

---

**INFLUÊNCIA DA DESIGUALDADE SOCIOECONÔMICA NAS ESCOLHAS ALIMENTARES  
E NO AUMENTO DA PREVALÊNCIA DE OBESIDADE**

Aline Alessandra Ribeiro<sup>1</sup>, Jacyara Santos de Oliveira<sup>2</sup>, Cristiana Araújo Gontijo<sup>3</sup>  
Cristina de Matos Boaventura<sup>4</sup>, Alzemar José Delfino<sup>5</sup>, Fernanda Nogueira Campos Rizzi<sup>6</sup>  
Phelipe Elias da Silva<sup>7</sup>, Heitor Bernardes Pereira Delfino<sup>8</sup>

**RESUMO**

A obesidade afeta grupos populacionais de forma não uniforme, exibindo padrões variados de prevalência, sendo mais alta em certos segmentos da população. O presente estudo teve como objetivo avaliar a influência da desigualdade socioeconômica nas escolhas alimentares e no aumento da prevalência de obesidade. Trata-se de um estudo de revisão narrativa realizada por meio de levantamento bibliográfico, utilizando as bases de dados digitais Pubmed, Scielo, Bireme e Google Acadêmico. As fontes de informação utilizadas foram artigos científicos, materiais do Ministério da Saúde, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Organização Mundial de Saúde (OMS) e diretrizes nacionais e internacionais das áreas de nutrição e medicina. Os resultados indicaram que a escolha por alimentos menos saudáveis e mais calóricos está diretamente relacionada à falta de recursos financeiros e à educação alimentar e nutricional deficiente. Além disso, foi identificado que em países em desenvolvimento, o aumento da prevalência de obesidade nos grupos de baixa renda está associada ao aumento da produção de alimentos ultraprocessados e a dificuldade de acesso a alimentos saudáveis. Embora campanhas nacionais abrangentes sejam fundamentais, como sugerido pelos guias alimentares, é urgente uma reforma das políticas públicas. Dessa forma, há a necessidade de criação de políticas públicas sólidas e contínuas que priorizem um maior acesso a alimentos saudáveis, bem como subsídios para a compra destes, além da necessidade de ampliação de atividade de educação alimentar e nutricional para a população.

**Palavras-chave:** Desigualdades em saúde. Segurança alimentar. Promoção da saúde. Educação em saúde. Equidade em saúde.

**ABSTRACT**

The influence of socioeconomic inequality on food choices and the increased prevalence of obesity

Obesity affects population groups in a non-uniform manner, exhibiting varying prevalence patterns, being higher in certain segments of the population. The present study aimed to evaluate the influence of socioeconomic inequality on food choices and the increase in the prevalence of obesity. This is a narrative review study carried out through a bibliographic survey, using the digital databases Pubmed, Scielo, Bireme and Google Scholar. The sources of information used were scientific articles, materials from the Ministry of Health, the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE), the World Health Organization (WHO) and national and international guidelines in the areas of nutrition and medicine. The results indicated that the choice of less healthy and more caloric foods is directly related to the lack of financial resources and deficient food and nutrition education. In addition, it was identified that in developing countries, the increase in the prevalence of obesity in low-income groups is associated with the increase in the production of ultra-processed foods and the difficulty in accessing healthy foods. Although comprehensive national campaigns are essential, as suggested by the food guides, a reform of public policies is urgent. Therefore, there is a need to create solid and continuous public policies that prioritize greater access to healthy foods, as well as subsidies for their purchase, in addition to the need to expand food and nutritional education activities for the population.

**Key words:** Health inequalities. Food security. Health promotion. Health education. Health equity.

## INTRODUÇÃO

A obesidade é uma doença crônica definida por depósitos excessivos de gordura corporal, associado a um balanço energético positivo crônico, que prejudicam o funcionamento ideal do organismo (OMS, 2024).

O indivíduo é classificado com obesidade quando apresenta índice de massa corporal (IMC)  $>30\text{kg/m}^2$  (Abeso, 2022). Dentre as consequências da obesidade estão o aumento do risco para desenvolvimento de diabetes tipo 2 (DM2), doenças cardiovasculares e cânceres, influenciando negativamente na qualidade de vida do indivíduo (OMS, 2024).

A origem da obesidade é complexa e multifatorial, envolvendo múltiplas causas que podem ser de natureza pessoal, coletiva, social, econômica, cultural e ambiental, o que significa que o desenvolvimento desta doença não se trata apenas de atitudes e comportamentos individuais (Brasil, 2022a).

A prevalência da obesidade tem aumentado de forma gradual tanto no Brasil, quanto no mundo, com cerca de 60% dos adultos brasileiros com excesso de peso, equivalendo aproximadamente 96 milhões de pessoas, e estima-se que um em cada quatro adultos possui obesidade, totalizando mais de 41 milhões de pessoas, segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2020 (Brasil, 2020).

Cerca de 168 mil mortes anuais no Brasil são atribuídas ao excesso de peso e à obesidade (Rezende, 2019), assim esta doença impõe uma carga significativa à população afetada e ao sistema de saúde (Jean e colaboradores, 2014).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM, 2023) 890 milhões de pessoas no mundo foram diagnosticadas com obesidade em 2022.

A obesidade afeta grupos populacionais de forma não uniforme, exibindo padrões variados de prevalência, sendo mais alta em certos segmentos da população (Aekplakorn e colaboradores, 2014).

Os fatores socioeconômicos desempenham um papel fundamental na qualidade de vida dos diferentes recortes sociais, influenciando o acesso a serviços, produtos e, especialmente, alimentos (Buss, Pellegrini Filho, 2007).

No Brasil, o perfil da obesidade é pouco homogêneo, evidenciando diferenças regionais e entre grupos populacionais, onde a obesidade tende a ser mais prevalente em áreas com maior desenvolvimento, como o sul e o sudeste do país, sendo que somente a Região Sul contabiliza cerca de 5 milhões de adultos com excesso de peso (Ferreira, Magalhães, 2005).

A qualidade da dieta geralmente melhora com o aumento da renda ou da escolaridade, enquanto grupos socialmente menos favorecidos tendem a consumir alimentos com alto teor calórico e baixa qualidade nutricional (Darmon, Drewnowski, 2008).

A condição socioeconômica dos grupos influencia diretamente na capacidade de adotar um estilo de vida saudável e fazer escolhas alimentares mais adequadas, pois a classe social mais abastada, devido ao seu melhor nível educacional e intelectual, tende a ter uma relação mais reflexiva com o corpo, o que influencia positivamente na adoção de um estilo de vida saudável e escolhas alimentares adequadas, já que esse grupo geralmente têm ocupações de prestígio e com maior autonomia e tende a incorporar esses comportamentos.

Enquanto nas classes populares, a atenção ao corpo é menos frequente e vista de maneira mais utilitária, refletindo a importância da força física em suas atividades (Ferreira, Magalhães, 2005).

Indivíduos de grupos socioeconômicos mais baixos e com menor índice de escolaridade também podem ter menos acesso a estabelecimentos que oferecem alimentos saudáveis (Van Lenthe, Jansen, Kamphuis, 2015).

Contudo, vale ressaltar que atualmente o corpo magro e atlético tem sido valorizado e imposto pelas novas mídias sociais e pela moda com impacto importante e alcance abrangente, atingindo também as classes menos favorecidas em que se verifica a admiração por modelos e atrizes de televisão que apresentam esses estereótipos de corpo (Ferreira, Magalhães, 2005).

Investigar os comportamentos associados a esses estereótipos é indispensável não apenas para compreender suas profundas ramificações, mas também para desenvolver estratégias atualizadas no campo da Saúde Coletiva.

Assim, a realização de análises que abrangem a percepção e a valorização de

diferentes tipos de corpos em contextos sociais variados, oferecendo insights essenciais para promover uma abordagem mais inclusiva e eficaz em saúde e bem-estar, bem como estudos que apresentem uma reflexão crítica sobre a importância de políticas públicas sobre a temática.

Destaca-se também que a importância da compreensão de como as desigualdades socioeconômicas afetam as escolhas alimentares da população e como estão ligadas ao aumento da obesidade.

Além da avaliação de fatores que atualmente dificultam o acesso a alimentos saudáveis e que, por sua vez, têm contribuído para o crescimento da obesidade em diferentes grupos sociais.

Dessa forma, o presente estudo teve como objetivo avaliar a influência da desigualdade socioeconômica nas escolhas alimentares e no aumento da prevalência de obesidade.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão narrativa, a qual foi realizada por meio de levantamento bibliográfico, utilizando as bases de dados digitais Pubmed, Scielo, Bireme e Google Acadêmico. As fontes de informação utilizadas foram artigos científicos, materiais do Ministério da Saúde, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Organização Mundial de Saúde (OMS) e diretrizes nacionais e internacionais das áreas de nutrição e medicina.

Foi utilizada a plataforma DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) para a seleção dos descritores ideais para o tema. Os descritores em português utilizados foram: obesidade, fatores socioeconômicos, desigualdade social, espaço social alimentar, determinantes sociais da saúde; e em inglês: obesity, socioeconomic factors, social inequality, social food space, social determinants of health.

Os critérios de inclusão foram publicações nos idiomas português e inglês, com período de publicação, preferencialmente, entre 2018 e 2024.

Entretanto, outras publicações foram consideradas relevantes para este trabalho e que foram publicadas em anos anteriores também foram incluídas.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Determinantes Sociais da Saúde (DSS) e Determinação Social da Saúde

As condições de vida dos indivíduos têm um impacto significativo na equidade em saúde, com moradia adequada, água potável e condições sanitárias sendo direitos humanos essenciais (Brasil, 2018; OMS, 2010).

Os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) são fatores que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus riscos, conforme definido pela Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) (Brasil, 2018; OMS, 2010). A Comissão da OMS descreve os DSS de forma mais concisa, como as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham (Brasil, 2018; OMS, 2010).

O modelo de Dahlgren e Whitehead (1991) organiza os DSS em camadas concêntricas, desde os fatores individuais mais próximos até os macro determinantes distais, facilitando a visualização gráfica dos DSS e sua distribuição em diferentes níveis de abrangência, mas sem detalhar as relações e mediações entre essas camadas nem a origem das iniquidades.

Conforme ilustrado na Figura 1, os indivíduos estão na base do modelo, influenciados por características pessoais como idade, sexo e fatores genéticos, enquanto a camada externa imediata cobre comportamentos e estilos de vida, que, embora frequentemente vistos como escolhas individuais, são também moldados por determinantes sociais como informações, publicidade, pressão social e acesso a alimentos e espaços de lazer (Universidade Federal do Ceará, 2016).

A próxima camada do modelo destaca a importância da comunidade e dos sistemas de apoio, cuja presença ou falta reflete o nível de coesão social, essencial para a saúde geral.

Em seguida, o modelo foca nas condições de vida e trabalho, na acessibilidade alimentar e na disponibilidade de serviços essenciais como assistência médica e educação.

Isso revela que pessoas marginalizadas enfrentam maiores desafios devido a más condições de moradia, situações de trabalho difíceis e acesso limitado a serviços essenciais.

Na camada mais externa, encontram-se os macros determinantes, como fatores

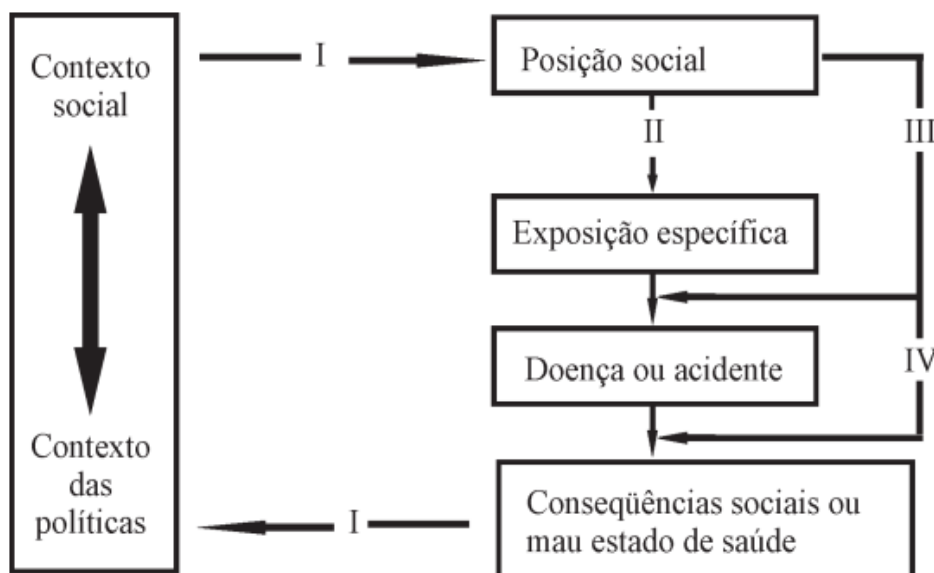
econômicos, culturais e ambientais da sociedade, que influenciam diretamente as camadas mais internas (Souza, 2017).

O modelo de Diderichsen e Hallqvist, criado em 1998, e posteriormente adaptado por Diderichsen, Evans e Whitehead em 2001,

explora como a estratificação social, determinada pelo contexto social, define as posições sociais dos indivíduos e gera desigualdades em saúde.



**Figura 1** - Modelo Dahlgren Whitehead de 1991. Fonte: Dahlgren e Whitehead (2021). Retirado de: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/3145>



**Figura 2** - Determinantes Sociais. Fonte: Buss e Pellegrini Filho (2007). Retirado de: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>

A Figura 2 ilustra esse processo: (I) mostra como cada indivíduo ocupa uma posição social em função de diversos mecanismos sociais, como o sistema educacional e o mercado de trabalho.

Baseado na posição social, surgem desigualdades, como a exposição a riscos à saúde (II), a vulnerabilidade à doença diante desses riscos (III) e as consequências sociais ou físicas da doença (IV). As "consequências sociais" referem-se ao impacto que a doença pode ter sobre a situação socioeconômica do indivíduo e de sua família.

Em março de 2005, a OMS criou a Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde (Commission on Social Determinants of Health - CSDH) com o objetivo de aumentar a conscientização internacional sobre a relevância dos DSS de indivíduos e populações, bem como a necessidade de enfrentar as desigualdades em saúde que eles geram (Brasil, 2024b).

No Brasil, a CNDSS foi criada em 2006, no ano seguinte à publicação do relatório da OMS sobre os DSS (Brasil, 2008a). Sua atuação é orientada por três compromissos principais: ação, equidade e evidência; o compromisso com a ação busca propor recomendações concretas para políticas e intervenções que enfrentem desigualdades em saúde causadas pelos determinantes sociais, o compromisso com a equidade garante o direito universal à saúde, e o compromisso com a evidência assegura que as recomendações

sejam fundamentadas em dados científicos robustos para orientar intervenções eficazes (Buss, Pellegrini Filho, 2007).

#### Nível Socioeconômico, Escolhas Alimentares e Obesidade

A desigualdade socioeconômica afeta profundamente diversos DSS, elevando o risco de obesidade ao restringir comportamentos saudáveis, como a prática regular de exercícios físicos e o consumo de alimentos saudáveis, sendo essencial investir em infraestrutura, regulamentar o mercado de consumo e implementar políticas de controle ambiental para mitigar esses efeitos e promover um ambiente mais saudável, especialmente para populações vulneráveis a essas desigualdades (OMS, 2010).

Pessoas com menor nível de escolaridade e/ou renda tendem a consumir mais produtos ultraprocessados e menos alimentos in natura, como as frutas e vegetais, em parte devido à percepção de que esses alimentos in natura são mais caros e menos acessíveis, falta de conhecimento sobre nutrição, atitudes desfavoráveis à adoção de hábitos saudáveis, orçamento restrito e acesso limitado a pontos de venda de alimentos saudáveis, contribuindo para a menor compra de alimentos saudáveis (Van Lenthe, Jansen, Kamphuis, 2015).

Em 2021, cerca de 828 milhões de pessoas, ou seja 9,8% da população global,

sofreram de subnutrição, e aproximadamente 150 milhões de crianças com menos de cinco anos enfrentaram atraso no crescimento (ONU, 2022).

Ao mesmo tempo, 2,2 bilhões de adultos estavam com excesso de peso ou com obesidade, muitos dos quais enfrentaram doenças crônicas não transmissíveis e dietas de baixa qualidade, sendo responsáveis globalmente por uma significativa parcela de mortes e deficiências nutricionais.

Além disso, há dados que demonstram que três bilhões de pessoas não conseguem manter uma dieta saudável, 63% dos adolescentes não consomem vegetais diariamente e 80% bebem refrigerantes todos os dias (Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias, 2020).

A disparidade na segurança alimentar e nos parâmetros estatísticos nutricionais varia amplamente entre regiões e países, como a África que apresenta a maior taxa de fome, enquanto América do Norte e Europa contam com taxas consideravelmente mais baixas.

Além disso, desafios relacionados ao crescimento infantil e à diversidade alimentar, aspectos influenciados por fatores socioeconômicos, regionais e de desigualdades na estrutura dos sistemas alimentares que refletem diferenças de gênero, etnia e outras características sociais, afetam a distribuição de recursos e oportunidades ao longo da cadeia produtiva (ONU, 2022).

Atualmente, a Suíça possui o melhor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do mundo e os benefícios da agricultura vão além da economia, desempenhando um papel fundamental na preservação da biodiversidade, manutenção das paisagens agrícolas, descentralização populacional e bem-estar dos animais, além de fornecer pouco mais da metade dos alimentos consumidos no país, o que garante uma parte significativa do abastecimento alimentar nacional (The Federal Council Switzerland, 2023).

Por outro lado, Burundi, localizado na região dos Grandes Lagos na África Oriental, enfrenta uma das piores condições de IDH do mundo, com crises políticas recorrentes que intensificam a insegurança alimentar e consequentemente resultando em aumentos significativos nos preços de alimentos básicos como arroz e batata-doce, o que vai impactar profundamente a vida dos burundeses.

Sendo que, quatro em cada cinco cidadãos vivendo com menos de 1,25 dólares

por dia, com 58% das crianças menores de cinco anos mal-nutridas, além de taxas de mortalidade elevadas e colheitas ruins repetidas que agravam a desnutrição e a insegurança alimentar de forma generalizada (Fundo das Nações Unidas para a Infância, 2016).

Em 2006, o IDH do Brasil foi calculado em 0,808, e em 2007 subiu para 0,813, posicionando o país na 75ª colocação global. Em 2006, o IDH do Brasil era 0,808, subiu para 0,813 em 2007 (75ª posição), mas na avaliação de 2022 caiu para 0,760, posicionando o país em 89º entre 193 nações (Brasil, 2008b).

Por muitos anos, o Brasil se destacou pelo acesso relativamente fácil a alimentos in natura ou minimamente processados, como a tradicional combinação de arroz e feijão, em contraste com a tendência global de ultraprocessados mais baratos, o que facilitava escolhas alimentares saudáveis e contribuía para a prevenção de doenças crônicas, responsáveis por quatro em cada seis mortes no mundo.

No entanto, nas últimas décadas, o consumo de produtos ultraprocessados aumentou no país, em parte devido à redução gradual dos preços desses produtos, tornando-os cada vez mais acessíveis (Maia e colaboradores, 2020).

O ambiente em que as pessoas vivem impacta diretamente nas decisões e práticas relacionadas à saúde, pois viver em áreas de menor status socioeconômico (MSS) pode aumentar o risco de sobrepeso e obesidade, independentemente do MSS individual da pessoa (Wang e colaboradores, 2007).

Um dos fenômenos mais frequentemente citados para o aumento do risco de obesidade em bairros de baixo status socioeconômico é a hipótese do "ambiente obesogênico", onde a disponibilidade de recursos que favorecem hábitos saudáveis é geralmente restrita e produtos alimentares com alta densidade energética, além de álcool e drogas, são frequentemente mais acessíveis (Schneider, Gruber, 2013).

Essa configuração ambiental desfavorável contribui para comportamentos alimentares pouco saudáveis e aumenta o risco de sobrepeso e obesidade entre os residentes (Gary-Webb e colaboradores, 2011).

Segundo Mohammed e colaboradores (2019), viver em áreas de menor índice socioeconômico está associado a um aumento de 31% na probabilidade de sobrepeso e a um



aumento de 45% de obesidade, além de estar relacionado a um acréscimo de 1,1 kg/m<sup>2</sup> no IMC em comparação com áreas de maior status socioeconômico.

A análise da rotina alimentar de mulheres com obesidade de baixa renda revela que a seleção dos alimentos é fortemente influenciada pelas condições socioeconômicas adversas, com escolhas predominantemente guiadas pelo preço dos alimentos e uma clara preferência por produtos mais baratos devido às limitações orçamentárias, em que essa dieta adquire um padrão monótono, composto principalmente por três refeições diárias, com o almoço como ponto focal e uma combinação predominante de arroz, feijão e carne, especialmente frango, enquanto o consumo de peixe e carne bovina é raro e a adição de farinha e macarrão é comum, com legumes, verduras e frutas eventualmente incluídos devido ao alto custo desses itens (Ferreira, Magalhães, 2005).

Por outro lado, a elevação do nível socioeconômico também pode estar associada ao aumento da obesidade, pois, à medida que as condições de vida melhoram, o acesso a alimentos mais calóricos e a um ambiente propenso ao ganho de peso pode superar as necessidades nutricionais adequadas, resultando em um desequilíbrio entre a nutrição intrauterina e a dieta na vida adulta, o que pode contribuir para o desenvolvimento da obesidade (Endalifer, Diress, 2020).

Enquanto os fatores individuais são essenciais para identificar quais indivíduos dentro de um grupo enfrentam maior risco, as variações nos níveis de saúde entre grupos e países estão mais associadas a outros fatores, especialmente ao grau de equidade na distribuição de renda (Buss, Pellegrini Filho, 2007).

Nos países desenvolvidos, as classes sociais mais privilegiadas frequentemente têm acesso a informações sobre as consequências da obesidade e estratégias para preveni-la, bem como aos valores estéticos predominantes na sociedade, estando mais cientes dos riscos associados ao excesso de peso e das práticas recomendadas para manter uma boa saúde (Campos, Leite, Almeida, 2006).

Além disso, os padrões estéticos valorizados e exigidos frequentemente estão associados a formas corporais magras, o que reforça a pressão sobre esses grupos para atender a esses ideais, contribuindo para a adoção de comportamentos que visam a

manutenção de um corpo dentro dos padrões considerados ideais (Campos, Leite, Almeida, 2006).

Segundo a pesquisa brasileira Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) de 2023, a prevalência de excesso de peso tende a diminuir à medida que o nível de escolaridade aumenta (Brasil, 2023), porém o estudo de Melo e colaboradores (2023), feito no mesmo ano, demonstrou que a prevalência de excesso de peso foi semelhante em diferentes faixas etárias, independentemente do nível de escolaridade, provavelmente pelo fato de que a baixa condição socioeconômica e o contexto social em que a população está inserida favorecem a aquisição de alimentos mais baratos e calóricos.

### **Intervenções e Políticas Públicas**

O Ministério da Saúde do Brasil, em colaboração com secretarias municipais, estaduais e organizações da sociedade civil, desenvolve diversas ações para promover hábitos saudáveis de alimentação e prática de exercícios físicos, incluindo o Programa de Promoção da Saúde e Alimentação Adequada e Saudável (PAAS), o Guia Alimentar para a População Brasileira e o Programa Academia da Saúde (Brasil, 2011).

O PAAS, que integra a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), visa melhorar a qualidade de vida por meio de práticas alimentares adequadas e sustentáveis, enfatizando a importância de uma alimentação que respeite aspectos biológicos, socioculturais e ambientais e promovendo a valorização de alimentos locais nutritivos e acessíveis (Brasil, 2010).

O Guia Alimentar para a População Brasileira, desenvolvido em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), oferece orientações sobre combinações saudáveis para refeições, adaptadas às diversas regiões do país e aos alimentos disponíveis localmente, e está disponível para download com o objetivo de orientar a população sobre práticas alimentares saudáveis (Brasil, 2014).

Além disso, o Programa Academia da Saúde, lançado em 2011, está presente em mais de 2.600 municípios e oferece espaços equipados para atividades físicas e promoção da saúde, incentivando a prática de exercícios físicos e abordando aspectos relacionados ao

bem-estar, como alimentação saudável, educação em saúde e mobilização comunitária (Brasil, 2011).

O Programa Saúde na Escola (PSE), criado em 2007, integra saúde e educação para enfrentar vulnerabilidades e promover o desenvolvimento de estudantes da educação básica, fortalecendo a cooperação entre gestores e profissionais de ambas as áreas e facilitando parcerias com setores governamentais e sociais.

Utilizando a escola como um espaço-chave, o PSE desenvolve ações para prevenir e controlar a obesidade, aproveitando o tempo das crianças na escola e as oportunidades de alimentação para promover hábitos saudáveis (Brasil, 2022b).

## CONCLUSÃO

Os principais resultados desta revisão narrativa destacam que indivíduos de baixa renda consomem alimentos de baixa qualidade nutricional e alta densidade calórica, por possuírem escassos recursos financeiros e educação limitada.

Além disso, constatou-se que a maior prevalência de obesidade em populações de classes socioeconômicas mais baixas está diretamente associada ao aumento do consumo de ultraprocessados e à escassez de acesso a opções alimentares saudáveis.

Uma análise crítica dos resultados mostra que mesmo com a presença de políticas públicas de promoção da saúde, como o Guia Alimentar para a População Brasileira, há grandes dificuldades em aplicar essas iniciativas nos setores mais vulneráveis, muito em parte pela inadequação da infraestrutura para hábitos saudáveis e o acesso limitado à informação nutricional que sustentam a perpetuação do problema.

O presente estudo contribui para as áreas de Nutrição e Saúde Coletiva ao trazer à tona a necessidade de reformulação e/ou fortalecimento de políticas públicas para atender às necessidades especiais da população de baixa renda, além de destacar a importância de revisar as desigualdades nas escolhas alimentares e seus efeitos na saúde.

Futuras pesquisas são essenciais, especialmente para avaliar a eficácia de políticas públicas e campanhas de educação alimentar e nutricional sobre escolhas de populações vulneráveis.

Além disso, explorar como as mídias sociais influenciam a disseminação de informações nutricionais poderá abrir novas áreas de estudo.

## REFERENCIAS

1-Aekplakorn, W.; Inthawong, R.; Kessomboon, P.; Sangthong, R.; Chariyalertsak, S.; Putwatana, P.; Taneepanichskul, S. Prevalence and trends of obesity and association with socioeconomic status in Thai adults: national health examination surveys, 1991-2009. *Journal of Obesity*. Vol. 2014. Num. 1. 2014. p. 410259.

2-ABESO. Associação Brasileira Para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Posicionamento Oficial da ABESO sobre Obesidade e Síndrome Metabólica. São Paulo: ABESO. 2022.

3-Brasil. Agência Senado. Debate aponta políticas para melhorar o IDH do Brasil. 2024a. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/videos/2024/05/debate-aponta-politicas-para-melhorar-o-idh-do-brasil>. Acesso em: 12/08/2024.

4-Brasil. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil: Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). Biblioteca do Ministério da Saúde. 2008a. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas\\_sociais\\_iniquidades.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf). Acesso em: 2/08/2024.

5-Brasil. Fiocruz. IDH do Brasil cresce; país é 75º no ranking. 2008b. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/departamento/claves/detalhes-noticias/18581#:~:text=Em%20rela%C3%A7%C3%A3o%20aos%20dados%20divulgados,do%20Brasil%20era%20de%200%2C808>. Acesso em: 12/08/2024.

6-Brasil. Fiocruz. Os DSS na OMS. 2024b. Disponível em: <https://dssbr.ensp.fiocruz.br/dss-o-que-e-os-dss-na-oms/>. Acesso em: 2/08/2024.

7-Brasil. Ministério da Saúde. Determinação social da saúde. Biblioteca do Ministério da



Saúde. 2018. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/determinacao-social-da-saude/>. Acesso em: 12/08/2024.

8-Brasil. Ministério da Saúde. Guia Alimentar para a População Brasileira. Biblioteca do Ministério da Saúde. 2014. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_alimentar\\_populacao\\_brasileira\\_2ed.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf). Acesso em: 2/08/2024.

9-Brasil. Ministério da Saúde. Obesidade. O impacto da obesidade. 2022a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/eu-quero-ter-peso-saudavel/noticias/2022/o-impacto-da-obesidade>. Acesso em: 19/07/2024.

10-Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Biblioteca do Ministério da Saúde. 2010. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_promocao\\_saude\\_3ed.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf). Acesso em: 2/08/2024.

11-Brasil. Ministério da Saúde. Programa Academia da Saúde. Brasília. 2011. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/academia-da-saude>. Acesso em: 2/08/2024.

12-Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Programa Saúde na Escola. Brasília: SAPS. 2022b.

13-Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Vigil Brasil 2023: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Brasília: Ministério da Saúde. 2023. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigil\\_brasil\\_2023.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigil_brasil_2023.pdf). Acesso em: 2 ago. 2024. Brasil. Pesquisa do IBGE mostra aumento da obesidade entre adultos. Brasília, DF: Governo Federal. 2020.

14-Buss, P.M.; Pellegrini Filho, A. A saúde e seus determinantes sociais. Physis: Revista de Saúde Coletiva. Vol. 17. 2007. p. 77-93.

15-Campos, L.A.; Leite, Á.J.M.; Almeida, P.C. Nível socioeconômico e sua influência sobre a prevalência de sobrepeso e obesidade em escolares adolescentes do município de

Fortaleza. Revista de Nutrição. Vol. 19. 2006. p. 531-538.

16-Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias. Relatório de recomendação - Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas: Sobrepeso e Obesidade em adultos. CONITEC. 2020.

17-Dahlgren, G.; Whitehead, M. The Dahlgren-Whitehead model of health determinants: 30 years on and still chasing rainbows. Public Health. Vol. 199. 2021. p. 20-24.

18-Darmon, N.; Drewnowski, A. Does social class predict diet quality? The American Journal of Clinical Nutrition. Vol. 87. Num. 5. 2008. p. 1107-1117.

19-Diderichsen, F.; Evans, T.; Whitehead, M. The social basis of disparities in health. In: Evans T, et al. Challenging inequities in health. Oxford University Press. 2001.

20-Endalifer, M.L.; Diress, G. Epidemiology, predisposing factors, biomarkers, and prevention mechanism of obesity: a systematic review. Journal of Obesity. Vol. 2020. Num. 1. 2020. p. 6134362.

21-Ferreira, V.A.; Magalhães, R. Obesidade e pobreza: o aparente paradoxo. Um estudo com mulheres da Favela da Rocinha, Rio de Janeiro, Brasil. Cadernos de Saúde Pública. Vol. 21. 2005. p. 1792-1800.

22-Fundo das Nações Unidas para a Infância. El derecho a la alimentación en el mundo: Burundi. UNICEF. 2016. Disponível em: <https://www.unicef.org/es/historias/en-burundi-las-madres-se-encargan-de-la-malnutricion>. Acesso em: 12/08/2024.

23-Gary-Webb, T.L.; Baptiste-Roberts, K.; Pham, L.; Wesche-Thobaben, J.; Patricio, J.; Pi-Sunyer, F.X. Neighborhood socioeconomic status, depression, and health status in the Look AHEAD (Action for Health in Diabetes) study. BMC Public Health. Vol. 11. 2011. p. 1-7.

24-Jean, N.; Somers, V.K.; Sochor, O.; Medina-Inojosa, J.; Llano, E.M.; Lopez-Jimenez, F. Normal-weight obesity: implications for cardiovascular health. Current Atherosclerosis Reports. Vol. 16. 2014. p. 1-8.

25-Maia, E.; Passos, C.M.; Levy, R.B.; Martins, A.P.B.; Mais, L.A.; Claro, R.M. What to expect from the price of healthy and unhealthy foods over time? The case from Brazil. *Public Health Nutrition*. Vol. 23. Num. 4. 2020. p. 579-588.

26-Melo, G.; Aguilar-Farias, N.; Barrera, E.L.; Chomalí, L.; Moz-Christofolletti, M.A.; Salgado, J.C.; Caro, J.C. Structural responses to the obesity epidemic in Latin America: what are the next steps for food and physical activity policies? *The Lancet Regional Health-Americas*. Vol. 21. 2023.

27-Mohammed, S.H.; Habtewold, T.D.; Birhanu, M.M.; Sissay, T.A.; Tegegne, B.S.; Abuzerr, S.; Esmailzadeh, A. Neighbourhood socioeconomic status and overweight/obesity: a systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. *BMJ Open*. Vol. 9. Num. 11. 2019. p. e028238.

28-ONU. Organização das Nações Unidas. Número de pessoas afetadas pela fome sobe para 828 milhões em 2021. ONU. 6 jul. 2022. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/189062-n%C3%BAmero-de-pessoas-afetadas-pela-fome-sobe-para-828-milh%C3%B5es-em-2021>. Acesso em: 12/08/2024.

29-OMS. Organização Mundial da Saúde. Obesity and overweight. OMS. 2024. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>. Acesso em: 19/06/2024.

30-OMS. Organização Mundial da Saúde. Redução das desigualdades no período de uma geração: Igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais. OMS. 2010. Disponível em: [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43943/9789248563706\\_por\\_contents.pdf?sequence=8&isAllowed=y](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43943/9789248563706_por_contents.pdf?sequence=8&isAllowed=y). Acesso em: 12/08/2024.

31-Rezende, L.F.M. Excesso de peso e obesidade causam 168 mil mortes por ano no Brasil. UNIFESP. 2019. Disponível em: <https://ppg.unifesp.br/saudecoletiva/en/news/excesso-de-peso-e-obesidade-causam-168-mil-mortes-por-ano-no-brasil>. Acesso em: 19/06/2024.

32-Schneider, S.; Gruber, J. Neighbourhood deprivation and outlet density for tobacco,

alcohol and fast food: first hints of obesogenic and addictive environments in Germany. *Public Health Nutrition*. Vol. 16. Num. 7. 2013. p. 1168-1177.

33-SBCBM. Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica. Obesidade atinge mais de 6,7 milhões de pessoas no Brasil em 2022. 2023. Disponível em: <https://www.sbcm.org.br/obesidade-atinge-mais-de-67-milhoes-de-pessoas-no-brasil-em-2022/>. Acesso em: 19/06/2024.

34-Souza, C.D.F. Determinantes Sociais da Saúde vs Determinação Social da Saúde: Uma aproximação conceitual. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*. Vol. 6. 2017. p. 1083-1091.

35-The Federal Council Switzerland. Agricultura: About Switzerland. EDA. 2023. Disponível em: <https://www.eda.admin.ch/aboutswitzerland/pt/home/wirtschaft/taetigkeitsgebiete/landwirtschaft.html#:~:text=Em%20termos%20de%20seguran%C3%A7a%20alimentar,beneficia%20e%20incentiva%20o%20turismo>. Acesso em: 12/06/2024.

36-Universidade Federal do Ceará. Determinantes sociais: modelo de Dahlgren e Whitehead. 2016. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARE/S/3145>. Acesso em: 12/08/2024.

37-Van Lenthe, F.J.; Jansen, T.; Kamphuis, C.B.M. Understanding socio-economic inequalities in food choice behaviour: can Maslow's pyramid help? *British Journal of Nutrition*. Vol. 113. Num. 7. 2015. p. 1139-1147.

38-Wang, M.C.; Kim, S.; Gonzalez, A.A.; Macleod, K.E.; Winkleby, M.A. Socioeconomic and food-related physical characteristics of the neighbourhood environment are associated with body mass index. *Journal of Epidemiology & Community Health*. Vol. 61. Num. 6. 2007. p. 491-498.

1 - Nutricionista, aluna do Curso de Especialização em Nutrição e Obesidade, Departamento de Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

2 - Mestre em Atenção à Saúde - UFTM, Docente do Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.

3 - Doutora em Ciências da Saúde-UFU, Docente da Anima Educação, Departamento de Ciências da Saúde. Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.

4 - Mestre em Fisioterapia Cardiorrespiratória - UNITRI, Docente da Anima Educação, Departamento de Ciências da Saúde, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.

5 - Doutor em Economia-UFU, Docente da Faculdade de Administração, Ciências Contábeis Engenharia de Produção e Serviço Social, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.

6 - Doutora em Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas - EERP/USP, Docente do Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.

7 - Programa de Pós-graduação em Biologia Celular e Estrutural Aplicadas, Instituto de Ciências Biomédicas, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.

8 - Doutor em Medicina (Clínica Médica) - FMRP/USP, Docente do Curso de Especialização em Nutrição Esportiva e Obesidade, Departamento de Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto-SP, Docente do Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.

Recebido para publicação em 02/02/2025

Aceito em 11/06/2025

E-mail dos autores:

alineribeironutri@hotmail.com

jacyara.santos@ufu.br

critiana.gontijo@animaeducacao.com.br

cristina.boaventura@prof.una.br

alzemar.delfino@ufu.br

fernanda.rizzi@ufu.br

phelipe.elias@ufu.br

heitor.delfino@ufu.br

Autor correspondente:

Heitor Bernardes Pereira Delfino.

heitor.delfino@ufu.br