



**INSTITUTO DE ESTUDOS  
DE SAÚDE SUPLEMENTAR**



Texto para Discussão n° 117 – 2026

**EVOLUÇÃO DOS REGISTROS DE OBESIDADE  
E DA UTILIZAÇÃO DE CONSULTAS  
NUTRICIONAIS NA SAÚDE SUPLEMENTAR NO  
BRASIL: ANÁLISE DE 2015 A 2024**

Autor: *Felipe Delpino*

Revisão: *Bruno Minami e Natalia Lara*

Superintendente Executivo: *Denizar Vianna*

## SUMÁRIO EXECUTIVO

---

- A obesidade consolidou-se como um determinante estrutural da demanda assistencial na saúde suplementar brasileira, com crescimento consistente das taxas de eventos cujo CID principal corresponde à obesidade entre 2015 e 2024, intensificado a partir de 2020;
- Mulheres e adultos em idade produtiva (20-59 anos) concentram as maiores taxas de eventos e de utilização de serviços, indicando grupos prioritários para estratégias de prevenção, manejo clínico e organização do cuidado;
- As taxas de consultas ambulatoriais com nutricionistas por 100 mil beneficiários cresceram de forma mais acelerada do que os eventos relacionados à obesidade, especialmente após 2016;
- A incorporação de agonistas do receptor de GLP-1 marca uma virada farmacológica no manejo da obesidade, com eficácia durante o uso, mas evidências robustas de reganho de peso após a descontinuação do tratamento;
- O uso prolongado de terapias farmacológicas de alto custo redefine padrões de gasto e demanda na saúde suplementar, exigindo avaliação criteriosa de custo-efetividade e integração com estratégias não farmacológicas;
- Intervenções isoladas, nutricionais ou farmacológicas, mostram eficácia limitada para manutenção da perda de peso, reforçando a necessidade de modelos assistenciais integrados, contínuos e baseados em dados;
- Estratégias multiprofissionais são essenciais, combinando prevenção, cuidado por profissionais especializados, uso racional de medicamentos, quando necessário, e monitoramento longitudinal de desfechos clínicos e assistenciais;
- O fortalecimento do uso de dados assistenciais como ferramenta de gestão será determinante para orientar decisões regulatórias, organizar linhas de cuidado e garantir ganhos sustentáveis em saúde no médio e longo prazo.

## A. AMBIENTE ALIMENTAR E TRANSIÇÃO NUTRICIONAL

---

A obesidade, embora exista como condição humana há muito tempo, tornou-se um problema coletivo de grandes proporções nas últimas décadas, quando passou a crescer de forma contínua e global. Em diferentes períodos históricos, o excesso de peso era relativamente menor e frequentemente ocorrendo em contextos específicos, em geral associados a maior acesso alimentar e menor gasto energético. Entretanto, com a modernização do pós-guerra, a urbanização, a mecanização do trabalho e o aumento da disponibilidade de alimentos energéticos, de fácil acesso e palatáveis, observa-se uma mudança estrutural no ambiente de vida. É nesse ponto que a obesidade deixa de ser um evento esporádico e passa a configurar um padrão populacional, uma realidade intrínseca na população brasileira e mundial, com impacto progressivo sobre morbimortalidade e sobre a organização dos sistemas de saúde (1).

O marco fundamental do “início do problema”, do ponto de vista epidemiológico, não é um único ano ou evento isolado, mas a consolidação de um ambiente que favorece ganho de peso de forma persistente, conhecido como ambiente obesogênico. A literatura descreve esse cenário no qual a escolha individual é continuamente influenciada por determinantes sociais, econômicos e culturais. A expansão de cadeias de produção e distribuição, aliada à padronização industrial de alimentos, reduziu custos e ampliou acesso, porém também elevou a disponibilidade de produtos com alta densidade calórica e baixo valor nutricional. Assim, o crescimento da obesidade ocorre, em sua maioria, menos por uma transformação biológica da espécie humana e mais por uma transformação rápida e profunda do modo de vida e da relação cotidiana com alimentação, trabalho e movimento corporal (1,2).

Esse processo se intensificou com mudanças no sistema alimentar contemporâneo, no qual alimentos ultraprocessados ganharam protagonismo. Esses alimentos são produtos formulados industrialmente, frequentemente caracterizados por combinações de açúcar, gorduras e sal, com alta palatabilidade, grande praticidade e forte apelo de consumo. Ao mesmo tempo, o padrão urbano moderno reduziu a atividade física, elevando o sedentarismo e reforçando desequilíbrios no balanço energético. Esse contexto ajuda a compreender por que o enfrentamento da obesidade, na prática, costuma falhar quando depende apenas de recomendações generalistas, de um ambiente que constantemente favorece o consumo excessivo e dificulta a manutenção do peso ao longo do tempo (2,3).

Outro fator importante foi que cada vez mais é evidente que a obesidade não pode ser reduzida a uma questão de “falta de disciplina”. Estudos mostram que o peso corporal é regulado por mecanismos fisiológicos complexos de homeostase (equilíbrio) energética, com adaptações metabólicas e hormonais que dificultam a manutenção da perda de peso após intervenções iniciais, sobretudo quando essas intervenções são radicais. Em muitos casos, após emagrecimento, ocorre uma resposta do organismo no sentido de recuperar o peso perdido, com aumento de fome, redução do gasto energético e alterações em mediadores neuroendócrinos. Essa compreensão contribuiu para reposicionar a obesidade como doença crônica e recidivante, e não como desfecho exclusivamente voluntário, o que redefine tanto a abordagem clínica quanto o debate social sobre estigma e culpabilização (2).

Nesse cenário, a evolução do cuidado em obesidade passa a incluir com mais centralidade a farmacoterapia, especialmente diante da necessidade de estratégias sustentáveis para tratamento de longo prazo. A indústria farmacêutica, após décadas de avanços limitados e controvérsias no campo de medicamentos para perda de peso, passou a ocupar um papel importante com o desenvolvimento de terapias revolucionárias para a obesidade. Os agonistas do receptor de GLP-1 emergiram como um dos principais marcos dessa mudança. Inicialmente voltados ao diabetes tipo 2, esses fármacos demonstraram impacto relevante na redução de peso e em parâmetros cardiometabólicos em ensaios clínicos, contribuindo para uma transição prática: do aconselhamento isolado para um modelo terapêutico mais próximo do manejo crônico de risco, com acompanhamento contínuo e metas realistas (4).

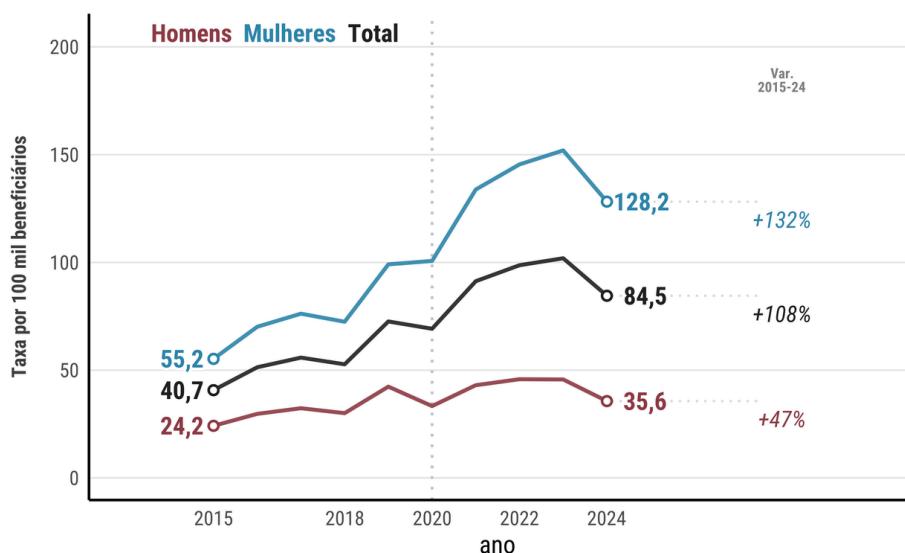
A história recente da obesidade é marcada por transformações ambientais e inovações terapêuticas. Se, por um lado, a expansão da obesidade reflete mudanças sistêmicas na alimentação e no estilo de vida moderno, por outro, a introdução de medicamentos de alta eficácia, até o momento em períodos de curto prazo, redefine expectativas clínicas, pressiona debates sobre acesso e sustentabilidade e amplia o desafio de organizar linhas de cuidado. A “era do GLP-1” não representa apenas o surgimento de uma nova classe farmacológica, mas a consolidação de um novo olhar sobre a obesidade: como doença de alta carga, com determinantes complexos, que exige resposta estruturada e baseada em evidências (1,4,5).

## B. OBESIDADE E SAÚDE SUPLEMENTAR: DADOS, DEMANDA E IMPACTO ASSISTENCIAL

As análises apresentadas neste capítulo baseiam-se em dados secundários da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), referentes ao período de 2015 a 2024, extraídos do sistema D-TISS. Foram construídos indicadores descritivos de eventos relacionados à obesidade (incluindo atendimentos, procedimentos e diagnósticos assistenciais cujo CID principal corresponde à obesidade, bem como registros associados ao seu manejo clínico) e de consultas ambulatoriais com nutricionistas, expressos como taxas por 100 mil beneficiários, com estratificação por sexo e faixas etárias.

As Figuras 1 e 2 mostram crescimento das taxas de eventos relacionados à obesidade por 100 mil beneficiários segundo sexo e faixa etária. Observa-se crescimento a partir de 2020, com taxas mais elevadas entre as mulheres (Figura 1). Entre o período de 2015 e 2024, a taxa entre mulheres passou de aproximadamente 55 para 128 eventos por 100 mil beneficiárias, representando aumento acumulado de cerca de 132%, enquanto entre homens o crescimento foi mais moderado, de 24 para 36 por 100 mil, correspondendo a aumento de aproximadamente 47%.

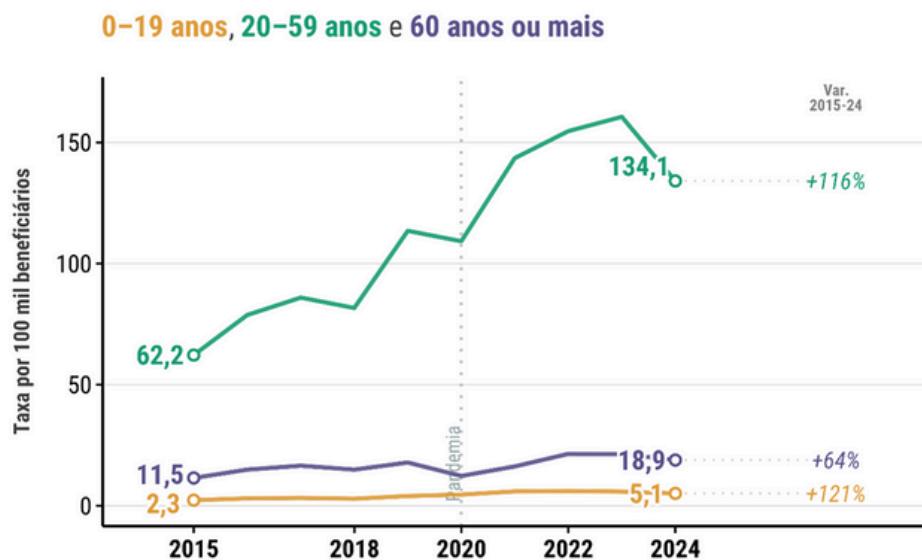
**Figura 1. Evolução das taxas de eventos relacionados à obesidade por 100 mil beneficiários, segundo sexo. Saúde suplementar, Brasil, 2015–2024**



Fonte: IESS com base em dados da ANS (2015-2024).

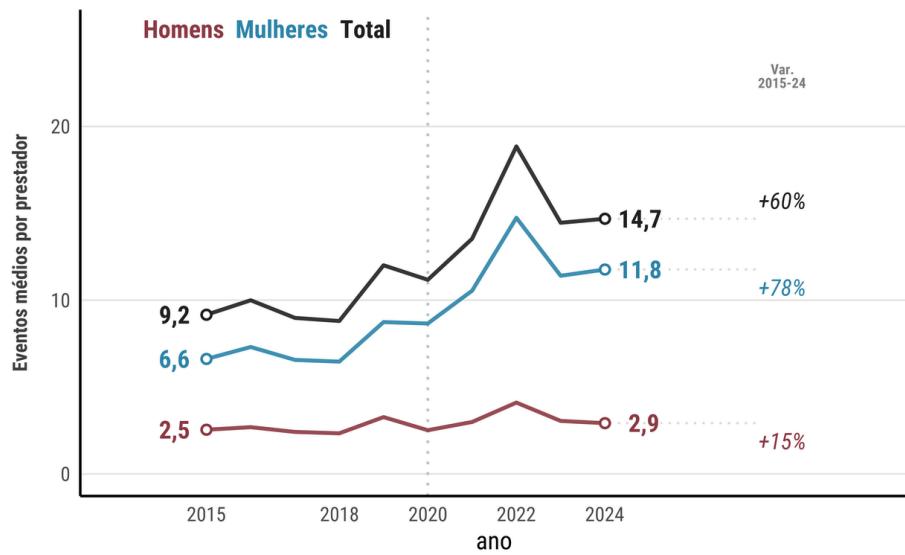
Na análise por faixa etária, a maior carga concentra-se nos jovens de 0 a 19 anos. Posteriormente, os adultos de 20 a 59 anos tiveram o maior aumento, seguidos pelos indivíduos com 60 anos ou mais (Figura 2), padrão compatível com a transição nutricional observada no Brasil (6,7). Esse comportamento pode indicar que o impacto assistencial da obesidade recai principalmente sobre a população em idade economicamente ativa, ao mesmo tempo em que se observa crescimento progressivo entre idosos. Embora a prevalência populacional de obesidade seja descrita como mais elevada em faixas etárias mais avançadas, as taxas assistenciais podem refletir a combinação entre diagnóstico, procura por serviços e registro nos sistemas, o que pode resultar em maior concentração de eventos entre crianças, adolescentes e adultos em idade ativa. Diferenças por faixa etária, sexo e prestador devem ser interpretadas com cautela, pois refletem não apenas a distribuição da obesidade, mas também padrões de acesso, cobertura assistencial, organização da rede e práticas de codificação.

**Figura 2. Evolução das taxas de eventos relacionados à obesidade por 100 mil beneficiários, segundo faixa etária. Saúde suplementar, Brasil, 2015–2024**



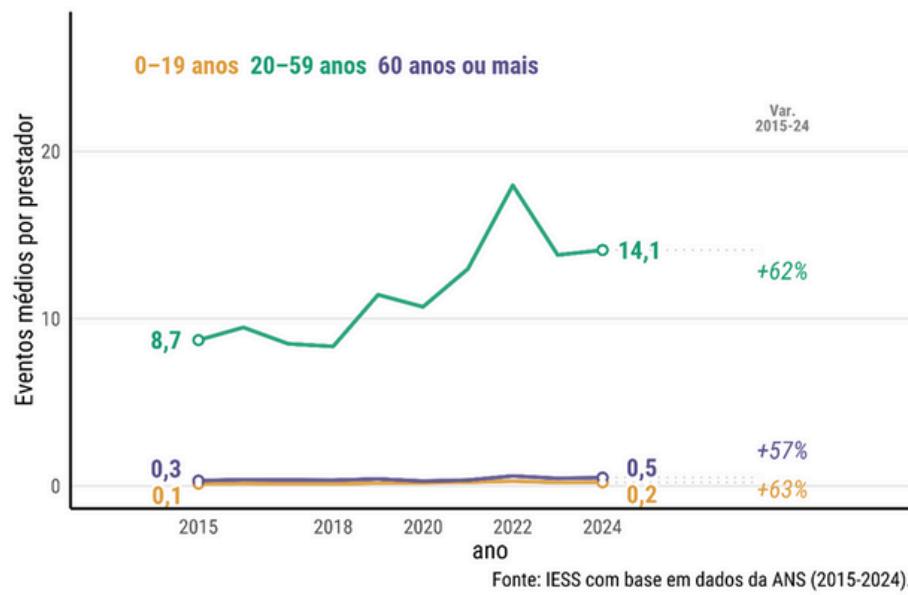
As Figuras 3 e 4 apontam para variações relevantes ao longo do período, indicando crescimento das taxas de eventos relacionados à obesidade por prestador entre 2015 e 2024, comportamento alinhado ao avanço de ambientes alimentares obesogênicos e a mudanças comportamentais observadas durante e após a pandemia de COVID-19 (8,9). Na estratificação por sexo, é possível observar um aumento das taxas entre as mulheres, passando de 6,6 para 11,8 eventos por prestador no período (+78%), enquanto entre homens o crescimento foi mais discreto, de 2,5 para 2,9 eventos por prestador, equivalente a 15% de aumento. Na análise por faixa etária, o aumento foi maior principalmente no grupo de 20 a 59 anos, cujas taxas evoluíram de 8,7 para 14,1 eventos por prestador (+62%), enquanto os grupos de 0 a 19 anos e de 60 anos ou mais permaneceram com taxas baixas ao longo da série, alcançando aproximadamente 0,2 e 0,5 eventos por prestador, respectivamente, ao final do período.

**Figura 3. Evolução das taxas de eventos relacionados à obesidade por prestador, segundo sexo. Saúde suplementar, Brasil, 2015–2024**



Fonte: IESS com base em dados da ANS (2015-2024).

**Figura 4. Evolução das taxas de eventos relacionados à obesidade por prestador, segundo faixa etária. Saúde suplementar, Brasil, 2015–2024**

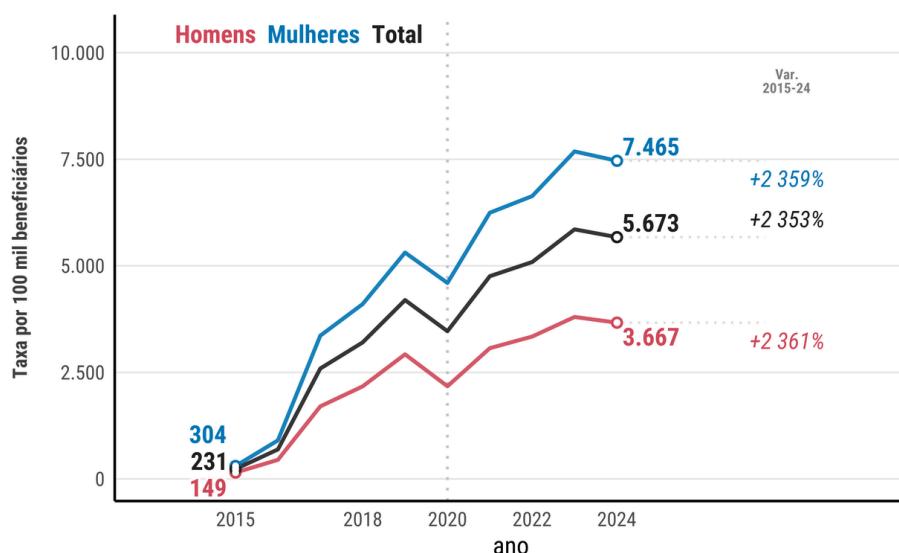


Fonte: IESS com base em dados da ANS (2015-2024).

As Figuras 5 e 6 apresentam a evolução das taxas de consultas ambulatoriais com nutricionistas por 100 mil beneficiários. Foi observado um crescimento contínuo, especialmente após 2016, com recuperação rápida após a queda observada em 2020, possivelmente devido à pandemia. Adicionalmente, após 2022, a autorização regulatória da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para a realização de número ilimitado de consultas com nutricionistas na saúde suplementar pode ter contribuído de forma relevante para o crescimento acelerado observado no período pós-pandemia.

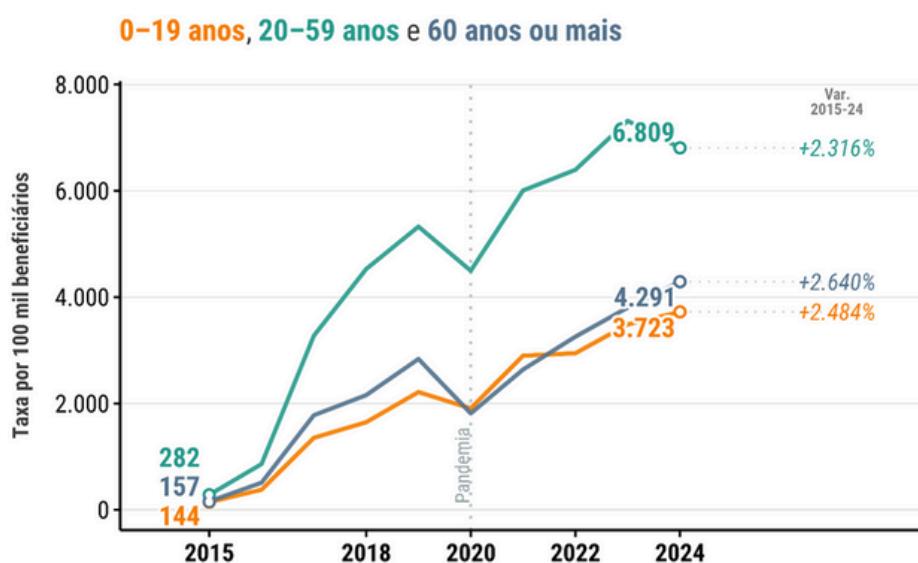
As taxas mantêm-se mais elevadas entre as mulheres, passando de 304 para 7.465 consultas por 100 mil beneficiárias entre 2015 e 2024 (+2.359%), enquanto entre homens o aumento ocorreu de 149 para 3.667 por 100 mil (+2.361%). Na análise por faixa etária, o crescimento é observado em todos os grupos, com maiores níveis entre adultos de 20 a 59 anos, cujas taxas evoluíram de 282 para 6.809 por 100 mil beneficiários (+2.316%), seguidos pelos indivíduos com 60 anos ou mais, de 157 para 4.291 (+2.640%), e pelo grupo de 0 a 19 anos, de 144 para 3.723 por 100 mil (+2.484%), configurando expansão expressiva da utilização de consultas nutricionais na saúde suplementar (10,11).

**Figura 5. Evolução das taxas de consultas ambulatoriais com nutricionistas por 100 mil beneficiários, segundo sexo. Saúde suplementar, Brasil, 2015–2024**



Fonte: IESS com base em dados da ANS (2015-2024).

**Figura 6. Evolução das taxas de consultas ambulatoriais com nutricionistas por 100 mil beneficiários, segundo faixa etária. Saúde suplementar, Brasil, 2015–2024**



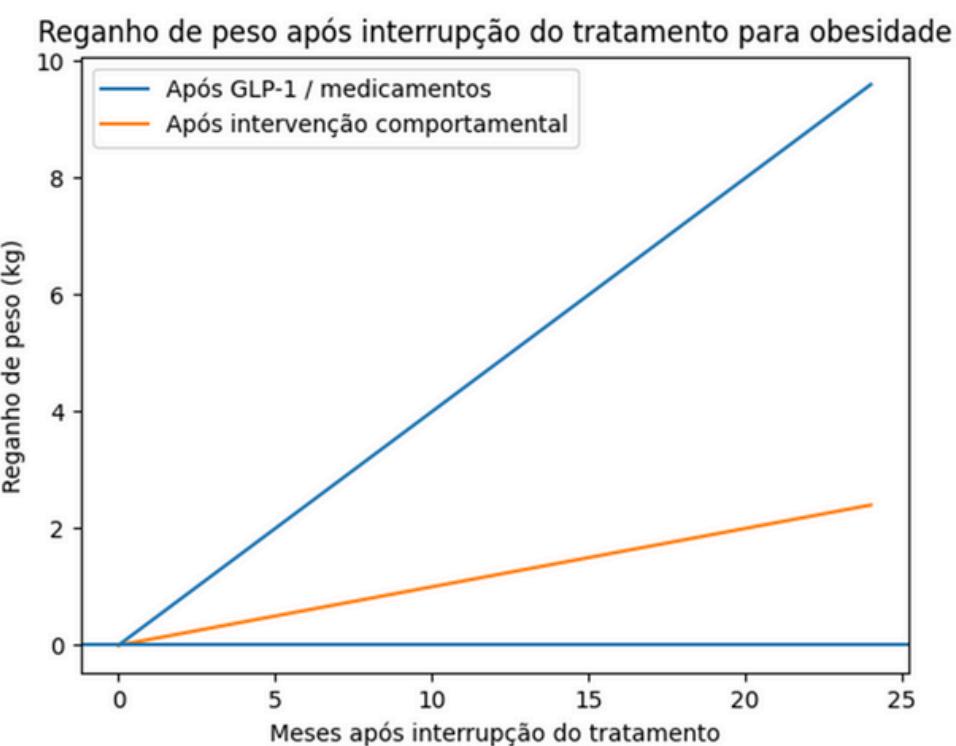
Fonte: IESS com base em dados da ANS (2015-2024).

## C. A VIRADA FARMACOLÓGICA: GLP-1 E A NOVA MEDICINA DO PESO

A incorporação dos agonistas do receptor do peptídeo semelhante ao glucagon tipo 1 (GLP-1) representa um marco importante no tratamento farmacológico da obesidade. Esses fármacos atuam em mecanismos neuroendócrinos centrais relacionados ao controle do apetite e da saciedade, produzindo reduções de peso clinicamente relevantes, frequentemente superiores a 10-15% do peso corporal inicial (12-14).

Apesar da eficácia demonstrada durante o uso, evidências recentes indicam limitações importantes relacionadas à sustentabilidade da perda de peso. Estudos de seguimento mostram que a interrupção do tratamento com agonistas de GLP-1 está associada a reganho ponderal substancial e rápido (12,15). Uma meta-análise recente demonstrou que o reganho de peso após descontinuação do GLP-1 é maior do que aquele observado entre indivíduos que emagrecem exclusivamente por mudanças de estilo de vida (16). Resultados publicados em 2026 em revisão sistemática e meta-análise no BMJ confirmam esse padrão, mostrando que o reganho médio após interrupção de medicamentos para manejo da obesidade ocorre em ritmo acelerado, levando ao retorno ao peso basal em aproximadamente 1,5 a 2 anos, além de evidenciar que a velocidade de reganho é superior à observada após intervenções comportamentais isoladas (17).

**Figura 7. Reganho de peso após interrupção do tratamento farmacológico e não farmacológico para obesidade**



**Fonte:** Adaptado de West et al., BMJ, 2026 — revisão sistemática e meta-análise sobre reganho de peso após interrupção de medicamentos para manejo da obesidade.

Do ponto de vista dos sistemas de saúde, a expansão do uso de GLP-1 redefine padrões de demanda assistencial. O uso prolongado de medicamentos de alto custo, associado à necessidade de acompanhamento clínico contínuo e integração multiprofissional, amplia a pressão sobre os gastos assistenciais e exige avaliação cuidadosa de custo-efetividade (18). No entanto, diante da possibilidade de reganho após interrupção do uso e do alto custo, são necessários estudos robustos com seguimento maior para comprovar custo-efetividade destes medicamentos. Paralelamente, evidências acumuladas indicam que intervenções baseadas na melhoria sustentável dos hábitos alimentares, na prática regular de atividade física e no suporte comportamental continuam sendo pilares centrais do manejo da obesidade, compondo a base do cuidado clínico e potencializando os resultados obtidos com estratégias farmacológicas, quando indicadas (19).

#### D. DISCUSSÃO: RISCOS, OPORTUNIDADES E IMPLICAÇÕES PARA SISTEMAS DE SAÚDE

---

Os resultados apresentados evidenciam que a obesidade deixou de ser um fenômeno periférico para se consolidar como um determinante estrutural da demanda assistencial na saúde suplementar. O crescimento contínuo das taxas de eventos relacionados à obesidade por 100 mil beneficiários, observado ao longo de praticamente toda a série histórica, reflete a progressão da transição nutricional brasileira e sua incorporação definitiva ao perfil epidemiológico dos beneficiários de planos de saúde (6,7,20).

A intensificação desse crescimento a partir de 2020 sugere que a pandemia de COVID-19 atuou como catalisador de tendências já existentes. Alterações no padrão alimentar, redução da atividade física e piora da saúde mental contribuíram para aceleração do ganho de peso e agravamento de condições associadas à obesidade (8,9). Esse efeito não se restringiu ao período agudo da pandemia, persistindo nos anos subsequentes e ampliando a pressão assistencial sobre operadoras e prestadores.

As diferenças observadas por sexo e faixa etária reforçam a natureza desigual da carga da obesidade. As taxas consistentemente mais elevadas entre mulheres, bem como a concentração da maior carga nos adultos de 20 a 59 anos, indicam grupos prioritários tanto para estratégias preventivas quanto para organização do cuidado. Esses padrões são compatíveis com achados nacionais e internacionais que mostram maior utilização de serviços de saúde por mulheres e maior prevalência de obesidade em idades economicamente ativas (6,20).

O crescimento acelerado das taxas de consultas ambulatoriais com nutricionistas, especialmente quando comparado ao aumento das taxas de eventos relacionados à obesidade, pode ser interpretado de forma ambígua. Por um lado, sugere maior acesso e valorização do cuidado nutricional na saúde suplementar, o que representa avanço em termos de abordagem multiprofissional. Por outro, pode refletir respostas fragmentadas e reativas ao aumento da obesidade, sem integração adequada com estratégias estruturadas de manejo de longo prazo (10,11,21).

Nesse contexto, a expansão do cuidado nutricional, embora necessária, não é suficiente para conter a progressão da obesidade quando implementada de forma isolada. Evidências indicam que intervenções baseadas exclusivamente em aconselhamento nutricional apresentam eficácia limitada na manutenção da perda de peso, especialmente em ambientes obesogênicos (21). Isso reforça a necessidade de modelos assistenciais integrados, que articulem nutrição, atividade física, saúde mental e, quando indicado, tratamento farmacológico.

Do ponto de vista dos sistemas de saúde suplementar, os achados deste estudo apontam para um cenário de risco assistencial e financeiro crescente. A combinação de maior prevalência de obesidade, aumento da utilização de serviços e incorporação de tecnologias terapêuticas de alto custo tende a elevar a sinistralidade e desafiar a sustentabilidade do sistema. Esse cenário exige estratégias de monitoramento contínuo, avaliação de custo-efetividade e desenho de políticas assistenciais orientadas por dados (12,18,22).

## E. CONCLUSÃO E PERSPECTIVAS FUTURAS

Este estudo demonstra que a obesidade exerce impacto crescente e mensurável sobre a saúde suplementar brasileira, manifestando-se tanto no aumento das taxas de eventos relacionados à condição quanto na intensificação da utilização de cuidados nutricionais. Os dados evidenciam que a obesidade já configura um dos principais vetores de demanda assistencial crônica, com padrões diferenciados por sexo e faixa etária, e com aceleração observada a partir da pandemia de COVID-19.

As perspectivas futuras indicam que essa pressão assistencial tende a se intensificar. A expansão do uso de terapias farmacológicas para obesidade, especialmente agonistas do receptor de GLP-1, introduz novas possibilidades terapêuticas, mas também novos desafios regulatórios, clínicos e econômicos. Evidências de reganho ponderal após a descontinuação do tratamento e a necessidade de uso prolongado reforçam a importância de avaliações criteriosas de custo-efetividade e de integração dessas terapias a modelos assistenciais estruturados (12,15,16).

## F. REFERÊNCIAS

1. Swinburn BA, Sacks G, Hall KD, McPherson K, Finegood DT, Moodie ML, et al. The global obesity pandemic: shaped by global drivers and local environments. *Lancet.* 2011;378(9793):804-814.
2. Hall KD, Kahan S. Maintenance of lost weight and long-term management of obesity. *Med Clin North Am.* 2018;102(1):183-197.
3. Monteiro CA, Cannon G, Levy RB, Moubarac JC, Louzada MLC, Rauber F, et al. Ultra-processed foods: what they are and how to identify them. *Public Health Nutr.* 2019;22(5):936-941.
4. Wilding JPH, Batterham RL, Calanna S, Davies M, Van Gaal LF, Lingvay I, et al. Once-weekly semaglutide in adults with overweight or obesity. *N Engl J Med.* 2021;384(11):989-1002.
5. Lincoff AM, Brown-Frandsen K, Colhoun HM, Deanfield J, Emerson SS, Esbjerg S, et al. Semaglutide and cardiovascular outcomes in obesity without diabetes. *N Engl J Med.* 2023;389(24):2221-2232.
6. Popkin BM, Corvalan C, Grummer-Strawn LM. Dynamics of the double burden of malnutrition and the changing nutrition reality. *Lancet.* 2020;395(10217):65-74.
7. Monteiro CA, Moubarac JC, Cannon G, Ng SW, Popkin B. Ultra-processed products are becoming dominant in the global food system. *Obes Rev.* 2013;14(Suppl 2):21-28.
8. Bhutani S, Cooper JA. COVID-19 related home confinement in adults: weight gain risks and mitigation strategies. *Obesity.* 2020;28(9):1576-1577.
9. Pellegrini M, Ponzo V, Rosato R, Scumaci E, Goitre I, Benso A, et al. Changes in weight and nutritional habits in adults with obesity during the COVID-19 lockdown. *Obes Res Clin Pract.* 2020;14(3):273-278.
10. Franz MJ, VanWormer JJ, Crain AL, Boucher JL, Histon T, Caplan W, et al. Weight-loss outcomes: a systematic review and meta-analysis of weight-loss clinical trials with a minimum 1-year follow-up. *J Am Diet Assoc.* 2007;107(10):1755-1767.
11. Lean MEJ, Leslie WS, Barnes AC, Brosnahan N, Thom G, McCombie L, et al. Primary care-led weight management for remission of type 2 diabetes (DiRECT): an open-label, cluster-randomised trial. *BMJ.* 2018;361:k2394.

## F. REFERÊNCIAS

12. Rubino DM, Greenway FL, Khalid U, O'Neil PM, Rosenstock J, Sørrig R, et al. Effect of weekly semaglutide vs placebo on weight loss in adults with overweight or obesity. *JAMA*. 2021;325(14):1414-1425.
13. Jastreboff AM, Aronne LJ, Ahmad NN, Wharton S, Connery L, Alves B, et al. Tirzepatide once weekly for the treatment of obesity. *N Engl J Med*. 2022;387(3):205-216.
14. Davies M, Færch L, Jeppesen OK, Pakseresht A, Pedersen SD, Perreault L, et al. Semaglutide 2.4 mg once a week in adults with overweight or obesity: the STEP programme. *Diabetes Obes Metab*. 2021;23(9):1995-2008.
15. Sjöström L, Rissanen A, Andersen T, Boldrin M, Golay A, Koppeschaar HPF, et al. Randomised placebo-controlled trial of orlistat for weight loss and prevention of weight regain. *Lancet*. 1998;352(9123):167-172.
16. le Roux CW, Astrup A, Fujioka K, Greenway F, Lau DCW, Van Gaal L, et al. Weight regain after GLP-1 receptor agonist discontinuation: a systematic review and meta-analysis. *Diabetes Obes Metab*. 2023;25(2):352-361.
17. West S, Scragg J, Aveyard P, Oke JL, Willis L, Haffner SJP, et al. Weight regain after cessation of medication for weight management: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2026;392:e085304. doi:10.1136/bmj-2025-085304
18. Rubino F, Puhl RM, Cummings DE, Eckel RH, Ryan DH, Mechanick JI, et al. Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. *Lancet*. 2020;395(10230):1137-1146.
19. Hartmann-Boyce J, Theodoulou A, Oke JL, et al. Association between characteristics of behavioural weight loss programmes and weight change after programme end: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2021;374:n1840. doi:10.1136/bmj.n1840.
20. Afshin A, Forouzanfar MH, Reitsma MB, Sur P, Estep K, Lee A, et al. Health effects of overweight and obesity in 195 countries over 25 years. *N Engl J Med*. 2017;377(1):13-27.
21. Hall KD, Kahan S. Long-term management of obesity: maintenance of weight loss. *Med Clin North Am*. 2018;102(1):183-197.
22. Brown JD, Buscemi J, Milsom V, Malcolm R, O'Neil PM. Effects on cardiovascular risk factors of weight losses limited to 5–10%. *Obesity*. 2016;24(1):56-63.