

Situação: O preprint foi submetido para publicação em um periódico

Prevalência e fatores associados ao excesso de peso em adultos nas capitais e Distrito Federal, Brasil, 2019

Alana Paulina de Moura Sousa, Izabela Cristina Pereira, Laécio de Lima Araujo, Mariana Rodrigues da Rocha, Hilda Maria Martins Bandeira, Luisa Helena de Oliveira Lima

<https://doi.org/10.1590/s1679-49742021000300014>

Este preprint foi submetido sob as seguintes condições:

- O autor submissor declara que todos os autores responsáveis pela elaboração do manuscrito concordam com este depósito.
- Os autores declaram que estão cientes que são os únicos responsáveis pelo conteúdo do preprint e que o depósito no SciELO Preprints não significa nenhum compromisso de parte do SciELO, exceto sua preservação e disseminação.
- Os autores declaram que a pesquisa que deu origem ao manuscrito seguiu as boas práticas éticas e que as necessárias aprovações de comitês de ética de pesquisa estão descritas no manuscrito, quando aplicável.
- Os autores declaram que os necessários Termos de Consentimento Livre e Esclarecido de participantes ou pacientes na pesquisa foram obtidos e estão descritos no manuscrito, quando aplicável.
- Os autores declaram que a elaboração do manuscrito seguiu as normas éticas de comunicação científica.
- Os autores declaram que o manuscrito não foi depositado e/ou disponibilizado previamente em outro servidor de preprints ou publicado em um periódico.
- O autor submissor declara que as contribuições de todos os autores estão incluídas no manuscrito.
- O manuscrito depositado está no formato PDF.
- Os autores declaram que caso o manuscrito venha a ser postado no servidor SciELO Preprints, o mesmo estará disponível sob licença [Creative Commons CC-BY](#).
- Caso o manuscrito esteja em processo de avaliação ou sendo preparado para publicação mas ainda não publicado por um periódico, os autores declaram que receberam autorização do periódico para realizar este depósito.

Submetido em (AAAA-MM-DD): 2021-04-15

Postado em (AAAA-MM-DD): 2021-04-15



Como citar este artigo:

Sousa APM, Pereira IC, Araújo LL, Rocha MR, Bandeira HMM, Lima LHO. Prevalência e fatores associados ao excesso de peso em adultos nas capitais e Distrito Federal, Brasil, 2019. *Epidemiol Serv Saude* [preprint]. 2021 [citado 6 abr 2021]:[24 p.]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1679-49742021000300014>

Artigo original

Prevalência e fatores associados ao excesso de peso em adultos nas capitais e Distrito Federal, Brasil, 2019

Prevalence and factors associated with overweight in adults in Brazilian capitals and the Federal District, 2019

Prevalencia y factores asociados al sobrepeso en adultos de las capitales brasileñas y el Distrito Federal, 2019

Alana Paulina de Moura Sousa¹ - orcid.org/0000-0001-9999-3441

Izabela Cristina Pereira¹ - orcid.org/0000-0001-6703-8087

Laécio de Lima Araujo¹ - orcid.org/0000-0002-1051-2240

Mariana Rodrigues da Rocha¹ - orcid.org/0000-0002-4745-9690

Hilda Maria Martins Bandeira¹ - orcid.org/0000-0001-6439-0632

Luisa Helena de Oliveira Lima¹ - orcid.org/0000-0002-1890-859X

¹Universidade Federal do Piauí, Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comunidade, Teresina, PI, Brasil

Endereço para correspondência:

Alana Paulina de Moura Sousa – Av. Frei Serafim, nº 2280, Teresina, PI, Brasil.

CEP: 64000-020

E-mail: alanapaulina2012@gmail.com

Recebido em 17/10/2020

Aprovado em 02/03/2021

Editora associada: Doroteia Aparecida Höfelmann - orcid.org/0000-0003-1046-3319

Resumo

Objetivo: Analisar a prevalência e fatores associados ao excesso de peso nas capitais e no Distrito Federal, Brasil, 2019. **Métodos:** Estudo transversal, com dados do inquérito Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, 2019. Calculou-se a prevalência de excesso de peso e sua associação com características sociodemográficas, comportamentais e situação de saúde, estratificada segundo sexo. **Resultados:** A prevalência de excesso de peso foi de 55,9% (IC_{95%} 54,9;56,9). Nos homens, ela se associou à idade de 35-44 anos (RP=1,87 – IC_{95%} 1,65;2,12), consumo de álcool (RP=1,09 – IC_{95%} 1,03;1,15) e hipertensão (RP=1,24 – IC_{95%} 1,17;1,31), enquanto nas mulheres, associou-se à idade de 45-54 anos (RP=2,03 – IC_{95%} 1,77;2,32), hábito de assistir televisão 3h/dia (RP=1,09 – IC_{95%} 1,04;1,15) e estado de saúde ruim/muito ruim (RP=1,31 – IC_{95%} 1,20;1,43). **Conclusão:** Observou-se excesso de peso em mais da metade da amostra, associado a hipertensão, diabetes *mellitus* e consumo de álcool, em ambos os sexos.

Palavras-chave: Sobrepeso; Obesidade; Inquéritos Epidemiológicos; Adulto; Idoso; Estudos Transversais.

Abstract

Objective: To analyze the prevalence and factors associated with overweight in Brazilian capitals and the Federal District, Brazil, 2019. **Methods:** Cross-sectional study, with data from the Surveillance of risk and protective factors for chronic diseases by telephone survey, 2019. Prevalence was calculated overweight and association with

sociodemographic and behavioral characteristics and health status, stratified according to sex. **Results:** The prevalence of overweight was 55.9% (95%CI 54.9;56.9), associated in men with age of 35-44 years (PR=1.87 – 95%CI 1.65;2.12), alcohol consumption (PR=1.09 – 95%CI 1.03;1.15), and hypertension (PR=1.24 – 95%CI 1.17;1.31); and in women, associated to age 45-54 years (PR=2.03 – 95%CI 1.77;2.32), habit of watching television for 3h/day (PR=1.09 – 95%CI 1.04;1.15), and poor/very poor health status (PR=1.31 – 95%CI 1.20;1.43). **Conclusion:** Overweight was observed in more than half of the sample, associated with hypertension, diabetes *mellitus* and alcohol consumption, in both sexes.

Keywords: Overweight; Obesity; Health Surveys; Cross-Sectional Studies; Adult; Aged.

Introdução

O excesso de peso é visto como uma relevante questão de Saúde Coletiva. Ele pode ser causado, principalmente, pelo desequilíbrio entre consumo e gasto energético,^{1,2} e apresenta uma configuração favorável ao surgimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) – por exemplo, enfermidades do coração, cânceres e diabetes *mellitus*, entre outras.³

A prevalência global de indivíduos com obesidade aumentou consideravelmente, quando comparados os anos de 1975 e 2016, e quase triplicou nesse período. Em 2016, existiam mais indivíduos com peso elevado que abaixo do peso, resultado observado em quase todos os continentes, exceto em partes da África subsaariana e da Ásia. Naquele mesmo ano, quase 2 bilhões de adultos com 18 anos ou mais estavam com peso em excesso, e destes, mais de um quarto (650 milhões) com obesidade.¹ No Brasil, em 2019, 55% dos adultos estavam com o peso acima do ideal e 20% se encontravam obesos.⁴

Diante da alta prevalência de sobrepeso e obesidade, no ano de 2011, o Ministério da Saúde divulgou um Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNTs, cujo objetivo é enfrentar essas enfermidades e fatores associados, como características

sociodemográficas (sexo, idade e escolaridade) e comportamentais (alimentação não adequada, inatividade física, hábito de fumar e de consumir bebidas alcoólicas).⁵

Avaliar o estado nutricional e seus fatores associados é de fundamental importância para a análise das condições de saúde de populações.⁶ Este trabalho traz atualizações sobre o estado de saúde dos adultos brasileiros, no que se refere ao estado nutricional, e pode servir de parâmetro para o desenvolvimento de estratégias que produzam mudanças no cenário de morbimortalidade do país.

O objetivo do estudo foi analisar a prevalência e fatores associados ao excesso de peso nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, no ano de 2019.

Métodos

Estudo transversal, a partir de dados do inquérito Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), coletados em entrevistas realizadas por telefone, entre janeiro e dezembro de 2019.⁴

O Vigitel é um inquérito coordenado pelo Ministério da Saúde, a partir do sorteio – estratificado pelo código de endereçamento postal (CEP) – de 5.000 linhas telefônicas por capital do país e Distrito Federal (DF). Foram elegíveis para o Vigitel 2019 participantes adultos, com 18 anos ou mais de idade, habitantes das capitais brasileiras ou do DF e com linha telefônica fixa na residência.⁴ Em cada capital e no DF, os números de telefone selecionados foram sorteados novamente, e fracionados em réplicas de 200 linhas.

Os domicílios selecionados passaram por um último sorteio, para a seleção de um dos moradores adultos (≥ 18 anos). Finalizada a etapa de sorteio e antes de iniciar a entrevista, perguntava-se ao morador sobre seu interesse em participar do estudo. O objetivo da entrevista era identificar a frequência dos fatores associados ao desenvolvimento de DCNT, considerando-se um intervalo de confiança de 95% (IC_{95%}) e erro máximo de 2%.⁴

O desfecho do estudo foi o excesso de peso: sim; não.

Foram pesquisadas as seguintes variáveis independentes:

a) Características sociodemográficas

- Sexo (feminino; masculino)
- Raça/cor da pele (amarela/indígena; branca; preta; parda)
- Faixa etária (em anos: 18 a 24; 25 a 34; 35 a 44; 45 a 54; 55 a 64; 65 ou mais)
- Estado civil (casado[a]; solteiro[a]; união estável; viúvo[a]; separado[a]/divorciado[a])
- Escolaridade (em anos de estudo: 0 a 8; 9 a 1; 12 ou mais)

b) Características comportamentais

- Consumo regular de hortaliças (5 vezes ou mais por semana: sim; não)
- Consumo regular de frutas (5 vezes ou mais por semana: sim; não)
- Consumo regular de refrigerantes (5 vezes ou mais por semana: sim; não)
- Consumo de bebidas alcoólicas (sim; não)
- Tabagismo (sim; não)
- Inatividade física (sim; não)
- Hábito de assistir televisão (<3 horas por dia; ≥3 horas por dia)
- Hipertensão arterial (sim; não)
- Diabetes *mellitus* (sim; não)
- Autoavaliação de saúde (muito boa/boa; regular; ruim/muito ruim)

Todas as variáveis foram obtidas de autorrelato colhido por empresa especializada, contratada para realizar as entrevistas telefônicas.⁴

O excesso de peso foi conferido pelo cálculo do índice de massa corporal – $IMC \geq 25,0 \text{ kg/m}^2$ –,⁴ obtido dividindo-se o peso autorreferido (em quilogramas: kg) pela altura autorreferida (em metros: m) ao quadrado.

As variáveis independentes de consumo alimentar foram estimadas com base nas perguntas respondidas pelos participantes:

- a) o consumo de hortaliças foi mensurado pela pergunta “*Em quantos dias da semana o(a) Sr.(a) costuma comer pelo menos um tipo de verdura ou legume (alface, tomate, couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha – não vale batata, mandioca ou inhame)?*”;
- b) o consumo de refrigerante (ou refresco/suco artificial) em cinco ou mais dias da semana foi obtido com a pergunta “*Em quantos dias da semana o(a) Sr.(a) costuma tomar refrigerante ou suco artificial?*”;

- c) o indicador de consumo de frutas em cinco ou mais dias da semana foi construído a partir das respostas às questões “*Em quantos dias da semana o(a) Sr.(a) costuma comer frutas?*” e “*Em quantos dias da semana o(a) Sr.(a) costuma tomar suco de frutas natural?*”;
- d) e o consumo de bebidas alcoólicas, ao se propor a pergunta “*O(a) Sr.(a) costuma consumir bebida alcoólica?*”

Foi classificado como fumante o participante que deu resposta positiva à questão “*Atualmente o(a) Sr.(a) fuma?*”, sem levar em consideração a frequência, quantidade e duração do hábito de fumar.

Para a construção do indicador ‘inatividade física’, foram apresentadas questões a respeito da prática física no tempo ocioso, a atividade ocupacional, a locomoção, e sobre a higienização da própria residência.

O indicador ‘hábito de assistir televisão’ (menor do que 3 horas/dia; maior ou igual a 3h/dia) foi construído considerando-se a resposta à seguinte pergunta: “*Em média, quantas horas por dia o(a) Sr.(a) costuma ficar assistindo à televisão?*”.

Quanto às variáveis sobre a situação de saúde, o indicador de morbidade referida para diabetes *mellitus* e hipertensão arterial foi avaliado pelas seguintes questões: “*Algum médico já lhe disse que o(a) Sr.(a) tem pressão alta?*” e “*Algum médico já lhe disse que o(a) Sr.(a) tem diabetes?*”, respectivamente. Para a autoavaliação de saúde, perguntou-se: “*O(a) Sr.(a) classificaria seu estado de saúde como: muito bom, bom, regular, ruim ou muito ruim?*”.

O cálculo da amostra do estudo baseou-se no tamanho amostral mínimo (cerca de 2 mil sujeitos por cidade), no IC_{95%}, no erro máximo de 2% e na periodicidade de cada fator de risco nos indivíduos adultos consultados. Foram sorteadas 197.600 linhas telefônicas, com o objetivo de atingir no mínimo 2 mil entrevistas por capital. Identificou-se somente 75.789 linhas elegíveis, e a amostra final contemplou n=52.443 indivíduos entrevistados e uma média de 1.943 entrevistas realizadas por capital.⁴

Foi empregada estatística descritiva para o cálculo da frequência relativa das variáveis, e estimada a prevalência de sobrepeso-obesidade com os respectivos IC_{95%}. Utilizou-se a regressão de Poisson com variância robusta, com a finalidade de calcular a associação entre as variáveis, estratificada segundo o sexo, por meio da razão de prevalências (RP) bruta e ajustada e seus IC_{95%}, com nível de significância para os testes de 5% (p≤0,05).

Nas análises do modelo ajustado, consideraram-se apenas as variáveis independentes que, no modelo bruto, apresentaram $p < 0,20$. Os dados foram analisados pelo módulo de amostras complexas do programa Stata, versão 14.0, tomando-se como referência as ponderações do método Rake.⁴

O projeto do Vigitel foi apreciado e aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep), vinculada ao Conselho Nacional de Saúde (CNS): Parecer nº 4324071, publicado no dia 6 de junho de 2017; Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 65610017.1.0000.0008. O consentimento dos entrevistados foi obtido oralmente, no momento precedente à entrevista telefônica.

Resultados

Foram sorteadas 197.600 linhas telefônicas, porém somente 75.789 linhas eram elegíveis, sendo entrevistados 52.443 indivíduos até o final da pesquisa. Algumas perdas ocorreram, dada a impossibilidade do contato inicial porque as linhas telefônicas permaneciam ocupadas constantemente, sem responder às chamadas, ou caíam diretamente na caixa postal; em outros casos, não foi possível entrar em contato com o adulto selecionado da residência, mesmo após inúmeras chamadas telefônicas em dias e horários variados.⁴

Entre os 52.443 adultos entrevistados, as características que apresentaram os maiores percentuais foram: sexo feminino (54,0% – IC_{95%} 53,1;55,0), raça/cor da pele branca (43,8% – IC_{95%} 42,9;44,8), idade entre 25 e 34 anos (25,0% – IC_{95%} 24,1;26,1), escolaridade de 9 a 11 anos de estudo (38,4% – IC_{95%} 37,5;39,3) e estado civil solteiro (42,8% – IC_{95%} 41,9;43,8) (Tabela 1). No ano de 2019, 55,4% (IC_{95%} – 54,4;56,3) dos adultos estavam com sobrepeso ou obesidade, sendo o maior percentual observado no sexo masculino: 57,1% – IC_{95%} 55,6;58,7.

Homens pardos (58,5% – IC_{95%} 56,1;60,9) e na faixa etária de 35 a 44 anos (67,7% – IC_{95%} 64,3;70,8) apresentaram os maiores percentuais de excesso de peso quando comparados às mulheres pardas (55,0 – IC_{95%} 53,2;57,0) e na faixa etária de 35 a 44 anos (55,6 – IC_{95%} 53,0;58,1). Maior percentual de excesso de peso foi observado nas

entrevistadas que declararam 0 a 8 anos de estudo (62,0% – IC_{95%} 60,0;64,1). Os demais resultados sobre os percentuais de excesso de peso podem ser observados na Tabela 2. Observou-se associação estatisticamente significativa com o excesso de peso nos homens de 35 a 44 anos (RP=1,87 – IC_{95%} 1,65;2,12), escolaridade de 12 anos ou mais de estudo (RP=1,15 – IC_{95%} 1,07;1,24), casados (RP=1,23 – IC_{95%} 1,15;1,32), que consumiam álcool (RP=1,09 – IC_{95%} 1,03;1,15), com hipertensão arterial (RP=1,24 – IC_{95%} 1,17;1,31) e com diabetes *mellitus* (RP=1,09 – IC_{95%} 1,01;1,19) (Tabela 3). Homens que informaram consumir frutas regularmente (RP=0,92 – IC_{95%} 0,87;0,97) e tabagistas (RP=0,86 – IC_{95%} 0,78;0,96) tiveram menor predominância do desfecho. O excesso de peso foi mais comum nas mulheres autodeclaradas pretas (RP=1,25 – IC_{95%} 1,04;1,51), na idade de 45 a 54 anos (RP=2,03 – IC_{95%} 1,77;2,32), casadas (RP=1,15 – IC_{95%} 1,08;1,22), que relataram consumir bebida alcoólica (RP=1,05 – IC_{95%} 1,01;1,11), ficar em frente à televisão por períodos de 3 horas diárias ou mais (RP=1,09 – IC_{95%} 1,04;1,15), ter hipertensão arterial (RP=1,21 – IC_{95%} 1,15;1,27) e diabetes *mellitus* (RP=1,09 – IC_{95%} 1,03;1,15), e que avaliaram a própria situação de saúde como ruim/muito ruim (RP=1,31 – IC_{95%} 1,20;1,43). As menores prevalências do desfecho foram observadas nas mulheres com 12 anos ou mais de estudo (RP=0,87 – IC_{95%} 0,81;0,93) e fumantes (RP=0,84 – IC_{95%} 0,76;0,94) (Tabela 4).

Discussão

Com base nos dados da pesquisa Vigitel 2019, observou-se que o excesso de peso estava presente na maior parte dos entrevistados, correspondendo aos homens o maior percentual. Em ambos os sexos, as maiores prevalências do desfecho estavam associadas ao consumo de bebidas alcoólicas, pressão arterial e índice glicêmico elevados. O estado civil de casada, o costume de ver televisão por mais de três horas diárias e a autoavaliação de saúde como negativa estiveram associados a elevadas prevalências de sobrepeso e obesidade, no sexo feminino.

A principal limitação do estudo foi basear-se em dados autorreferidos. Dados autorreferidos podem não representar a realidade, pela possibilidade de um viés de

percepção do informante, a exemplo da superestimação da própria estatura e da subestimação do próprio peso, refletindo-se em uma subestimativa do IMC e consequentemente, prevalências subestimadas de excesso de peso.⁷ Daí, destacar-se a importância do uso de métodos de correção dos dados autorrelatados. Outra limitação do estudo foi a representatividade da amostra, restrita aos habitantes das capitais e do Distrito Federal, onde poucos indivíduos detêm telefone fixo, embora fosse minimizada com o uso de métodos de ponderação dos dados pelo Vigitel, mediante pós-estratificação, que consistiu em estimar as prevalências considerando-se as distintas características demográficas dos participantes, comparadas às dos demais brasileiros.⁸

A elevada prevalência do desfecho, neste estudo, assemelha-se aos resultados apresentados na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS),⁹ que observou a maior representação de excesso de peso entre seus participantes. No relatório do Vigitel⁴ de 2019, foi comunicado que entre os anos de 2006 e 2019, houve, em todas as regiões brasileiras, uma variação temporal significativa de aumento na prevalência de sobrepeso e obesidade, possivelmente explicada pelo agravamento desse problema de saúde. Cabe, então, ressaltar a relevância do conhecimento dos fatores associados e da busca de estratégias para seu controle e/ou prevenção.

As maiores prevalências do desfecho foram observadas nos homens com idade entre 35 e 44 anos, e nas mulheres de 45 a 54 anos. Estes achados corroboram os resultados de uma revisão sistemática e análise dos dados de 183 países, relativos ao período de 1980 a 2013, para o qual se constatou que pessoas de todas as idades ganharam peso; e entre os de 20 a 40 anos, um ganho de peso mais rápido.¹⁰

Entretanto, o envelhecimento é um fator que influencia no ganho de peso corporal. Durante essa fase da vida, o corpo passa por diversas alterações fisiológicas, a exemplo do processo da menopausa, nas mulheres, da diminuição na prática de atividades que demandam energia, da redução da massa muscular e da taxa metabólica.¹¹ Uma pesquisa transversal coletou dados de 981 mulheres adultas (20 a 60 anos) brasileiras, e observou: as maiores prevalências de obesidade foram verificadas naquelas com mais idade (50 a 60 anos), apontando para uma possível associação entre a elevada prevalência de obesidade e as fases mais avançadas da vida.¹²

Homens e mulheres casados apresentaram as maiores prevalências de sobrepeso e obesidade. O casamento pode levar a um ganho de peso excessivo, por conta do menor

envolvimento do casal em práticas que contribuem para o controle do peso, como o cuidado no consumo dos alimentos e a realização de atividades físicas regulares.¹³ Priorizar pessoas com companheiros em iniciativas de prevenção do excesso de peso é importante para a melhoria do bem-estar dos casais e da comunidade.

Mulheres que declararam possuir maior grau de escolaridade exibiram baixas prevalências de sobrepeso-obesidade; no caso dos homens, verificou-se o contrário. Dados de duas edições do Vigitel, de 2006 e 2016, também apontaram para menores prevalência de sobrepeso e obesidade em mulheres de maior nível educacional, enquanto nos homens, o fator ‘educação’ não provocou o mesmo efeito.¹⁴

Em um estudo que utilizou informações dos inquéritos Vigitel de 2006 e 2012, ao analisar a variação do peso corporal e a modificação do estado nutricional de brasileiros com mais de 20 anos, observou maior ganho de peso nas mulheres entrevistadas com maior grau de escolaridade. Este achado pode-se atribuir a fatores sociais, como mudanças nas relações de trabalho entre os gêneros e a incorporação de mulheres em ocupações profissionais de melhor remuneração e qualificação.¹⁵ Esses fatores exercem influência sobre o ganho de peso, relacionando-se diretamente com o aumento na aquisição e na ingestão de alimentos industrializados e de comida rápida.¹⁶

Menor prevalência de sobrepeso e obesidade foi observada nos homens que referiram consumir frutas regularmente. O consumo regular de alimentos saudáveis, como as frutas, previne as DCNTs, além de esses alimentos serem fontes de nutrientes, fibras e água. Uma alimentação baseada no consumo de alimentos saudáveis contribui para a estabilização do peso corporal ideal, além de contribuir para a melhora do bem-estar.¹⁷

A elevada prevalência de indivíduos com peso acima do recomendado também foi associada ao consumo de bebidas alcoólicas. Resultados semelhantes foram encontrados no Inquérito Nacional de Alimentação, realizado entre os anos de 2008 e 2009, quando o hábito de tomar bebidas alcoólicas apresentou associação positiva com o acúmulo de gordura corporal. Há, inclusive, a possibilidade de o consumo de álcool estar diretamente relacionado à ingestão de alimentos com alta densidade calórica.¹⁸

A menor prevalência do desfecho esteve associada aos entrevistados fumantes. Esse achado confirma dados do Vigitel 2015,¹⁹ no qual fumantes apresentaram menor prevalência de sobrepeso quando comparados a não fumantes. Esta relação inversa é

atribuída à ação da nicotina, substância presente no cigarro: ela provoca a redução do apetite e o aumento da saciedade, levando à redução do peso corporal.²⁰

Ademais a obesidade, sendo uma doença multifatorial, também está associada à redução do nível de atividade física, decorrente das mudanças nas formas de lazer, do aumento no uso de computadores, *smartphones* e *tablets*, e da assistência à televisão.²¹ Os resultados deste estudo vão ao encontro dessa mudança comportamental: identificou-se uma relação direta entre o sobrepeso e a obesidade e o maior tempo dedicado pelas mulheres a assistir TV.

O estudo permitiu constatar significativa associação do excesso de peso com a morbidade referida de pressão alta, para ambos os sexos. Relação positiva entre sobrepeso e obesidade e a hipertensão arterial também foi encontrada em um estudo sobre prevalência e fatores associados com hipertensão arterial entre adultos brasileiros.²² Indivíduos com obesidade apresentam até três vezes mais chances de desenvolver hipertensão arterial.²³

Os resultados do presente trabalho mostraram associação significativa entre excesso de peso e morbidade referida de diabetes *mellitus*, independentemente do sexo. A PNS 2013, por sua vez, apontou forte associação entre sobrepeso e obesidade e o diabetes *mellitus*, embora com maior prevalência de diabetes em mulheres.⁹ Um estudo de revisão,²⁴ ao buscar evidências sobre a relação entre o excesso de peso e o diabetes *mellitus*, constatou que o sobrepeso e a obesidade estão diretamente relacionados com o surgimento do diabetes tipo 2, e também com as implicações do desequilíbrio metabólico, nos níveis glicêmicos e no desenvolvimento de complicações.

O estudo revelou a autoavaliação do estado de saúde ruim ou muito ruim como um indicativo de maiores percentuais de excesso de peso entre as mulheres, resultado similar ao encontrado em uma pesquisa com adultos de uma cidade do estado de Santa Catarina.²⁵ No inquérito domiciliar de base populacional de Belo Horizonte, Minas Gerais, observou-se associação significativa entre a autoavaliação de saúde como péssima, a baixa ingestão de alimentos saudáveis e o nível de atividade física inferior ao recomendado, comprovando que pessoas cuja autoavaliação de saúde é negativa podem apresentar baixa adesão a um modo de vida saudável.²⁶

Conclui-se que o estudo permitiu conhecer a prevalência de excesso de peso e entender os principais fatores associados. Os resultados indicaram associação entre o sobrepeso e

a obesidade e os fatores sociodemográficos, comportamentais e a situação de saúde dos entrevistados. O conhecimento desses fatores é relevante para a realização de estratégias intersetoriais, de incentivo a um estilo de vida saudável, priorizando as intervenções em saúde sobre fatores de risco modificáveis.

Contribuição dos autores

Sousa APM, Pereira IC e Rocha MR contribuíram na concepção e delineamento do estudo, interpretação dos dados, redação e revisão crítica do conteúdo do manuscrito. Araujo LL contribuiu na concepção e delineamento do estudo, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica do conteúdo do manuscrito. Bandeira HMM e Lima LHO contribuíram na concepção e delineamento do estudo, redação e revisão crítica do conteúdo do manuscrito. Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito e são responsáveis por todos seus aspectos, no sentido de garantir sua precisão e integridade.

Conflitos de interesse

Os autores, Sousa APM, Pereira IC, Araujo LL, Rocha MR, Bandeira HMM e Lima LHO, declaram que não houve nenhum conflito de interesse que possa influenciar as fases desta pesquisa (planejamento, implementação, redação, revisão por pares, edição e publicação do trabalho científico), tais como: ganhos financeiros, relações pessoais, rivalidades, competição acadêmica e crenças intelectuais.

Referências

1. World Health Organization. Obesity and overweight [Internet]. 2020 Apr 1 [acesso 7 nov. 2019]. Disponível em: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
2. Malta DC, Santos MAS, Andrade SSCA, Oliveira TP, Stopa SR, Oliveira MM, et al. Tendência temporal dos indicadores de excesso de peso em adultos nas capitais brasileiras, 2006-2013. *Cienc Saude Colet*. 2016;21(4):1061-9. doi: <http://doi.org/10.1590/1413-81232015214.12292015>.
3. Agência Nacional de Saúde Suplementar (BR). Manual de diretrizes para o enfrentamento da obesidade na saúde suplementar brasileira [Internet]. Rio de

- Janeiro: ANS; 2017 [acesso 3 nov. 2019]. Disponível em:
https://www.ans.gov.br/images/Manual_de_Diretrizes_para_o_Enfrentamento_da_Obesidade_na_Sa%C3%BAde_Suplementar_Brasileira.pdf
4. Ministério da Saúde (BR). Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2019 [Internet]. Brasília, DF: MSi; 2020 [acesso 4 maio 2020]. Disponível em:
<https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/Abril/27/vigitel-brasil-2019-vigilancia-fatores-risco.pdf>
 5. Ministério da Saúde (BR). Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 [Internet]. Brasília, DF: MS; 2011 [acesso 10 nov. 2019]. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf
 6. Pinheiro MM, Oliveira JS, Leal VS, Lira PIC, Souza NP, Campos FACS. Prevalência do excesso de peso e fatores associados em mulheres em idade reprodutiva no Nordeste do Brasil. *Rev Nutr.* 2016 [acesso 7 nov. 2019];29(5):679-89. doi: <https://doi.org/10.1590/1678-98652016000500006>.
 7. Scribani M, Shelton J, Chapel D, Krupa N, Wyckoff L, Jenkins P. Comparison of bias resulting from two methods of self-reporting height and weight: a validation study. *JRSM Open.* 2014;5(6):2042533313514048. doi:
<http://doi.org/10.1177/2042533313514048>.
 8. Malta DC, Bernal RTI, Nunes ML, Oliveira MM, Iser BPM, Andrade SSC, et al. Prevalência de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis em adultos: estudo transversal, Brasil 2012. *Epidemiol Serv Saude.* 2014;23(4):609-22. doi: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742014000400003>.
 9. Malta DC, Duncan BB, Schmidt MI, Machado IE, Silva AG, Bernal RT, et al. Prevalence of diabetes mellitus as determined by glycated hemoglobin in the Brazilian adult population, National Health Survey. *Rev Bras Epidemiol.* 2019;22(Suppl 2):e190006.Supl.2. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-549720190006.supl.2>.

10. Ng M, Fleming T, Robinson M, Thomson B, Graetz N, Margono C, et al. Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2014 Aug 30;384(9945):766-81. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60460-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60460-8).
11. Samouda H, Ruiz-Castell M, Bocquet V, Kuemmerle A, Chioti A, Dadoun F, et al. Geographical variation of overweight, obesity and related risk factors: Findings from the European Health Examination Survey in Luxembourg, 2013-2015. *PLoS One*. 2018 Jun 14;13(6):e0197021. doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0197021>.
12. Lisowski JF, Leite HM, Bairros F, Henn RL, Costa JSD, Olinto MTA. Prevalência de sobrepeso e obesidade e fatores associados em mulheres de São Leopoldo, Rio Grande do Sul: um estudo de base populacional. *Cad Saude Colet*. 2019;27(4):380-9. doi: <http://doi.org/10.1590/1414-462x201900040226.13>. Janghorbani M, Amini M, Rezvanian H, Gouya MM, Delavari A, Alikhani S, et al. Association of body mass index and abdominal obesity with marital status in adults. *Arch Iranian Med*. 2008[acesso 4 dez. 2020];11(3):274-81. Disponível em: <http://www.ams.ac.ir/AIM/NEWPUB/08/11/3/008.pdf>
14. Dias Junior CS, Verona AP. Excesso de peso, obesidade e educação no Brasil. *Saúde (Santa Maria)*. 2019;45(2):1-8. doi: <http://doi.org/10.5902/2236583432482>.
15. Brebal KMM, Silveira JAC, Menezes RCE, Epifânio SBO, Marinho PM, Longo-Silva G. Weight gain and changes in nutritional status of Brazilian adults after 20 years of age: a time-trend analysis (2006-2012). *Rev Bras Epidemiol*. 2020;23:e200045. doi: <http://doi.org/10.1590/1980-549720200045>.
16. Lelis CT, Teixeira KMD, Silva NM. A inserção feminina no mercado de trabalho e suas conclusões para os hábitos alimentares da mulher e de sua família. *Saude Debate*. 2012;36(95):523-32. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-11042012000400004>.
17. Ministério da Saúde (BR). Guia alimentar para a população brasileira [Internet]. 2a ed. Brasília, DF: MS; 2014 [acesso 4 jan. 2020]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf

18. Bezerra IN, Alencar ES. Association between excess weight and beverage portion size consumed in Brazil. *Rev Saude Publica*. 2018 ;52:21. doi: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000082>.
19. Francisco PMSB, Assumpção D, Borim FSA, Senicato C, Malta DC. Prevalence and co-occurrence of modifiable risk factors in adults and older people. *Rev Saude Publica*. 2019 ;53:86. doi: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2019053001142>.
20. Kinnunen T, Haukkala A, Korhonen T, Quiles ZN, Spiro A 3rd, Garvey AJ. Depression and smoking across 25 years of the Normative Aging Study. *Int J Psychiatry Med*. 2006;36(4):413-26. doi: <https://doi.org/10.2190/G652-T403-73H7-2X28>.
21. Wanderley EM, Ferreira VA. Obesidade: uma perspectiva plural. *Cienc Saude Colet*. 2010 ;15(1):185-94. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000100024>.
22. Malta DC, Bernal RTI, Andrade SSCA, Silva MMA, Velasquez-Melendez G. Prevalence of and factors associated with self-reported high blood pressure in Brazilian adults. *Rev Saude Publica*. 2017;51 (suppl 1):11s. doi: <https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051000006>.
23. Galvão R, Kohlmann Júnior O. Hipertensão arterial no paciente obeso. *Rev Bras Hipertens [Internet]*. 2002[acesso 4 jan. 2020];9(3):262-7. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/9-3/hipertensaoobeso.pdf>
24. Chobot A, Górowska-Kowolik K, Sokołowska M, Jarosz-Chobot P. Obesity and diabetes: not only a simple link between two epidemics. *Diabetes Metab Res Rev*. 2018;34:e3042. doi: <https://doi.org/10.1002/dmrr.3042>.
25. Peres MA, Masiero AV, Longo GZ, Rocha GC, Matos IB, Najnie K, et al. Self-rated health among adults in Southern Brazil. *Rev Saude Publica*. 2010 ;44(5):901-11. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000500016>.
26. Meireles AL, Xavier CC, Andrade ACS, Friche AAL, Proietti FA, Caiaffa WT. Self-rated health in urban adults, perceptions of the physical and social environment, and reported comorbidities: the BH health study. *Cad Saude Publica*. 2015;31(suppl 1):120-35. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00076114>.

Tabela 1 – Características sociodemográficas e prevalência do excesso de peso em adultos (≥18 anos), nas capitais e no Distrito Federal (n=52.443), Brasil, 2019

Variáveis	n	% (IC_{95%}^a)
Sexo		
Masculino	18.354	46,0 (45,0;46,9)
Feminino	34.089	54,0 (53,1;55,0)
Raça/cor da pele		
Amarela/Indígena	1.044	2,1 (1,9;2,3)
Branca	22.598	43,8 (42,9;44,8)
Preta	4.106	11,4 (10,7;12,1)
Parda	20.217	42,7 (41,7;43,7)
Faixa etária (anos)		
18-24	4.031	13,8 (13,1;14,4)
25-34	5.052	25,0 (24,1;26,1)
35-44	6.943	18,8 (18,1;19,6)
45-54	8.216	17,9 (17,2;18,6)
55-64	10.618	13,1 (12,6;13,6)
≥65	17.583	11,4 (11,0;11,7)
Escolaridade (anos de estudo)		
0-8	15.339	28,8 (27,9;29,7)
9-11	17.688	38,4 (37,5;39,3)
≥12	19.416	32,8 (31,9;33,7)
Estado civil		
Solteiro(a)	15.663	42,8 (41,9;43,8)
Casado(a)	20.989	35,3 (34,5;36,2)
União estável	4.510	11,1 (10,5;11,8)
Viúvo(a)	6.586	4,8 (4,5;5,0)
Separado(a)	4.509	6,0 (5,6;6,4)
Excesso de peso		
Não	19.900	44,6 (43,7;45,6)
Sim	27.219	55,4 (54,4;56,3)

a) IC_{95%}: intervalo de confiança de 95%.

Fonte: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel)/Ministério da Saúde.

Tabela 2 – Prevalência do excesso de peso, segundo características sociodemográficas, comportamentais e situação de saúde, segundo sexo, em adultos (≥18 anos), nas capitais e no Distrito Federal (n=52.443), Brasil, 2019

Variáveis	Masculino		Feminino		Total	
	%	IC _{95%} ^a	%	IC _{95%} ^a	%	IC _{95%} ^a
Raça/cor da pele						
Amarela/Indígena	53,4	44,7;62,0	50,0	42,1;57,8	51,7	45,8;57,6
Branca	56,9	54,4;59,4	51,4	49,6;53,2	53,8	52,3;55,3
Preta	54,3	49,6;59,0	57,6	53,5;61,5	55,9	52,3;60,0
Parda	58,5	56,1;60,9	55,0	53,2;57,0	56,7	55,2;58,1
Faixa etária (anos)						
18-24	31,1	27,9;34,5	28,7	25,6;32,1	30,0	27,8;32,4
25-34	56,9	53,1;60,7	49,3	46,1;52,5	53,0	50,6;55,5
35-44	67,7	64,3;70,8	55,6	53,0;58,1	61,0	58,9;63,0
45-54	65,0	61,5;68,3	62,7	60,3;65,0	64,0	61,7;65,7
55-64	63,4	59,9;66,8	63,0	60,5;65,0	63,0	61,1;65,0
≥65	60,6	57,8;63,4	59,3	57,5;61,0	59,8	58,2;61,3
Escolaridade (ano de estudo)						
0-8	59,7	56,7;62,8	62,0	60,0;64,1	61,0	59,2;62,8
9-11	52,7	50,3;55,0	54,9	52,9;56,8	53,8	52,3;55,3
≥12	60,4	57,6;63,1	45,9	43,9;48,0	52,2	50,6;53,9
Estado civil						
Solteiro(a)	46,6	44,1;49,0	45,0	43,0;47,1	45,8	44,2;47,4
Casado(a)	67,8	65,6;69,9	60,8	59,0;62,5	64,1	62,7;65,5
União estável	67,3	62,4;71,9	57,2	53,1;61,1	62,3	59,1;65,3
Viúvo(a)	50,3	42,3;58,2	62,9	60,2;65,4	61,2	58,6;63,7
Separado(a)	53,1	46,2;59,9	56,6	53,0;60,1	55,3	51,9;58,7
Consumo de hortaliças						
Não	56,4	54,3;58,4	54,8	53,1;56,6	55,6	54,3;57,0
Sim	58,2	55,8;60,5	53,0	51,4;54,5	55,0	53,7;56,4
Consumo regular de frutas						
Não	58,9	56,5;61,2	53,5	51,4;55,6	56,4	54,7;58,0
Sim	55,7	53,6;57,7	54,0	52,7;55,4	54,7	53,6;55,9
Consumo de refrigerantes						
Não	57,9	56,3;59,6	53,8	52,6;55,0	55,6	54,6;56,6
Sim	53,5	49,3;57,7	54,3	50,3;58,3	53,9	50,9;56,8
Consumo de bebidas alcoólicas						

Não	55,3	53,0;57,5	54,9	53,5;56,3	55,0	53,9;56,3
Sim	59,0	56,7;61,0	51,8	49,6;53,9	55,8	54,3;57,4
Tabagismo						
Não	58,0	56,4;59,7	54,3	53,0;55,5	56,0	55,0;57,0
Sim	50,5	45,4;55,5	48,8	44,4;53,3	49,8	46,3;53,2
Inatividade física						
Não	58,0	56,4;59,7	54,3	53,0;55,5	54,8	53,8;55,8
Sim	50,5	45,4;55,5	48,8	44,4;53,3	58,8	56,4;61,0
Hábito de assistir televisão						
<3 horas/dia	56,9	55,1;58,7	51,9	50,6;53,3	54,2	53,1;55,3
≥3 horas/dia	57,9	54,6;61,2	60,0	57,8;62,3	59,1	57,2;61,0
Hipertensão arterial						
Não	52,8	51,0;54,6	48,4	47,0;49,8	50,2	49,4;51,7
Sim	73,0	70,1;75,8	68,4	66,4;70,3	70,3	68,6;71,9
Diabetes mellitus						
Não	56,0	54,4;57,6	52,4	51,1;53,6	54,0	53,0;55,0
Sim	71,6	66,2;76,4	71,5	68,4;74,5	71,5	68,7;74,3
Autoavaliação de saúde						
Boa/muito boa	56,4	54,5;58,3	48,4	46,8;50,0	52,0	50,9;53,2
Regular	61,1	57,9;64,3	62,5	60,3;64,6	60,8	59,1;62,6
Ruim/muito ruim	65,3	57,3;72,5	69,4	63,8;74,6	66,8	62,7;70,7

a) IC_{95%}: intervalo de confiança de 95%.

Fonte: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel)/Ministério da Saúde.

Tabela 3 – Razões de prevalências (RP) e IC_{95%} de adultos (≥18 anos) do sexo masculino com excesso de peso, segundo características sociodemográficas, comportamentais e situação de saúde, nas capitais e no Distrito Federal (n=52.443), Brasil, 2019

Variáveis	Excesso de peso					
	Bruta			Ajustada		
	RP ^a	IC _{95%} ^b	p-valor	RP ^c	IC _{95%} ^b	p-valor
Raça/cor da pele	0,361					
Amarela/Indígena	1,00					
Branca	1,06	0,89;1,26				
Preta	1,01	0,84;1,22				
Parda	1,09	0,92;1,29				
Faixa etária (anos)	<0,001					
18-24	1,00			1,00		
25-34	1,82	1,61;2,07		1,67	1,47;1,90	
35-44	2,17	1,93;2,44		1,87	1,65;2,12	
45-54	2,08	1,85;2,34		1,73	1,52;1,98	
55-64	2,03	1,80;2,29		1,60	1,30;1,73	
≥65	1,94	1,73;2,18		1,50	1,30;1,73	
Escolaridade (anos de estudo)	<0,001					
0-8	1,00			1,00		
9-11	0,88	0,82; 0,94		1,01	0,94;1,09	
≥12	1,01	0,94;1,08		1,15	1,07;1,24	
Estado civil	<0,001					
Solteiro	1,00			1,00		
Casado	1,45	1,36;1,54		1,23	1,15;1,32	
União estável	1,44	1,32;1,57		1,22	1,12;1,34	
Viúvo	1,07	0,91;1,27		0,97	0,81;1,16	
Separado	1,13	0,99;1,31		1,00	0,87;1,14	
Consumo de hortaliças	0,259					
Não	1,00					
Sim	1,03	0,97;1,08				
Consumo regular de frutas	0,042					
Não	1,00			1,00		
Sim	0,94	0,89;0,99		0,92	0,87;0,97	0,003
Consumo de refrigerantes	0,061					
Não	1,00			1,00		

Sim	0,92	0,84;1,00	0,95	0,88;1,04
Consumo de bebidas alcoólicas			0,022	0,001
Não	1,00		1,00	
Sim	1,06	1,01;1,12	1,09	1,03;1,15
Tabagismo			0,008	0,010
Não	1,00		1,00	
Sim	0,86	0,78;0,96	0,86	0,78;0,96
Inatividade física			0,063	0,463
Não	1,00		1,00	
Sim	1,07	0,99;1,14	1,02	0,95;1,10
Hábito de assistir televisão			0,599	
<3 horas/dia	1,00			
≥3 horas/dia	1,01	0,95;1,08		
Hipertensão arterial			<0,001	<0,001
Não	1,00		1,00	
Sim	1,38	1,31;1,45	1,24	1,17;1,31
Diabetes mellitus			<0,001	0,024
Não	1,00		1,00	
Sim	1,27	1,18;1,37	1,09	1,01;1,19
Autoavaliação de saúde	0,010		0,077	
Boa/muito boa	1,00		1,00	
Regular	1,08	1,01;1,15	1,05	0,99;1,12
Ruim/muito ruim	1,13	1,00;1,27	1,08	0,95;1,19

a) RP: razão de prevalências (modelo bruto).

b) IC_{95%}: intervalo de confiança de 95%.

c) RP: razão de prevalências ajustada por todas as variáveis em que o p-valor foi <0,20 na análise bruta.

Fonte: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel)/Ministério da Saúde.

Tabela 4 – Razões de prevalências (RP) e IC_{95%} de adultos (≥18 anos) do sexo feminino com excesso de peso, segundo características sociodemográficas, comportamentais e situação de saúde, nas capitais e no Distrito Federal (n=52.443), Brasil, 2019

Variáveis	Excesso de peso					
	Bruta			Ajustada		
	RP ^a	IC _{95%} ^b	p-valor	RP ^c	IC _{95%} ^a	p-valor
Raça/cor da pele			<0,001			<0,001
Amarela/Indígena	1,00			1,00		
Branca	1,03	0,87;1,23		1,06	0,89;1,27	
Preta	1,20	1,00;1,45		1,25	1,04;1,51	
Parda	1,12	0,94;1,34		1,13	0,93;1,35	
Faixa etária (anos)			<0,001			<0,001
18-24	1,00			1,00		
25-34	1,77	1,54;2,04		1,76	1,52;2,02	
35-44	2,00	1,75;2,29		1,91	1,67;2,19	
45-54	2,28	2,00;2,59		2,03	1,77;2,32	
55-64	2,25	1,98;2,56		1,95	1,70;2,24	
≥65	2,18	1,92;2,47		1,75	1,52;2,02	
Escolaridade (anos de estudo)			<0,001			<0,001
0-8	1,00			1,00		
9-11	0,85	0,81;0,90		0,97	0,92;1,03	
≥12	0,72	0,68;0,76		0,87	0,81;0,93	
Estado civil			<0,001			<0,001
Solteira	1,00			1,00		
Casada	1,36	1,29;1,44		1,15	1,08;1,22	
União estável	1,30	1,19;1,42		1,13	1,03;1,23	
Viúva	1,44	1,35;1,54		1,14	1,06;1,23	
Separada	1,26	1,16;1,37		1,04	0,96;1,13	
Consumo de hortaliças			0,130			0,321
Não	1,00			1,00		
Sim	0,96	0,92;1,01		0,97	0,93;1,02	
Consumo regular de frutas			0,759			
Não	1,00					
Sim	0,99	0,94;1,04				
Consumo de refrigerantes			0,284			
Não	1,00					

Sim	1,04	0,96;1,13		
Consumo de bebidas alcoólicas			0,018	0,030
Não	1,00		1,00	
Sim	0,94	0,89;0,98	1,05	1,01;1,11
Tabagismo			0,050	0,002
Não	1,00		1,00	
Sim	0,90	0,82;1,00	0,84	0,76;0,94
Inatividade física			0,014	0,258
Não	1,00		1,00	
Sim	1,07	1,01;1,13	1,03	0,97;1,10
Hábito de assistir televisão			<0,001	0,001
<3 horas/dia	1,00		1,00	
≥3 horas/dia	1,17	1,12;1,23	1,09	1,04;1,15
Hipertensão arterial			<0,001	<0,001
Não	1,00		1,00	
Sim	1,45	1,39;1,51	1,21	1,15;1,27
Diabetes mellitus			<0,001	0,001
Não	1,00		1,00	
Sim	1,40	1,34;1,48	1,09	1,03;1,15
Autoavaliação de saúde			<0,001	<0,001
Boa/muito boa	1,00		1,00	
Regular	1,29	1,23;1,35	1,20	1,14;1,26
Ruim/muito ruim	1,43	1,31;1,56	1,31	1,20;1,43

a) RP: razão de prevalências (modelo bruto).

b) IC_{95%}: intervalo de confiança de 95%.

c) RP: razão de prevalências ajustada por todas as variáveis em que o p-valor foi <0,20 na análise bruta.

Fonte: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel)/Ministério da Saúde.