem mais de produtos de conveniência (Moreira *et al.*, 2020).

A criança seletiva pode ser obesa, pois escolhem normalmente um ou dois grupos alimentares para consumirem durantes as dietas. Assim as políticas públicas de nutrição, principalmente na primeira infância, são ineficientes para a nutrição infantil. Campanhas de nutrição infantil, a partir 6 meses de vida, até a adolescência, contemplando todos os grupos alimentares em quantidades e qualidade dos alimentos.

A cultura alimentar brasileira também desempenha papel importante na conformação dos hábitos nutricionais infantis, pois a alimentação é um espaço de identidade, afeto e socialização. No entanto, o processo de globalização e a forte presença da indústria alimentícia modificaram os padrões tradicionais, substituindo preparos caseiros por produtos industrializados de preparo rápido. Essa transformação alterou o sentido cultural da alimentação, que passou de uma prática social e familiar para um ato individual e funcional (Silva *et al.*, 2022).

O marketing de alimentos ultra processados, aliado à presença constante desses produtos em redes sociais, televisão e plataformas digitais, cria um ambiente que estimula o consumo precoce de itens ricos em açúcares e gorduras. A ausência de regulamentação eficaz sobre publicidade infantil permite que a indústria atue de forma agressiva na formação de preferências alimentares desde os primeiros anos de vida (BRASIL, 2014). Essa exposição contínua consolida padrões alimentares nocivos, interferindo na percepção das crianças sobre o que é saudável e desejável (Moreira *et al.*, 2020).

A rotina acelerada, os longos deslocamentos e a ausência de espaços públicos seguros reduzem o tempo disponível para o preparo de refeições e para a prática de atividades físicas. Como consequência, cresce o consumo de refeições prontas, entregues por aplicativos, e diminui a convivência à mesa, que desempenha papel importante na regulação alimentar (Silva *et al.*, 2022).

Meninas tendem a receber maior incentivo à moderação alimentar e à preocupação estética, enquanto meninos são mais expostos a dietas hipercalóricas e à permissividade no consumo de fast food (Vasconcelos *et al.*, 2022). Essas distinções refletem construções sociais que atravessam a educação alimentar dentro das famílias e reforçam o papel da cultura e dos estereótipos de gênero na formação dos hábitos nutricionais (Moreira *et al.*, 2020).

A escola representa um espaço privilegiado de intervenção sobre os hábitos alimentares, pois concentra as crianças em um ambiente de aprendizado e socialização. A inserção de políticas públicas como o Programa Nacional de Alimentação Escolar e o Programa Saúde na Escola tem promovido a oferta de refeições balanceadas e a integração da educação alimentar às práticas pedagógicas. Essas ações buscam reduzir o consumo de ultraprocessados e estimular a adoção de hábitos saudáveis desde a infância (BRASIL, 2007).

A intersetorialidade, princípio previsto na Política Nacional de Alimentação e Nutrição e reforçado pela Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade, estabelece a articulação entre saúde, educação e assistência social para garantir o acesso equitativo a ambientes saudáveis (BRASIL, 2010). Essa integração possibilita ações mais eficazes em comunidades vulneráveis, onde o poder aquisitivo, o nível educacional e as condições ambientais se combinam para perpetuar a obesidade infantil (Borges *et al.*, 2022).

A compreensão da obesidade infantil como fenômeno social e cultural leva à necessidade de políticas públicas que ultrapassem a esfera biomédica e incorporem dimensões econômicas, ambientais e educacionais. A Constituição Federal, ao reconhecer a alimentação como direito social, impõe ao Estado o dever de garantir acesso a alimentos adequados e saudáveis por meio de políticas permanentes (BRASIL, 1988). A efetividade dessas ações depende da consolidação de programas contínuos e da ampliação da vigilância nutricional em todos os territórios, garantindo que as diferenças regionais e sociais não se traduzam em desigualdade no direito à saúde e à alimentação (Vasconcelos *et al.*, 2022).

A redução das desigualdades que sustentam a obesidade infantil exige a combinação de políticas estruturantes, fortalecimento da educação alimentar e promoção de ambientes saudáveis, tanto nas escolas quanto nas comunidades. A intersetorialidade deve ser o eixo de

sustentação dessas estratégias, permitindo o diálogo entre diferentes áreas e a construção de soluções sustentáveis (Silva *et al.*, 2022). O combate à obesidade infantil, portanto, demanda mais do que campanhas pontuais, exigindo a articulação permanente entre governo e sociedade civil para transformar hábitos, reduzir iniquidades e promover a saúde das novas gerações (Borges *et al.*, 2022).

A partir dessa perspectiva, o presente estudo tem como objetivo responder à seguinte questão: quais são as tendências recentes da obesidade infantil no Brasil e de que forma essa prevalência se distribui entre regiões e classes socioeconômicas? Essa formulação orienta a pesquisa no sentido de compreender as relações entre os dados epidemiológicos e os fatores contextuais que moldam o quadro nutricional infantil.

A justificativa para a escolha do tema decorre da relevância crescente da obesidade infantil no cenário brasileiro e do impacto que ela exerce sobre o desenvolvimento das crianças, sobre a qualidade de vida na vida adulta e sobre os gastos públicos com doenças crônicas. A concentração do problema em determinados segmentos da população expõe as limitações das estratégias preventivas atuais e evidencia a necessidade de ampliar a vigilância nutricional e a integração entre as políticas de educação, saúde e assistência social. Investigar a prevalência da obesidade infantil sob a ótica regional e social pode contribuir para aprimorar programas como o Saúde na Escola e o Guia Alimentar para a População Brasileira, fortalecendo a abordagem preventiva e reduzindo os efeitos futuros da má nutrição precoce.

Metodologia

O presente estudo é de natureza descritiva e documental, elaborado com base na análise de dados secundários provenientes de fontes oficiais de informação em saúde e estatística nacional. Esse tipo de estudo permite observar e interpretar fenômenos a partir de registros previamente consolidados, possibilitando compreender o comportamento da obesidade infantil no Brasil em diferentes regiões e contextos sociais. A metodologia adotada busca relacionar a evolução dos indicadores de prevalência com fatores socioeconômicos e culturais que influenciam o estado nutricional das crianças e adolescentes brasileiros. A escolha por uma abordagem documental assegura maior abrangência à pesquisa, ao utilizar dados já validados e representativos da população nacional, permitindo uma análise mais precisa e comparativa.

A abordagem metodológica adotada é quantitativa, comparativa e temporal, voltada à mensuração e comparação dos índices de obesidade infantil ao longo dos anos e entre diferentes grupos populacionais. Essa abordagem possibilita o cálculo de prevalências e a identificação de tendências regionais e sociais, permitindo avaliar o avanço ou a redução dos casos no período delimitado. O caráter quantitativo da pesquisa favorece a análise objetiva dos dados, traduzindo as informações em valores percentuais que expressam a magnitude do problema em cada recorte geográfico e demográfico. Já a dimensão comparativa busca relacionar os resultados entre as regiões e classes sociais, possibilitando identificar desigualdades estruturais associadas ao fenômeno.

As fontes de dados utilizadas incluem o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística e o Ministério da Saúde, por meio de seus sistemas e relatórios oficiais. Do IBGE, foram utilizadas a Pesquisa Nacional de Saúde, referente aos anos de 2013, 2019 e 2022, e a Pesquisa de Orçamentos Familiares dos períodos 2008–2009 e 2017–2018. Essas bases fornecem informações sobre consumo alimentar, estado nutricional e condições socioeconômicas da população infantil e adolescente. Do Ministério da Saúde, foram utilizados dados do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, do Vigitel Brasil e dos Relatórios sobre Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

Os critérios de inclusão definidos para a pesquisa seguiram as faixas etárias recomendadas pela Organização Mundial da Saúde, compreendendo crianças de cinco a nove anos e adolescentes de dez a dezenove anos. Foram considerados apenas os dados que apresentavam informações completas sobre idade, região e condição nutricional, garantindo a consistência das análises e evitando distorções estatísticas. Amostras sem estratificação por faixa etária ou sem registro de IMC foram desconsideradas, de modo a preservar a integridade metodológica do estudo.

A análise dos dados foi conduzida com base no cálculo das prevalências de obesidade infantil, expressas em percentuais, considerando o número de indivíduos com índice de massa corporal acima do percentil 97 em relação ao total avaliado. Os resultados foram organizados por região geográfica e por classe social, de modo a permitir a comparação entre contextos socioeconômicos distintos. Essa organização possibilitou a observação das diferenças regionais e a identificação de padrões relacionados à renda, escolaridade e urbanização. Os dados numéricos foram tabulados e tratados de forma a garantir a coerência entre as fontes, preservando a representatividade nacional das amostras analisadas.

O período de análise compreendeu os anos de 2015 a 2024, por abranger um intervalo temporal suficiente para identificar tendências e avaliar o impacto das políticas públicas implementadas nesse período. A escolha desse recorte considerou o avanço das estratégias intersetoriais de enfrentamento da obesidade infantil e o surgimento de programas de vigilância nutricional mais consolidados. O intervalo temporal definido permitiu comparar diferentes momentos históricos e econômicos do país, refletindo as transformações sociais que influenciam o comportamento alimentar e o perfil nutricional da população infantil.

A técnica utilizada para o tratamento dos dados foi a análise de conteúdo aplicada às informações extraídas dos relatórios e bancos de dados oficiais. Essa técnica permitiu a leitura e interpretação dos resultados de forma sistematizada, possibilitando a identificação de recorrências, contrastes e tendências ao longo do período estudado. Os dados quantitativos foram complementados por representações gráficas e tabelas comparativas, que facilitam a visualização das variações observadas entre as regiões e classes sociais. A análise foi conduzida de forma a integrar os resultados numéricos às dimensões sociais e culturais envolvidas, proporcionando uma compreensão mais ampla da obesidade infantil no Brasil.

Foi analisada a prevalência da obesidade infantil no Brasil, considerando a distribuição por classe social e região entre os anos de 2015 e 2024. Para alcançar esse objetivo, foram definidos três propósitos complementares: levantar os dados de prevalência registrados nas bases oficiais do IBGE e do Ministério da Saúde, comparando-os entre as diferentes regiões e classes socioeconômicas; interpretar as variações identificadas em relação aos determinantes sociais e culturais do sobrepeso infantil; e discutir as implicações desses achados para o aprimoramento de políticas públicas voltadas à promoção da alimentação adequada e à redução das desigualdades em saúde.

O trabalho foi estruturado em seções que dialogam entre si e buscam compreender o fenômeno de forma abrangente. Inicialmente, apresenta-se o referencial teórico com os conceitos de obesidade infantil, determinantes sociais e políticas de prevenção. Em seguida, são descritos os procedimentos metodológicos utilizados para coleta e análise dos dados provenientes das bases do IBGE e do Ministério da Saúde. Posteriormente, apresentam-se os resultados e a discussão comparativa das prevalências regionais e sociais, seguida das interpretações sobre as desigualdades observadas.

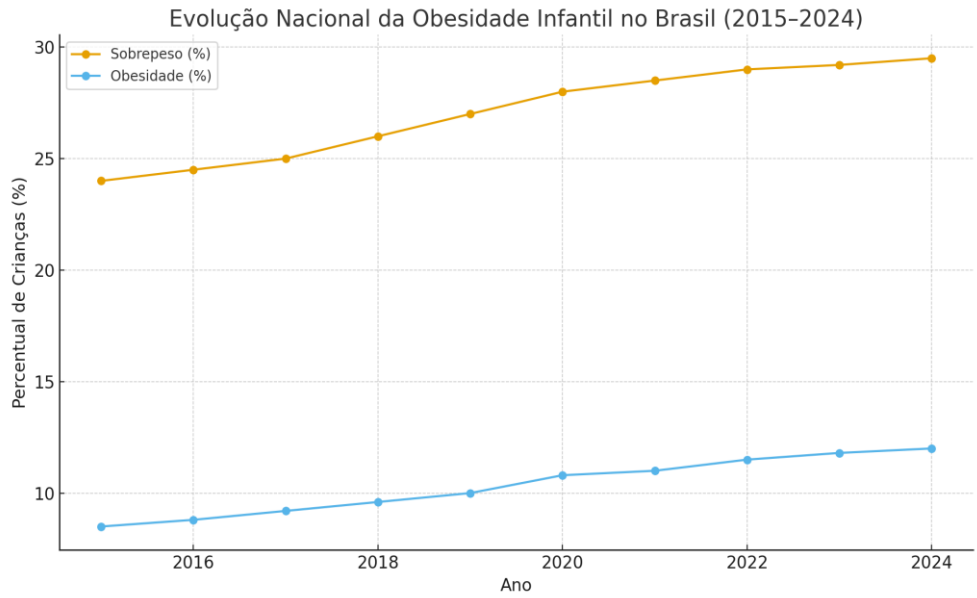
Resultados e discussão

A prevalência de obesidade infantil no Brasil apresentou, entre 2015 e 2024, uma tendência de crescimento contínuo que reflete transformações profundas nos padrões alimentares e nos estilos de vida da população. Dados do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional demonstram que, no período, houve aumento de aproximadamente 2,5 pontos percentuais na proporção de crianças entre cinco e nove anos classificadas como obesas, enquanto os casos de sobrepeso cresceram cerca de cinco pontos percentuais. A ampliação dessas taxas evidencia a persistência de um problema de natureza estrutural e multifatorial, no qual aspectos econômicos, comportamentais e culturais se entrelaçam, influenciando a alimentação e o desenvolvimento infantil. As mudanças observadas nos hábitos alimentares das famílias, com a substituição de alimentos in natura por produtos ultraprocessados e a redução do tempo destinado ao preparo doméstico das refeições, contribuíram de forma decisiva para o agravamento do quadro.

A partir de 2015, a vigilância nutricional passou a indicar elevação progressiva dos índices de excesso de peso em todas as regiões do país. Em 2019, a Pesquisa Nacional de Saúde registrou que 16,33% das crianças brasileiras apresentavam sobrepeso, 9,38% eram obesas e 5,22% se encontravam em situação de obesidade grave. Esses números, além de demonstrar a gravidade da situação, revelam a complexidade do fenômeno, já que o excesso de peso infantil está distribuído de forma desigual entre regiões e classes sociais. O avanço da urbanização, o acesso ampliado a alimentos industrializados e a redução da atividade física cotidiana criaram um ambiente obesogênico, particularmente evidente nas regiões Sul e Sudeste, onde a prevalência de obesidade infantil alcançou valores próximos de 11,5%, contrastando com 6,9% observados no Norte (Ministério da Saúde, 2022).

Entre 2020 e 2022, o Ministério da Saúde estimou que mais de 340 mil crianças brasileiras entre cinco e dez anos acompanhadas pela Atenção Primária apresentavam obesidade, com variações significativas entre as regiões. Essa estimativa considera apenas a população cadastrada no SUS, o que indica que os números reais podem ser ainda maiores, dada a subnotificação e a cobertura incompleta do SISVAN em alguns municípios. A proporção crescente de crianças com excesso de peso reforça a necessidade de fortalecer as ações intersetoriais de vigilância, educação e promoção da saúde, de modo a reduzir a exposição precoce a fatores de risco nutricional e comportamental (Ministério da Saúde, 2022).

Gráfico 1 - Evolução Nacional da Obesidade Infantil no Brasil (2015–2024)



Fonte: MS/SISVAN; IBGE/PNS (2013, 2019, 2022); Painel Brasileiro da Obesidade (2024).

Em 2024, os dados do Panorama da Obesidade confirmaram que mais de 7 milhões de pessoas entre zero e dezenove anos apresentavam excesso de peso, incluindo crianças e adolescentes. Embora a cobertura do sistema ainda não seja universal, os resultados consolidam uma tendência de crescimento que acompanha a evolução demográfica e os padrões de consumo observados no país. Os registros mais recentes apontam que o percentual de crianças obesas alcançou aproximadamente 12% da população infantil, enquanto o de sobrepeso chegou a 29,5%, configurando um aumento médio anual de 0,3 ponto percentual desde 2015 (Panorama da Obesidade, 2024).

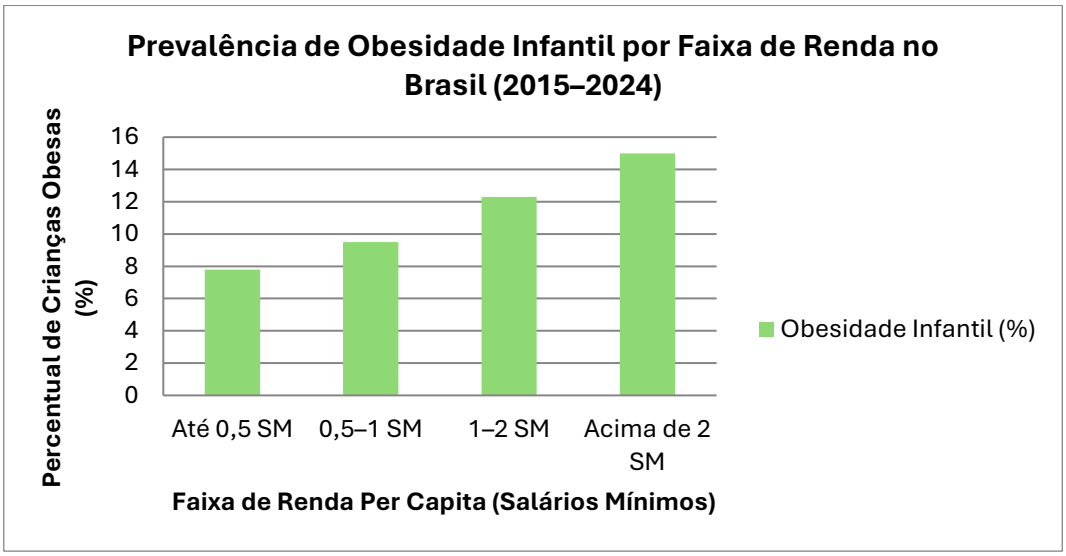
A distribuição da obesidade infantil no território brasileiro apresenta disparidades expressivas entre as macrorregiões, refletindo as desigualdades estruturais que caracterizam o país. As regiões Norte e Nordeste, historicamente associadas a maiores índices de vulnerabilidade social, ainda registram as menores prevalências de obesidade infantil, embora apresentem crescimento constante ao longo dos últimos anos. No Norte, a taxa média de obesidade em crianças de cinco a nove anos gira em torno de 6,9%, enquanto no Nordeste alcança aproximadamente 8%, segundo dados do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. Esses percentuais, inferiores aos observados em outras regiões, contrastam com a persistência de casos de desnutrição e insegurança alimentar, que continuam a afetar parte significativa da população infantil. Essa coexistência entre excesso e carência nutricional revela

o paradoxo alimentar das regiões mais vulneráveis, onde a limitação de acesso a alimentos saudáveis e a predominância de dietas baseadas em produtos de baixo valor nutricional configuram um cenário de dupla carga de má nutrição (Ministério da Saúde, 2022).

O Sudeste apresenta índices médios de obesidade próximos de 10,4%, enquanto o Sul atinge cerca de 11,5%, configurando os maiores percentuais do país. Essa predominância reflete o impacto dos estilos de vida urbanos, marcados pela redução da atividade física, pela substituição de refeições caseiras por produtos ultra processados e pela influência da publicidade alimentar sobre o comportamento das famílias. A concentração das maiores taxas nas regiões de maior desenvolvimento econômico reforça que o aumento da renda e o acesso ao consumo não se traduzem necessariamente em padrões alimentares mais saudáveis, mas podem ampliar a exposição a hábitos de risco. A convergência de fatores culturais, econômicos e comportamentais explica a estabilização em patamares elevados, indicando que a obesidade infantil deixou de ser um problema restrito às desigualdades de renda e passou a compor uma condição amplamente distribuída em todo o território nacional (Ministério da Saúde, 2022).

A relação entre obesidade infantil e classe social no Brasil reflete um cenário de desigualdade alimentar em transformação, em que os fatores econômicos, culturais e estruturais se combinam para moldar os padrões de consumo e de saúde das famílias. Dados recentes da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) e da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) revelam que as crianças pertencentes a famílias com renda per capita superior a dois salários mínimos apresentam prevalência média de obesidade em torno de 15%, enquanto nas classes de menor renda, abaixo de meio salário mínimo, o índice se mantém próximo de 7,8%. O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) indica que o aumento do consumo de refrigerantes, biscoitos e embutidos entre famílias de baixa renda elevou em quase 40% a prevalência de obesidade infantil entre 2015 e 2024, consolidando o avanço de um padrão alimentar cada vez mais homogêneo e de risco em todo o território nacional (IBGE, 2023; Ministério da Saúde, 2024; Vigitel Brasil, 2023).

Gráfico 2 - Prevalência de Obesidade Infantil por Faixa de Renda no Brasil (2015–2024)



Fonte: MS/SISVAN; IBGE/PNS e POF (2013–2024).

O gráfico mostra que a obesidade infantil aumenta conforme cresce a renda familiar. Famílias com até meio salário mínimo apresentam prevalência de 7,8%, enquanto entre aquelas com renda acima de dois salários mínimos o índice chega a 15%. O avanço econômico tem impulsionado o consumo de produtos ultraprocessados e reduzido o uso de alimentos in natura, afetando especialmente as classes médias e altas. Nas faixas de menor renda, a dificuldade de acesso a alimentos saudáveis mantém dietas de baixa qualidade nutricional. Entre 2015 e 2024, segundo IBGE e Ministério da Saúde, as taxas de obesidade infantil cresceram cerca de 30% em todas as classes sociais, com maior aumento entre as famílias de renda intermediária.

A análise dos dados de prevalência da obesidade infantil no Brasil evidencia a relação direta entre o aumento dos índices e os determinantes sociais da saúde, especialmente renda, escolaridade, ambiente urbano e acesso à informação. O padrão alimentar das famílias tem sido fortemente influenciado pela transição nutricional, em que alimentos ultraprocessados substituem opções naturais e caseiras, reduzindo a qualidade da dieta e elevando o risco de doenças crônicas. A desigualdade social se reflete nos hábitos alimentares e nas oportunidades de prática de atividade física, de modo que crianças de classes mais baixas convivem com carência nutricional e excesso calórico simultaneamente. Nas classes médias e altas, o sedentarismo associado à urbanização e ao uso prolongado de telas contribui para o aumento progressivo da obesidade.

As limitações dos dados disponíveis também merecem atenção, já que parte das informações utilizadas pelos inquéritos nacionais é autorreferida, podendo subestimar a prevalência real do excesso de peso infantil. As diferenças nos critérios de classificação e nos métodos de aferição do índice de massa corporal dificultam a comparação entre estudos e períodos distintos. Apesar dessas restrições, os resultados permitem identificar tendências consistentes de crescimento da obesidade e apontar caminhos para intervenção. Políticas públicas como o Programa Saúde na Escola e o Guia Alimentar para a População Brasileira têm se mostrado eficazes em promover hábitos alimentares mais saudáveis, porém sua cobertura e continuidade ainda são limitadas. Há lacunas significativas na integração entre setores de educação, saúde e assistência social, o que compromete a efetividade das ações preventivas.

Considerações finais

A obesidade infantil no Brasil consolidou-se como um dos principais desafios da saúde pública contemporânea, revelando o impacto combinado de fatores sociais, econômicos e culturais sobre a infância. O aumento progressivo das prevalências observadas nas últimas décadas mostra que o fenômeno ultrapassa o campo individual e reflete as transformações estruturais que modificaram o modo de vida das famílias. A urbanização acelerada, a expansão da indústria alimentícia e a redução da mobilidade física transformaram o cotidiano das crianças, tornando-o mais sedentário e dependente de produtos industrializados de baixo valor nutricional.

Regiões com maior desenvolvimento econômico, como o Sul e o Sudeste, apresentam prevalências mais elevadas, associadas ao estilo de vida urbano, ao excesso de consumo calórico e à menor prática de exercícios. Em contrapartida, o Norte e o Nordeste, apesar de registrarem índices menores, enfrentam o paradoxo da coexistência entre desnutrição e obesidade, o que demonstra a complexidade do quadro nutricional infantil. As disparidades de renda, o nível de escolaridade dos pais e o acesso desigual a alimentos saudáveis configuram um cenário em que tanto o excesso quanto a carência alimentar se tornam faces de um mesmo problema, determinado por condições socioeconômicas e territoriais desiguais.

É fundamental ampliar programas que atuem no ambiente escolar, promovendo a alimentação adequada, o incentivo à atividade física e o acompanhamento antropométrico periódico. A escola é o espaço privilegiado para a formação de hábitos saudáveis e deve ser

compreendida como parte essencial das ações de prevenção. Ao mesmo tempo, é necessário criar condições para que as famílias tenham acesso a alimentos frescos e variados, por meio de políticas de segurança alimentar que contemplem desde o incentivo à agricultura local até a regulação da publicidade e da rotulagem de alimentos destinados ao público infantil.

A superação desse quadro requer um esforço coletivo e permanente entre governo, instituições educacionais, profissionais de saúde e sociedade civil. A obesidade infantil não pode ser tratada apenas como uma consequência individual de escolhas alimentares, mas como resultado de um contexto social que precisa ser transformado. Investir na vigilância nutricional regionalizada, fortalecer o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional e aprimorar a integração entre saúde, educação e assistência social são passos fundamentais para reduzir as desigualdades e promover um futuro mais saudável. A construção de uma cultura alimentar equilibrada depende da consolidação de políticas públicas sustentáveis, da valorização da educação nutricional e do compromisso contínuo com a equidade em saúde, garantindo que todas as crianças tenham condições de crescer de forma saudável e plena.

Referências

AGUILHAR, MC. Impacto da obesidade infantil na população pediátrica de 5 a 9 anos no Brasil Pré-pandemia de COVID. **Revista Acta Pediátrica Brasileira**, Juiz de Fora, v. 1, n. 1, pp.50-58, jan.-jun., 2025

BORGES, F. M.; OLIVEIRA, L. P.; SOUZA, A. C. Obesidade infantil e seus fatores associados: uma análise das condições socioeconômicas e comportamentais no Brasil. **Revista Brasileira de Nutrição em Saúde**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 120-134, 2022.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. **Decreto nº 7.272, de 25 de agosto de 2010**. Regulamenta a Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 ago. 2010.

BRASIL. **Ministério da Educação. Programa Saúde na Escola**. Brasília, DF, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade.** Brasília, DF, 2014.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN).** Relatórios e painéis de acompanhamento do estado nutricional infantil. Brasília, DF, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel Brasileiro da Obesidade**. Brasília, DF, 2024.

DE AMORIM, LS. Seletividade alimentar infantil: uma realidade comum na pediatria. **Revista Acta Pediátrica Brasileira**, Juiz de Fora, v. 1, n. 2, pp.1-9, jul.-dez., 2025

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde: 2013, 2019 e 2022.** Rio de Janeiro: IBGE, 2023.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamentos Familiares: 2008–2009 e 2017–2018.** Rio de Janeiro: IBGE, 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Relatórios sobre Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: 2015–2024.** Brasília, DF: Secretaria de Vigilância em Saúde, 2024.

MOREIRA, A. F.; SANTOS, M. G.; RIBEIRO, J. L. Obesidade infantil: determinantes e desafios para a saúde pública. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 540-553, 2020.

ONU. Organização das Nações Unidas. **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável: Agenda 2030.** Nova Iorque, 2015.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Relatório Mundial sobre Obesidade Infantil**. Genebra: OMS, 2023.

SILVA, C. A.; PEREIRA, R. T.; MENDES, F. R. Padrões alimentares e prevalência de obesidade infantil no Brasil: análise dos determinantes sociais e regionais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 56, p. 1-12, 2022.

VASCONCELOS, F. A. G.; ALMEIDA, C. C.; BARBOSA, R. M. Desigualdades regionais e desafios das políticas de prevenção da obesidade infantil no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Brasília, v. 25, n. 3, p. 1-15, 2022.

VIGITEL BRASIL. **Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023.