



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE NUTRIÇÃO**

CAMILA NEGRÃO DA CONCEIÇÃO

**OBESIDADE: ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS E
COMPORTAMENTAIS, BRASIL 2017.**

**BELÉM
2018**

CAMILA NEGRÃO DA CONCEIÇÃO

**OBESIDADE: ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS E
COMPORTAMENTAIS, BRASIL, 2017.**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado para obtenção do grau de
Bacharel em Nutrição pela
Universidade Federal do Pará.

ORIENTADORA: Prof^ª. Dr^ª. Naíza
Nayla Bandeira de Sá

COORIENTADORA: Nutricionista
Carla Renata dos Santos Marques

BELÉM

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Pará
Gerada automaticamente pelo módulo Ficat, mediante os dados fornecidos pelo(a)
autor(a)

C744o Conceição, Camila Negrão da Conceição
OBESIDADE: ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS E
COMPORTAMENTAIS, BRASIL, 2017. /
Camila Negrão da Conceição Conceição. - 2018.
91 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Faculdade de Nutrição, Instituto de
Ciências da Saúde,
Universidade Federal do Pará, Belém, 2018.
Orientação: Profa. Dra. Naíza Nayla Bandeira de Sá Bandeira
Coorientação: Profa. Carla Renata dos Santos Marques.

1. Obesidade. 2. Estilo de vida sedentário. 3. Inquéritos epidemiológicos. 4. Entrevista
por telefone.
5. Adulto. I. Bandeira, Naíza Nayla Bandeira de Sá, *orient.* II. Título

CDD 614.40981

CAMILA NEGRÃO DA CONCEIÇÃO

**OBESIDADE: ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS E
COMPORTAMENTAIS, BRASIL, 2017.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado para obtenção do grau de Bacharel em Nutrição pela Universidade Federal do Pará.

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^a Dr.^a. Naíza Nayla Bandeira de Sá

Universidade Federal do Pará (UFPA)

Nutricionista Carla Renata dos Santos Marques

Universidade Federal do Pará (UFPA)

Prof.^a Dr.^a Liliane Maria Messias Machado

Universidade Federal do Pará (UFPA)

Prof.^a Msc. Rahilda Conceição Ferreira Brito Tuma

Universidade Federal do Pará (UFPA)

Aos meus pais, por sempre me
transmitirem os melhores ensinamentos
da vida.

AGRADECIMENTOS

Ao bom Deus que por sua infinita bondade permitiu longas caminhadas que fizeram com este momento fosse realizado.

Aos meus amados pais Luís e Sueli Conceição que jamais mediram esforços para me proporcionar uma vida digna. São meus grandes exemplos de força, honestidade e sabedoria. Essa vitória é nossa. Amo infinitamente vocês.

À minha querida irmã Brunna Negrão, com quem nos últimos meses aprendi a fortalecer a minha fé. É um exemplo de determinação e de mostrar que o amor não tem limites.

Aos meus avós Maria Conceição e Domingos Negrão pelas lindas memórias afetivas que carregarei para sempre.

Ao meu grande companheiro de vida Lauro Castro. Obrigada por acreditar e me proporcionar forças para lutar por meus sonhos. Tenho certeza que nossas vidas foram tracejadas por Deus.

Aos meus grandes amigos que a UFPA me presenteou. Ao longo de quatro anos provam a cada dia o quanto me amam, mesmo com a distância. É tão bom ser amada! Obrigada Adriana Souza, Alexandre Souza, Cristiano Cruz, Gizeuda Rosi, Letícia Rodrigues, Raissa Fernadez, Rosiane Angelim e Tulio Gonçalves. Nossa amizade será para toda vida. Sou grata por todos!

Aos meus amigos de longas datas Elis Mesquita, Maria Laura, Rebeca Costa e Ronaldo Neves. Obrigado por existirem em minha vida. Há muitos anos sei o que é ter bons amigos. Quero vocês para sempre ao meu lado.

À professora Daniela Lopes Gomes por ter me proporcionado lindas experiências e me mostrar o quanto a ciência da nutrição é linda. És uma grande profissional.

À minha amada professora e orientadora Naíza Bandeira. Não tenho palavras para agradecer por todas as portas que foram abertas durante a graduação e por sempre acreditar em meu potencial. É um ser humano lindo e iluminado. Tenho orgulho de ser sua aluna. Gratidão por toda vida! Sempre estará em meu coração.

À minha coorientadora Carla. Obrigada por sua amizade e pelo convite em me orientar. Suas contribuições foram essenciais para a construção deste lindo trabalho.

“Tudo posso naquele que
me fortalece” (Filipenses 4:13)

RESUMO

Objetivo: Identificar os determinantes sociodemográficos e comportamentais da obesidade entre adultos brasileiros. **Metodologia:** Estudo transversal, a partir de dados secundários do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas 2016. Considerou-se como variável dependente a obesidade e independentes os fatores sociodemográficos e comportamentais. Calculou-se a prevalência das variáveis do estudo, total e por sexo, com intervalo de confiança de 95%. As razões de prevalência foram calculadas nas formas bruta, ajustada para a idade e ajustada para todas as variáveis do modelo, com nível de significância de 5% ($p < 0,05$). **Resultados:** Encontrou-se 18,9% de obesidade na população, sendo 19,6% em mulheres e 18,1% em homens. Para os homens, a probabilidade de obesidade foi maior a partir dos 30 anos de idade, quando ocorre um aumento de aproximadamente 63,0% em relação aos mais jovens. Homens negros tiveram menor probabilidade de obesidade (RP = 0,85) quando comparados aos da raça/cor branca. A probabilidade de obesidade é 32% maior entre aqueles com união conjugal estável e 33% entre aqueles classificados como padrão alimentar ruim. Entre as mulheres, a probabilidade de obesidade foi maior com o aumento da idade, chegando $\geq 60,0\%$ na faixa etária entre 50 e 59 anos de idade. Ser da raça/cor da pele negra foi um fator de proteção (RP = 0,85). A probabilidade de obesidade é 32,0% maior entre as mulheres com união conjugal estável e 33,0% maior entre mulheres com padrão alimentar ruim. **Conclusão:** A obesidade é crescente na população e o uso dos inquéritos de base populacional são estratégias importantes para o delineamento de políticas para proteção e promoção à saúde.

Palavras-chave: Obesidade, Estilo de vida sedentário, Inquéritos Epidemiológicos, Entrevista por Telefone, Adulto

ABSTRACT

Objectives: To identify the sociodemographic and behavioral determinants of obesity among Brazilian adults. **Methodology:** Cross-sectional study, based on secondary data from the Surveillance System of Risk Factors and Protection for Chronic Diseases 2016. Obesity was considered as a dependent variable and sociodemographic and behavioral factors were considered independent. The prevalence of study variables, total and by sex, with a 95% confidence interval was calculated. Prevalence ratios were calculated as gross, adjusted for age and adjusted for all variables of the model, with a significance level of 5% ($p < 0.05$). **Results:** We found 18.9% of obesity in the population, 19.6% in women and 18.1% in men. For men, the probability of obesity was higher after the age of 30, when an increase of approximately 63.0% occurred in relation to the younger ones. Black men were less likely to be obese (PR = 0.85) when compared to race / white. The probability of obesity is 32% higher among those with stable marital union and 33% among those classified as poor food standard. Among women, the probability of obesity was higher with increasing age, reaching $\geq 60.0\%$ in the age group between 50 and 59 years of age. Being of race / black skin color was a protective factor (RP = 0.85). The probability of obesity is 32.0% higher among women with stable marital unions and 33.0% higher among women with poor dietary patterns. **Conclusion:** Obesity is increasing in the population and the use of population-based surveys are important strategies for designing policies for health promotion and protection.

Key-words: Obesity, Sedentary Lifestyle, Epidemiological Surveys, Telephone Interview, Adult.

LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

DCNT- Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica.

IMC- Índice de Massa Corporal.

WHO- *World Health Organization*.

VIGITEL- Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.

PNSN- Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição.

POF- Pesquisa de Orçamentos Familiares.

LISTA DE TABELAS DO ARTIGO

Tabela 1- Distribuição (%) da população adulta segundo características sociodemográficas, comportamentais e antropométricas, total e por sexo. VIGITEL, BRASIL, 2017.

Tabela 2- Prevalência (%) e razões de prevalência (RP) de obesidade em homens segundo características sociodemográficas e comportamentais, VIGITEL, Brasil, 2017.

Tabela 3- Prevalência (%) e razões de prevalência (RP) de obesidade em mulheres segundo características sociodemográficas e comportamentais, VIGITEL, Brasil, 2017.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	12
2.1	PANORAMA MUNDIAL E NACIONAL DA OBESIDADE.....	12
2.2	DETERMINANTES SOCIODEMOGRÁFICOS RELACIONADO AOS CASOS DE OBESIDADE	13
2.3	DETERMINANTES COMPORTAMENTAIS.....	15
2.4	A UTILIZAÇÃO DE INQUÉRITOS TELEFÔNICOS COMO FONTE DE INFORMAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL	17
3	OBJETIVOS	19
3.1	OBJETIVO GERAL.....	19
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
4	MATERIAL E MÉTODOS	20
4.1	DESENHO DO ESTUDO E AMOSTRAGEM	20
4.2	COLETAS DE DADOS	21
4.3	VARIÁVEIS ESTUDADAS	21
4.3.1	VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS.....	22
4.3.2	VARIÁVEIS COMPORTAMENTAIS	22
4.4	ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	23
4.5	ASPECTOS ÉTICOS	24
5	ARTIGO	25
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	54
	REFERÊNCIAS.....	55
	ANEXO A- INQUÉRITOS DE BASE POPULACIONAL.....	66
	ANEXO B- QUESTIONÁRIO VIGITEL.....	67
	ANEXO C – NORMA PARA SUBMISSÃO.....	85

1 INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) configuram-se como um dos maiores problemas de saúde pública da atualidade. Dentre as principais DCNT, encontra-se: a Diabetes mellitus, obesidade, hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, doenças respiratórias, câncer e o acidente vascular cerebral. Com o passar do tempo, por não serem tomadas medidas para o enfrentamento desta ameaça global os danos serão cada vez mais agravados e intensificados, como: aumento no número de mortes prematuras, a perda na qualidade de vida e o comprometimento nas atividades diárias. Além disso, também gera impactos na economia da sociedade, causando ameaça aos recursos de saúde dos países (BRASIL, 2011; OMS, 2003; WHO, 2011).

Entre os principais fatores de risco para as DCNT, pode ser: a alimentação não saudável, a inatividade física e o consumo nocivo de álcool e tabaco. Segundo Malta et al. (2006), tais fatores são, em grande parte, responsáveis pela epidemia de sobrepeso e obesidade, assim como pela elevada prevalência de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e pelo aumento dos casos de dislipidemias.

A obesidade é caracterizada pelo acúmulo de gordura corporal (WHO, 2001) e o diagnóstico pode ser dado através do Índice de Massa Corporal (IMC), obtido pela razão: peso corporal dividido pela altura ao quadrado (kg/m^2), sendo o estado nutricional para indivíduos obesos são encontrados em $\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$ (WHO, 1995). O aumento nos valores neste índice está relacionado com o crescimento da taxa de pessoas que apresentam uma ou mais comorbidades relacionadas às DCNT e com isso, indicam uma maior taxa de mortalidade (OMS, 2003).

Segundo o inquérito realizado pela Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) no ano de 2006, os casos de adultos com obesidade no Brasil foram de 11,8% nas 26 capitais brasileiras e Distrito Federal. Após dez anos da sua primeira edição, verificou-se que no ano de 2016 a frequência de adultos obesos aumentou para 18,9% em todo o País. Dados apontam que os casos de obesidade devem continuar a subir, ocorrendo um aumento médio anual de 0,83%, podendo chegar a 24,8% de pessoas adultas obesas até o ano de 2022 (BRASIL, 2006; 2017; 2011).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2017) a estimativa era que houvesse em torno de 650 milhões de pessoas obesas no mundo, correspondendo a 13% da população mundial. A determinação para a obesidade engloba uma série de fatores relacionados ao modo de vida contemporânea, desde aspectos biológicos, comportamentais, sociais, econômicos e sociodemográficos (sexo, idade, raça, escolaridade, renda e união conjugal), com destaque para os sociodemográficos, por haver uma possível ligação aos fatores de risco. Embora existam diferenças na prevalência ou na especificidade dessas associações, ainda sim se faz necessário uma maior investigação (BRASIL, 2014; SÁ; MOURA, 2008).

Com isso, diante do problema de saúde pública exposto, o presente trabalho tem o intuito de identificar os fatores sociodemográficos e comportamentais associados à obesidade em adultos brasileiros, por meio da base de dados do VIGITEL, 2016.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Panorama mundial e nacional da obesidade

Nas últimas décadas houve um crescimento nas taxas de obesidade, passando a ser configurada como um dos principais problemas de saúde pública da atualidade, com ocorrência tanto nos países desenvolvidos quanto naqueles em que estão em processo de desenvolvimento (CABALLERO, 2007). Segundo a OMS (2017), a obesidade atinge mais de 650 milhões de pessoas no mundo, correspondendo a 13% da população mundial.

Pesquisas realizadas na América Latina e Caribe, apontaram que a prevalência dos casos de obesidade alcançou 23% (140 milhões) da população adulta, sendo que as maiores taxas registradas estão nos países do Caribe: Barramas (36,2%), Barbados (31,3%), Trindade Tobago (31,1%) e Antígua e Barbuda (30,9%), seguido por países da América central, como Belize (35%) e México (33,9%). Entre os territórios da América do Sul com as maiores prevalências, a Venezuela encontra-se com 31%, seguido por Argentina e Chile, ambos, com 29% de casos (FAO; OPAS, 2017).

No Brasil, até o ano de 2016, foram realizados dezessete grandes inquéritos de base populacional com adultos (ANEXO A), apresentando como um dos desígnios a avaliação do estado nutricional, sendo que onze destes por meio da altura e peso autorreferidos e os outros por aferição de peso e estatura (SÁ, 2011).

O Estudo Nacional de Despesas Familiares (ENDEF 1974/75) e a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN1989), foram dois grandes inquéritos realizados no país e constatou-se que durante esse período de 15 anos o panorama nutricional da população com obesidade sofreu uma grande variação, representando aumento de 100% entre o gênero masculino (2,4 % para 4,8%) e mais que 70% no feminino (6,9% para 11,7%) (INAN, 1991).

A Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) com referência aos anos de 2002 e 2003 também apontou que a obesidade era prevalente em 11,1% da população brasileira adulta e em comparação com os dados provenientes da POF 2008-2009 ocorreu um grande aumento nos casos de obesidade, chegando a 14,8% (IBGE, 2004; IBGE, 2010).

Pode-se observar que a prevalência de obesidade aumentou continuamente ao longo dos quatro inquéritos (ENDEF, PNSN, POF 2002-2003 E POF 2008-2009), em ambos os sexos e ao relacionar em um intervalo de 34 anos decorridos, a prevalência de obesidade aumentou em mais de quatro vezes (2,42% para 12,4%) e mais de duas vezes

(6,89% para 16,9%), para homens e mulheres, respectivamente (INAN, 1991; IBGE, 2010).

Ao relacionar os resultados da PNSN (1989) com a POF (2008-2009), observa-se um aumento contínuo, de acordo com o sexo e a região do país. No sexo feminino, as taxas passaram de 10,29% para 15,2%, na região norte, nordeste de 7,18% para 15,2%, Sudeste 13,44% para 17,4%, Sul 15,2% para 19,6% e centro oeste 10,04 para 16,3%. O mesmo foi observado na população masculina de 5,64% para 10,6% na região Norte, 2,17% para 9,9% no nordeste, 5,45% para 13% no sudeste, 7,15% para 15,9% no sul e 4,61% e 13,3% no centro oeste. É possível destacar que ao longo dos 34 anos as mulheres sempre apresentaram as maiores prevalências de obesidade, em comparação aos homens e em todas as regiões do Brasil (INAN, 1991; IBGE, 2010).

Em estudos epidemiológicos, como o VIGITEL 2014, a frequência registrada de obesidade em adultos foi de 17,9%, sem apresentar diferença em ambos os sexos. Analisou-se, também, que de acordo com a variação temporal significativa no período de 2006 a 2014, período em que foi realizado nove inquéritos da pesquisa, havendo uma variação anual de 0,77 pontos percentuais (BRASIL, 2015).

2.2 Determinantes sociodemográficos relacionado aos casos de obesidade

Estudos apontam que os aspectos socioeconômicos são tidos como determinantes na prevalência de obesidade por conta da mudança do padrão alimentar, atividade física e estilo de vida (CAVALCANTE & MELO, 2008; BARBIERE & MELLO, 2012).

Os achados de algumas pesquisas assinalam a existência de uma associação entre a obesidade e os aspectos socioeconômicos, como a escolaridade e renda (OGDEN et al., 2010). Corroborando com esses dados, o estudo realizado por Monteiro et al. (2001), demonstrou que há uma associação inversa entre a obesidade e escolaridade, sendo observada principalmente na população feminina.

Ferreira e Benicio (2015), em um estudo retrospectivo analisaram os dados de 11.961 mulheres e observou uma menor prevalência de obesidade nas classes sociais de maior poder aquisitivo e com maiores anos de estudos (>11 anos). Além disso, Boing e Subramanian (2015) também apontaram que a prevalência de obesidade é 1,85 vezes maior em mulheres que residiam em bairros com menor escolaridade em comparação às residentes em áreas de maior nível educacional, sugerindo que as características

socioeconômicas do bairro também possam ter um papel importante na prevalência de obesidade.

Estudos transversais, realizados no Brasil, por meio de inquérito telefônico junto a indivíduos adultos, avaliou a obesidade segundo a escolaridade. Segundo Malta et al. (2014), a maior prevalência de obesidade é na população masculina, com 12 anos de estudo (15,1%) em comparação às mulheres. Entretanto, é observado o inverso em escolaridade na faixa de 0 a 8 anos de estudo, pois as maiores taxas (18,2%) pertencem às mulheres. Gigante et al. (2011), ao compararem o mesmo tempo de escolaridade (12 anos), encontraram que a obesidade foi 54,6 % maior entre os homens (15,7%) do que entre as mulheres (8,6%), corroborando a achados de Iser et al. (2011), que a obesidade é menor em mulheres (8,4%) em relação aos homens (15,1%), com o mesmo tempo de escolaridade (12 anos).

A POF (2008-2009) apontou que a prevalência de obesidade atingiu 21,3% da população dentro da faixa etária de 55 a 64 anos, ocorrendo um declínio a partir dos 65 anos, chegando a atingir a taxa de 15,8% na população com 75 anos ou mais, revelando que com o decorrer da idade, há uma diminuição nos casos. Entre os homens, a frequência nas taxas de obesidade começou a apresentar o seu regresso a partir de 55 anos. Entretanto, essa diminuição só pode ser observado nas mulheres somente a partir dos 65 anos de idade, 10 anos a mais de diferença entre os sexos (IBGE, 2010).

Existe também uma relação entre união estável e obesidade, já sendo registrado em estudos, tanto no Brasil, quanto nos Estados Unidos (GIGANTE et al., 2009; SOBAL et al., 2003). Em um estudo realizado por Costa et al. (2014), associou-se o estado civil de pessoas casadas ou que viviam em união estável, às maiores taxas de prevalência de obesidade e de uma maior média de perímetro abdominal. Nesse mesmo sentido, um estudo de modelo transversal, realizado com mulheres residentes na região semiárida do Brasil, apontou que o risco de obesidade aumentou em 36% em comparação às mulheres que não possuíam companheiro (a) (solteiras, divorciadas ou viúvas). A condição de não ter uma união estável, pareceu ser um efeito protetor contra o risco de obesidade, sendo provável por haver uma maior preocupação com a autoimagem corporal e com a vida social mais ativa (CORREIA et al., 2011).

Em outro estudo realizado com 699 trabalhadores adultos de uma indústria em Minas Gerais, revelou que as chances de pessoas em união estável apresentarem obesidade é 2,48 vezes maior em comparação aos trabalhadores que não viviam com companheiro (SOUZA, 2014). Isto corrobora aos dados de GIGANTE, MOURA e

SARDINHA (2009) que em um estudo com 49.395 pessoas, observaram que a obesidade teve maior frequência em homens que apresentavam união estável, sem associação com cor da pele ou escolaridade.

Apesar de a obesidade ser considerada um grave problema de saúde pública, é possível minimizar os seus riscos associados aos fatores não modificáveis, como a idade e o sexo, através dos fatores comportamentais (sedentarismo, consumo de bebidas alcoólicas, consumo de tabaco e dieta) (OMS, 2003). As mudanças comportamentais configuram-se como uma alternativa para a reversão na prevalência da obesidade, embora possam ser difíceis de serem implantadas, acabam trazendo inúmeros benefícios que são inquestionáveis para a saúde da população (MALTA et al., 2013).

2.3 Determinantes comportamentais

A obesidade vem causando diversas interferências e implicações na qualidade de vida e na aceitação social dos indivíduos obesos. Com a globalização, ocorreu à necessidade de prazeres rápidos e fáceis e em conjunto com o consumismo, levaram a contribuição ao maior surgimento da obesidade (BRASIL, 2006). O rápido aumento na prevalência da obesidade tem como causas: a inatividade física, tanto de nível moderado ou de alta intensidade, gerando o acúmulo excessivo de gordura corporal e a alimentação inadequada com o aumento no consumo de alimentos de alta densidade calórica, gordura saturada e açúcar simples (OMS, 2003). Além disso, fatores ligados às mudanças econômicas, culturais e demográficas, também possuem ligação com o aumento nas taxas de obesidade (MONTEIRO et al., 2004)

A inatividade física é um fator fortemente relacionado ao aumento da obesidade, porém a associação também com o novo estilo de vida, fazendo com que ocorra a substituição de atividades recreativas e lúdicas ativas por programas de lazer também sedentários, como assistir TV (CABRAL et al., 2013).

O tabagismo era considerado como um estilo de vida, porém com as inúmeras consequências à saúde, passou a ser visto como um vício, uma dependência química que leva a exposição a várias substâncias tóxicas (BRASIL, 2008). Por conta disso, foi instaurado o ambiente livre de fumo, por meio do Decreto nº 8262/2014 um decreto que proibiu o uso de produtos fumígenos, derivados do tabaco ou não, em locais fechados. Nestes produtos, passaram a ser vetados a publicidade e anúncios, assim como o aumento de advertências sobre os riscos à saúde em suas embalagens, mostruários e

expositores de venda e tiveram também aumento tarifário nos impostos, juntamente com a estipulação do preço mínimo de venda (BRASIL, 2014).

Diferentes estudos foram realizados com o intuito de associar o tabagismo com a prevalência de excesso de peso ou obesidade. Sá e Moura (2009) conduziram um estudo transversal, com 1.066 participantes, no município de Santarém, no estado do Pará, onde foi associada à prevalência de pré- obesidade em mulheres fumantes, aumentando em 2,56 vezes mais as chances de terem excesso de peso com relação as que nunca fumavam e ex-fumantes. Entretanto, neste estudo, entre os homens não foi encontrada nenhuma relação entre o hábito de fumar e o excesso de peso. Outro estudo realizado com 9.047 adultos mostrou que os indivíduos obesos apresentaram a prevalência de tabagismo mais alta em comparação aos indivíduos com sobrepeso (AKBARTABARTOORI et al., 2005).

O tabagismo ainda é mais prevalente no nível socioeconômico mais baixo, da mesma forma que a obesidade também tem maior prevalência nos níveis sociais menos favorecidos. Temponi (2013), em seu estudo de associação observou que indivíduos fumantes obtiveram um menor índice no IMC e os ex-fumantes apresentaram IMC maior em relação aos que nunca fumaram, o mesmo foi encontrado por Pisinger, Toft e Jørgensen (2009) mostrando que os participantes fumantes tendem a ter um menor IMC dos que nunca fumaram.

Ainda nesse sentido, de acordo com Temponi (2013), no Brasil ocorre o aumento da prevalência de obesidade e o declínio da prevalência do tabagismo. Contudo, ainda não há consenso na literatura sobre o hábito de fumar e obesidade, sendo que os estudos sobre estado nutricional e hábito de fumar, são limitados e as variáveis levantadas com as técnicas de análise diferem uma das outras, dificultando a comparabilidade (LEMOS et al., 2000; SÁ; MOURA, 2009).

O uso de bebida alcoólica é considerado um importante fator de risco modificável para as DCNT, entre elas a obesidade, pois a sua ingestão contribui para o aumento de peso, uma vez que a bebida alcoólica é considerada também um alimento. Existe uma relação complexa e contraditória no que diz respeito ao consumo de álcool e a obesidade, necessitando, com isso, de mais estudos para ser esclarecido (OMS, 2003; DOMINGOS et al., 2010). Tolstrup et al. (2005) notaram em seu estudo que existe uma relação entre a obesidade e o consumo de bebidas alcoólicas. Entretanto, essa ligação é de acordo com a frequência de consumo, sendo que o maior ganho de peso foi registrado por participantes que consumiram pequenas doses de maneira mais frequente.

Todavia, os achados de Domingos et al. (2010) concluíram que o uso abusivo de bebida alcoólica estava associado aos casos de obesidade na população estuda.

2.4 A utilização de inquéritos telefônicos como fonte de informação do estado nutricional

Os Inquéritos populacionais possuem o intuito de monitorar as prevalências das DCNT, que são responsáveis por milhares de mortes no mundo, e de seus principais fatores de risco (BRASIL, 2007; 2011; OMS, 2003). Sua aplicação tem uma alta confiabilidade, baixo custo e agilidade, tornando este método bastante atrativo (PEIXOTO et al., 2008)

Com o intuito de tornar mais fácil a realização dos inquéritos populacionais em saúde e, com isso, serem implantados de forma contínua, com uma boa acurácia e bastante ágil, foram implantados novos instrumentos eficientes para a vigilância epidemiológica, sendo testados e adotados (FERREIRA et al., 2011).

O inquérito criado em meados dos anos de 1890 nos Estados Unidos (EUA) foi o *Behavioral Risk Factor Surveillance System* (BRFSS), sendo conduzido pelo *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), teve como objetivo coletar dados sobre fatores de risco e morbidade para a população americana adulta, apresentando resultados válidos e tendo um baixo custo e extrema agilidade. Essas vantagens podem ser observadas em qualquer tipo de sistema de vigilância que possui como base o inquérito telefônico (CARVALHAES et al., 2008).

No Brasil, a Secretaria de Vigilância em Saúde implantou em 2006 o VIGITEL, um inquérito que se caracteriza por ser um sistema contínuo de monitoramento de fatores de risco e proteção das DCNT, atuando nas 26 capitais dos estados brasileiros e no Distrito Federal, com a participação de pessoas acima de 18 anos de idade. Tem como objetivo a monitoração dos danos causados pelas DCNT e os fatores de proteção, para facilitar o planejamento de ações de promoção da saúde e a prevenção de doenças e seus riscos. Este sistema tem sido um excelente método no monitoramento contínuo das intervenções de prevenção e promoção da saúde (BRASIL, 2014; MALTA et al., 2012; 2017).

O uso de medidas autorreferidas de peso e altura tem sido muito utilizado em estudos (VIRTUOSO; OLIVEIRA, 2010). Em um trabalho realizado por Carvalho et al. (2014) foi concluído que o método de autorreferência de medidas apresentou boa

validade para as medidas aferidas dos participantes, sendo com isso um bom método a ser utilizado. Assemelhou-se a este achado um estudo que ao comparar medidas declaradas com as obtidas diretamente entre os entrevistados, foi constatado que o diagnóstico nutricional apresentou boa conciliação entre as duas metodologias adotadas, confirmando estes achados (CONDE et al., 2013).

O uso de inquéritos populacionais em pesquisas viabiliza inúmeras informações sobre o estado nutricional e as variáveis que estão correlacionados com o mesmo. Apresenta-se como um grande acervo de informações sobre o estado de saúde e o perfil epidemiológico, auxiliando profissionais de saúde e demais pesquisadores no desenvolvimento de ações para melhorar a saúde da população (SPERANDIO; PRIORE, 2017).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Identificar os determinantes sociodemográficos e comportamentais associados à obesidade em homens e mulheres, residentes nas 26 capitais dos Estados Brasileiros e Distrito Federal no ano de 2016.

3.2 Objetivos específicos

- I. Caracterizar o perfil sociodemográfico, comportamental e antropométrico da população estudada, total e por sexo;
- II. Estimar a prevalência de obesidade, segundo os determinantes sociodemográficos e comportamentais, separadamente para homens e mulheres;
- III. Calcular as razões de obesidade segundo os determinantes sociodemográficos e comportamentais, separadamente para homens e mulheres.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Desenho do estudo e amostragem

Este estudo trata-se de um modelo do tipo transversal, realizado a partir dos dados secundários do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) de 2016, disponível em: <http://svs.aids.gov.br/download/Vigitel/>.

Neste trabalho, a amostra probabilística estudada será apenas de adultos, com idades entre 20 e 59 anos, no qual será feito o delineamento a partir destas faixas etárias. Para esta pesquisa foram excluídos dados referentes às gestantes, pessoas com menos de 20 anos (1525) e mais de 59 anos de idade (18315) e cor da pele/raça referenciadas como indígena (759) e amarela (759).

A metodologia descrita, refere-se a utilizado pelo VIGITEL..

Os procedimentos empregados para amostragem utilizada pelo VIGITEL adquirirão amostras probabilísticas das 26 capitais brasileiras e do Distrito Federal de indivíduos adultos, com 18 ou mais anos de idade, residentes em domicílios que apresentavam ao menos uma linha telefônica fixa (BRASIL, 2017).

A amostragem do VIGITEL foi composta por duas etapas. Inicialmente realizou-se, em cada cidade, um sorteio com um valor mínimo de 5.000 linhas telefônicas. Sua realização é por meio de sorteio do cadastro eletrônico de linhas residenciais fixas das maiores empresas telefônicas operantes (OI, GVT, Embratel e Telefônica) nas 26 capitais Brasileiras e Distrito Federal, por meio do Código de Endereçamento Postal (CEP), com características estratificadas e sistemáticas. Posteriormente, foi realizado um novo sorteio das linhas em cada cidade e essas foram divididas em réplicas de 200 linhas cada, em conformidade com os cadastros originais por meio do CEP.

Em 2016, foram selecionadas 189 mil linhas telefônicas, totalizando 7 mil por cidade distribuídas em 35 réplicas, sofrendo variação de uma localidade para outra e por conta disso apresentou uma média de 23,6 réplicas, variando entre 19 em Belo Horizonte e 30 nas cidade de Macapá e Rio Branco. Em 2016, foram feitas 127.200 ligações para linhas fixas, distribuídas em 636 réplicas, caracterizando 77.671 linhas elegíveis. Foi considerado um coeficiente de confiança de 95% e erro máximo de dois pontos percentuais (BRASIL, 2017).

A partir da segunda etapa de amostragem foram feitas a identificação das linhas elegíveis para o VIGITEL. Como critério para ser considerada inelegível foram

caracterizadas as linhas correspondentes a empresas, as linhas fora de serviço e linhas que não respondessem a seis tentativas de chamadas realizadas em dias e horários variados, sem exceção dos sábados e domingos e períodos noturnos. Após esta etapa ocorreu à realização dos sorteios de um dos adultos com 18 anos ou mais de idades que residem no domicílio sorteado (BRASIL, 2017).

De um total de 77.671 linhas elegíveis, foram realizadas 53.210 entrevistas apresentando uma taxa de sucesso que variou de 63% em Boa Vista a 72% no Distrito Federal. As entrevistas realizadas pelo VIGITEL tiveram uma variação entre 4 e 59 minutos, apresentando uma média de 11 minutos por entrevista realizada (BRASIL, 2017).

4.2 Coletas de dados

A coleta de dados no ano de 2016 foi realizada por meio de entrevista telefônica, sob a responsabilidade de uma empresa especializada, situada na cidade de Belo Horizonte entre os meses de março e dezembro. Contou com uma equipe de aproximadamente 40 entrevistadores, 2 supervisores e 1 coordenador e com a supervisão do Ministério da Saúde e dos pesquisadores do NUPENS/ USP (BRASIL, 2017).

O sistema foi realizado com o emprego de computadores, com os questionários (ANEXO B) lidos diretamente na tela do monitor com registros direto e imediato. Os questionários continham perguntas sobre características socioeconômicas e demográficas, padrão de atividade física e padrão de alimentação com associação a ocorrências de DCNT, peso e altura referidos, frequência do consumo de bebidas alcoólicas, uso de cigarros, percepção do estado de saúde, realização de exames para detecção precoce de câncer de mamas em mulheres, usufruto de planos de saúde ou convênios médicos e situações relacionadas ao trânsito (BRASIL, 2017).

4.3 Variáveis estudadas

Neste estudo, considerou-se como características sociodemográficas as variáveis sexo, idade, nível de escolaridade, cor da pele, estado civil, número de linhas telefônicas, número de adultos e o total de pessoas no domicílio. Já em relação às variáveis comportamentais definiu-se: padrão alimentar, hábito de assistir televisão por mais que 3 horas, atividade física no lazer, consumo abusivo na ingestão de bebidas

alcoólicas e hábito de fumar e como variáveis antropométricas: altura e peso atual, ambas informações autorreferidas.

Considerou-se obesidade quando o índice de massa corporal, IMC, foi ≥ 30 Kg/m², sendo esta a única variável dependente do estudo, enquanto que as variáveis comportamentais e sociodemográficas foram as variáveis explanatórias.

As regiões do Brasil também foram categorizadas no estudo. Entre as regiões categorizadas no estudo, encontram-se todas as cinco existentes no Brasil: Norte, Nordeste, Centro Oeste, Sudeste e Sul.

4.3.1 Variáveis sociodemográficas

A variável idade foi definida ao longo de quatro faixas etárias: 20- 29, 30- 39, 40- 49, 50- 59 anos de idade. O quesito escolaridade foi definido em quatro níveis: 0 a 4, 5 a 8, 9 a 11 e 12 ou mais anos de estudo por conta de apresentar uma melhor distribuição na população nas categorias após ser utilizado o fator de ponderação pós estratificação ao comparar uma distribuição com apenas três categorias.

A raça/cor da pele foi composta por duas categorias (branca e negra). O estado civil teve caracterização em união estável (casados legalmente ou não) e não estável (solteiros, viúvos, separados e divorciados).

As regiões de moradia categorizadas no estudo foram: Norte, Nordeste, Centro oeste, Sudeste e Sul.

4.3.2 Variáveis comportamentais

O padrão alimentar foi categorizado como Bom, Regular e Ruim. Como critério utilizou-se quatro variáveis: o consumo de frutas e hortaliças ser \geq cinco porções diárias, de acordo com a OMS (2003), na qual preconiza o consumo de frutas e hortaliças para a população em 400 gramas ou cinco porções diárias. O consumo de feijão, é determinado em cinco ou mais dias na semana, o hábito no consumo de refrigerantes (≥ 5 dias na semana) e o hábito no consumo de carne vermelha/frango com gordura aparente. Para cada variável, soma-se 1 ponto, no qual o indivíduo considerado com padrão alimentar bom, necessitava apresentar entre 4 e 3 pontos, regular 2 e 1 e ruim ≤ 1 .

Com relação à prática de atividade física, foi considerado como indicador de indivíduo fisicamente ativo, aqueles que praticavam atividade física no lazer. Como critério foi incluso quem prática pelo menos 150 minutos semanais caracterizadas como leve ou moderada ou pelo menos 75 minutos de atividade física vigorosa. De acordo com OMS (2010), essas recomendações definem como prática saudável. Já os indivíduos classificados como suficientemente inativos são os que não praticaram nenhuma AF nos últimos 3 meses.

O hábito de assistir televisão por \geq três horas por dia em pelo menos cinco dias na semana, foi considerado como comportamento sedentário.

O consumo abusivo de bebidas alcoólicas também foi caracterizado como sim ou não, sendo atribuído presente ao consumo referente nos últimos 30 dias em uma mesma ocasião, em mais de cinco doses de bebida alcoólica para os homens e acima de quatro para as mulheres.

A classificação sobre o hábito de fumar foi dividido em três categorias: nunca fumante, fumante e ex- fumante..

4.4 Análise estatística

O VIGITEL apresentou mudanças em sua metodologia, no ano de 2012. Cada indivíduo presente na amostra foi calculado pelo método *rake*, medindo a distribuição de frequência anualmente das variáveis (faixa etária, sexo e escolaridade), passando a ocorrer uma construção dos pesos de pós-estratificação de célula para este modelo de método (BRASIL, 2017).

O método *rake* trabalha uma variável de cada vez, igualando o processo de distribuição do total da variável na amostra. Passam a ocorrer comparações entre estimativas da distribuição de cada variável sociodemográfica como: sexo feminino e masculino, faixa etária da população para este estudo e nível de instrução com a população total da cidade, sendo que para cada capital analisada no sistema VIGITEL, foram apresentadas estimativas anuais dos indivíduos entrevistados de acordo com a classificação de sua faixa etária (quatro categorias) e também pelo nível de instrução (quatro categorias). Para a construção dos pesos, o processo passa por uma repetição para cada variável, ocorrendo uma distribuição igualitária nas amostras para a população destas variáveis utilizadas (BRASIL, 2017).

4.4.1- Análise estatística realizada na pesquisa

Para este estudo todas as estimativas apresentadas foram calculadas com os pesos pós-estratificação. Inicialmente, calculou-se a distribuição da população segundo as variáveis estudadas (total e por sexo) com intervalo de confiança (IC) de 95%. A prevalência de obesidade foi calculada segundo as características sociodemográficas e comportamentais, separadamente para cada sexo. Posteriormente foram calculadas para todas as variáveis do estudo as razões de prevalência, brutas e ajustadas, de excesso de obesidade por regressão log-linear de Poisson considerando-se IC95% e $p < 0,05$.

Para a análise das razões de prevalência considerou-se como referência os fatores de proteção para a obesidade, isto é: menor faixa etária (20 a 29 anos), menor escolaridade, apesar da associação entre escolaridade (0 a 4 anos de estudo), cor branca, união conjugal não estável, região sudeste (maior Produto Interno Bruto Brasileiro), padrão alimentar bom, ativo no tempo livre, não hábito de assistir televisão, não consumo abusivo de bebidas alcoólicas e nunca fumante. Inicialmente, foram calculadas as razões de prevalência brutas, depois ajustadas para a idade e por último, ajustada por todas as variáveis a fim de reduzir o viés de confundimento próprio de estudos transversais como este. As análises dos dados foram realizadas com auxílio do aplicativo Stata, versão 14.0 (Stata Corp., College Station, Estados Unidos), utilizando-se comandos *survey* que levam em conta o caráter complexo da amostra.

4.5 Aspectos éticos

O VIGITEL foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisas em Seres Humanos. O consentimento livre e esclarecido foi realizado na ocasião das entrevistas através de consentimento verbal. Entretanto, não foi necessária aprovação do comitê de ética na presente pesquisa, pois utilizou-se fonte de dados secundários.

5 ARTIGO

Este trabalho de Conclusão de Curso terá seus resultados apresentados em formato de artigo e será submetido à Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde (Qualis B5 para a Área de Saúde Coletiva).

OBESIDADE: ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS E
COMPORTAMENTAIS, BRASIL, 2017.
OBESITY: SOCIODEMOGRAPHIC AND BEHAVIORAL ASPECTS,
BRAZIL, 2017.

Camila Negrão da Conceição¹; Carla Renata dos Santos Marques², Naíza Nayla Bandeira de Sá³.

¹ Bolsista de iniciação científica. Universidade Federal do Pará/UFPA. Faculdade de Nutrição. Instituto de Ciências da Saúde. Belém, Pará, Brasil. nutri.camilanegrao@gmail.com

² Nutricionista. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública Fiocruz/ Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro- RJ Carla.renata.marques.1@gmail.com

³ Programa de Pós Graduação em ambiente, sociedade e saúde na Amazônia. Universidade Federal do Pará/UFPA. Instituto de Ciências da Saúde. Belém, Pará, Brasil. naizabandeira@gmail.com

CORRESPONDÊNCIA: Camila Negrão da Conceição/ Endereço: Conjunto Ariri Bolonha, quadra 38, nº 15, Bairro Parque Verde, CEP:66650-295/ E-mail: nutri.camilanegrao@gmail.com / telefone:(91) 98247- 8517

Paginação: Número máximo de palavras no resumo (150)

Informações sobre o trabalho: Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). Autor: Camila Negrão da Conceição, Artigo Científico, Título: Obesidade no Brasil: Aspectos sociodemográficos e comportamentais, Brasil, 2017. Ano de defesa: 2018, Universidade Federal do Pará.

RESUMO

Objetivo: Identificar os determinantes sociodemográficos e comportamentais da obesidade entre adultos brasileiros. **Metodologia:** Estudo transversal, a partir de dados secundários do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas 2016. Considerou-se como variável dependente a obesidade e independentes os fatores sociodemográficos e comportamentais. Calculou-se a prevalência das variáveis do estudo, total e por sexo, com intervalo de confiança de 95%. As razões de prevalência foram calculadas nas formas bruta, ajustada para a idade e ajustada para todas as variáveis do modelo, com nível de significância de 5% ($p < 0,05$). **Resultados:** Encontrou-se 18,9% de obesidade na população, sendo 19,6% em mulheres e 18,1% em homens. Para os homens, a probabilidade de obesidade foi maior a partir dos 30 anos de idade, quando ocorre um aumento de aproximadamente 63,0% em relação aos mais jovens. Homens negros tiveram menor probabilidade de obesidade (RP = 0,85) quando comparados aos da raça/cor branca. A probabilidade de obesidade é 32% maior entre aqueles com união conjugal estável e 33% entre aqueles classificados como padrão alimentar ruim. Entre as mulheres, a probabilidade de obesidade foi maior com o aumento da idade, chegando $\geq 60,0\%$ na faixa etária entre 50 e 59 anos de idade. Ser da raça/cor da pele negra foi um fator de proteção (RP = 0,85). A probabilidade de obesidade é 32,0% maior entre as mulheres com união conjugal estável e 33,0% maior entre mulheres com padrão alimentar ruim. **Conclusão:** A obesidade é crescente na população e o uso dos inquéritos de base populacional são estratégias importantes para o delineamento de políticas para proteção e promoção à saúde.

Palavras-chave: Obesidade, Estilo de vida sedentário, Inquéritos Epidemiológicos, Entrevista por Telefone, Adulto.

ABSTRACT

Objectives: To identify the sociodemographic and behavioral determinants of obesity among Brazilian adults. Methodology: Cross-sectional study, based on secondary data from the Surveillance System of Risk Factors and Protection for Chronic Diseases 2016. Obesity was considered as a dependent variable and sociodemographic and behavioral factors were considered independent. The prevalence of study variables, total and by sex, with a 95% confidence interval was calculated. Prevalence ratios were calculated as gross, adjusted for age and adjusted for all variables of the model, with a significance level of 5% ($p < 0.05$). **Results:** We found 18.9% of obesity in the population, 19.6% in women and 18.1% in men. For men, the probability of obesity was higher after the age of 30, when an increase of approximately 63.0% occurred in relation to the younger ones. Black men were less likely to be obese (PR = 0.85) when compared to race / white. The probability of obesity is 32% higher among those with stable marital union and 33% among those classified as poor food standard. Among women, the probability of obesity was higher with increasing age, reaching $\geq 60.0\%$ in the age group between 50 and 59 years of age. Being of race / black skin color was a protective factor (RP = 0.85). The probability of obesity is 32.0% higher among women with stable marital unions and 33.0% higher among women with poor dietary patterns. **Conclusion:** Obesity is increasing in the population and the use of population-based surveys are important strategies for designing policies for health promotion and protection.

Key-words: Obesity, Sedentary Lifestyle, Epidemiological Surveys, Telephone Interview, Adult.

INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) se configuram como um dos maiores problemas de saúde pública da atualidade, apontados como responsáveis pelas principais causas de morbimortalidade no mundo, com associação tanto ao número precoce de mortes, quanto à perda na qualidade de vida. Dentre as principais DCNT, podemos citar: Diabetes mellitus, obesidade, hipertensão arterial, doenças cardiovasculares e acidente vascular cerebral.^{1,2}

Marcadores como: alimentação não saudável, a inatividade física e o consumo nocivo de álcool e tabaco, são em grande parte fatores responsáveis pela epidemia de sobrepeso e obesidade, elevada prevalência de hipertensão arterial e pelo aumento dos casos de dislipidemias.³ Segundo a Organização Mundial de Saúde, a obesidade atinge mais de 650 milhões de pessoas no mundo e estima-se que no ano de 2025 existirão mais de 700 milhões de casos.^{4,5}

Nas últimas décadas houve uma expansão nas taxas de obesidade no mundo⁴. Em pesquisas realizadas na América Latina e Caribe, apontaram que a prevalência dos casos de obesidade alcançou 23% (140 milhões) da população adulta e as maiores taxas registradas estão nos países do Caribe: Barramas (36,2%), Barbados (31,3%), Trindade Tobago (31,1%) e Antígua e Barbuda (30,9%), seguido por países da América central, como Belize (35%) e México (33%)⁶. Entre os territórios da América do Sul com as maiores prevalências, a Venezuela encontra-se com 31%, seguido por Argentina e Chile, ambos, com 29% de casos.⁶

No Brasil, pesquisas apontam que os casos de obesidade devem continuar a subir, ocorrendo um aumento médio anual de 0,83%, podendo chegar a 24,8% de pessoas adultas obesas até o ano de 2022, entretanto, para que esse crescimento seja detido, será necessário que ocorra uma redução anual de 2% para alcançar as metas estabelecidas pelo Ministério da Saúde.¹⁻⁷

Para que ocorra o monitoramento de diversas doenças crônicas e avaliar o estilo de vida da população e o estado nutricional, os inquéritos populacionais foram medidas implantadas.^{8,1} Sua aplicação possui alta confiabilidade, baixo custo e agilidade, tornando este método bastante atrativo⁹.

O uso de medidas autorreferidas de peso e altura têm sido muito utilizado em estudos^{10,11}, apresentou boa validade para as medidas aferidas tornando um bom método a ser utilizado.¹¹

No Brasil, a Secretaria de Vigilância em Saúde implantou em 2006 o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) um inquérito que se caracteriza por ser um sistema contínuo de monitoramento de fatores de risco e proteção das DCNT, atuando nas 26 capitais dos estados brasileiros e no Distrito Federal, com a participação de pessoas acima de 18 anos de idade.⁸ Tem como objetivo a monitoração dos danos causados pelas DCNT, e o planejamento de ações de promoção e prevenção da saúde¹³.

Segundo Vigitel no ano de 2006, os casos de adultos com obesidade no Brasil foram de 11,8% nas 26 capitais brasileiras e Distrito Federal, entretanto, 10 anos após a primeira edição da pesquisa a prevalência de adultos obesos no Brasil aumentou para 18,9%¹⁰⁻¹⁴ (BRASIL, 2015; 2017). A determinação da obesidade engloba fatores relacionados ao modo de vida contemporânea, em que ocorre uma intervenção de fatores biológicos, comportamentais, sociais, econômicos e sociodemográficos⁸.

Diante do problema de saúde pública exposto, o presente trabalho tem o intuito de identificar os fatores sociodemográficos e comportamentais da obesidade em adultos brasileiros por meio da base de dados do VIGITEL 2016.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo do tipo transversal, realizado a partir dos dados secundários do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças e Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) de 2016, disponível em: <http://svs.aids.gov.br/download/Vigitel/>.

Os procedimentos empregados para amostragem utilizada pelo vigitel destinam-se a adquirir amostras probabilísticas das 26 capitais brasileiras e do Distrito Federal de indivíduos adultos, com 18 ou mais anos de idade, residentes em domicílios que apresentavam ao menos uma linha telefônica fixa.¹⁴

Neste trabalho, a amostra probabilística estudada será de adultos, com idades entre 20 e 59 anos, no qual será feito o delineamento a partir destas faixas etárias. Para este estudo foram excluídos dados referentes às gestantes, pessoas com menos de 20 anos e mais de 59 anos de idade e cor da pele/raça referenciadas como indígena e amarela.

O processo de amostragem é realizado em duas etapas: 1) Através de sorteio com um valor mínimo de 5.000 linhas telefônicas residenciais fixas das maiores empresas telefônicas operantes, por meio do Código de Endereçamento Postal (CEP). Ocorrendo um sorteamento em cada cidade e divididas em réplicas de 200 linhas; 2) Seleciona-se um morador adulto com 18 anos ou mais, residente no domicílio para responder o questionário¹⁴

Em 2016, foram selecionadas 189 mil linhas telefônicas, totalizando 7 mil por cidade distribuídas em 35 réplicas, sofrendo variação de uma localidade para outra e por conta disso apresentou uma média de 23,6 réplicas, variando entre 19 em Belo Horizonte e 30 nas cidade de Macapá e Rio Branco. Foram realizadas 127.200 ligações para linhas fixas, distribuídas em 636 réplicas, caracterizando 77.671 linhas elegíveis. Foi considerado um coeficiente de confiança de 95% e erro máximo de dois pontos percentuais.¹⁴

De um total de 77.671 linhas elegíveis, foram realizadas 53.210 entrevistas apresentando uma taxa de sucesso que variou de 63% em Boa Vista a 72% no Distrito Federal. As entrevistas realizadas pelo VIGITEL tiveram uma variação entre 4 e 59 minutos, apresentando uma média de 11 minutos por entrevista realizada.¹⁴

Variáveis estudadas

Neste estudo, considerou-se como características sociodemográficas as variáveis sexo, idade, nível de escolaridade, cor da pele, estado civil, número de linhas telefônicas, número de adultos e o total de pessoas no domicílio. Já em relação às variáveis comportamentais definiu-se: padrão alimentar, hábito de assistir televisão por mais que 3 horas, atividade física no

lazer, consumo abusivo na ingestão de bebidas alcoólicas e hábito de fumar e como variáveis antropométricas: altura e peso atual, ambas informações autorreferidas.

Considerou-se obesidade quando o índice de massa corporal, IMC, foi $\geq 30 \text{ Kg/m}^2$, sendo esta a única variável dependente do estudo, enquanto que as variáveis comportamentais e sociodemográficas foram as variáveis explanatórias.

As regiões do Brasil também foram categorizadas no estudo. Entre as regiões categorizadas no estudo, encontram-se todas as cinco existentes no Brasil: Norte, Nordeste, Centro Oeste, Sudeste e Sul.

Variáveis sociodemográficas

A variável idade foi definida ao longo de quatro faixas etárias: 20- 29, 30- 39, 40- 49, 50- 59 anos de idade. O quesito escolaridade foi definido em quatros níveis: 0 a 4, 5 a 8, 9 a 11 e 12 ou mais anos de estudo por conta de apresentar uma melhor distribuição na população nas categorias após ser utilizado o fator de ponderação pós estratificação ao comparar uma distribuição com apenas três categorias.

A raça/cor da pele foi composta por duas categorias (branca e negra). O estado civil teve caracterização em união estável (casados legalmente ou não) e não estável (solteiros, viúvos, separados e divorciados)

As regiões de moradia categorizadas no estudo foram: Norte, Nordeste, Centro oeste, Sudeste e Sul

Variáveis comportamentais

O padrão alimentar foi categorizado como Bom, Regular e Ruim. Como critério utilizou-se quatro variáveis: o consumo de frutas e hortaliças ser \geq cinco porções diárias, de acordo com a OMS (2003), na qual preconiza o consumo de frutas e hortaliças para a população em 400 gramas ou cinco porções diárias. O consumo de feijão, é determinado em cinco ou mais dias na semana, o hábito no consumo de refrigerantes (≥ 5 dias na semana) e o hábito no consumo de carne vermelha/frango com gordura aparente. Para cada variável, soma-se 1 ponto, no qual o indivíduo considerado com padrão alimentar bom, necessitava apresentar entre 4 e 3 pontos, regular 2 e 1 e ruim ≤ 1 .

Com relação à prática de atividade física, foram considerados como indicador de indivíduo fisicamente ativo, aqueles que praticavam atividade física no lazer. Como critério

foi incluso quem prática pelo menos 150 minutos semanais caracterizadas como leve ou moderada ou pelo menos 75 minutos de atividade física vigorosa. De acordo com OMS (2010), essas recomendações definem como prática saudável. Já os indivíduos classificados como suficientemente inativos são os que não praticaram nenhuma AF nos últimos 3 meses.

O hábito de assistir televisão por \geq três horas por dia em pelo menos cinco dias na semana, foi considerado como comportamento sedentário.

O consumo abusivo de bebidas alcoólicas também foi caracterizado como sim ou não, sendo atribuído presente ao consumo referente nos últimos 30 dias em uma mesma ocasião, em mais de cinco doses de bebida alcoólica para os homens e acima de quatro para as mulheres.

A classificação sobre o hábito de fumar foi dividido em três categorias: nunca fumante, fumante e ex- fumante..

Análise estatística

O Vigitel apresentou mudanças em sua metodologia, no ano de 2012. Cada indivíduo presente na amostra foi calculado pelo método *rake*, medindo a distribuição de frequência anualmente das variáveis (faixa etária, sexo e escolaridade), passando a ocorrer uma construção dos pesos de pós-estratificação de célula para este modelo de método.¹⁴

O método *rake* trabalha uma variável de cada vez, igualando o processo de distribuição do total da variável na amostra. Passam a ocorrer comparações entre estimativas da distribuição de cada variável sociodemográfica como: sexo feminino e masculino, faixa etária da população para este estudo e nível de instrução com a população total da cidade, sendo que para cada capital analisada no sistema Vigitel, foram apresentadas estimativas anuais dos indivíduos entrevistados de acordo com a classificação de sua faixa etária (quatro categorias) e também pelo nível de instrução (quatro categorias). Para a construção dos pesos, o processo passa por um processo de repetição para cada variável, ocorrendo uma distribuição igualitária nas amostras para a população destas variáveis utilizadas.¹⁴

Assim, todas as estimativas apresentadas foram calculadas com os pesos pós-estratificação. Inicialmente, calculou-se a distribuição da população segundo as variáveis estudadas (total e por sexo) com intervalo de confiança (IC) de 95%. A prevalência de obesidade foi calculada segundo as características sociodemográficas e comportamentais, separadamente para cada sexo. Posteriormente foram calculadas para todas as variáveis do

estudo as razões de prevalência, brutas e ajustadas, de excesso de obesidade por regressão log-linear de Poisson considerando-se IC95% e $p < 0,05$.

Para a análise das razões de prevalência considerou-se como referência os fatores de proteção para a obesidade, isto é: menor faixa etária (20 a 29 anos), menor escolaridade, apesar da associação entre escolaridade (0 a 4 anos de estudo), cor branca, união conjugal não estável, região sudeste (maior Produto Interno Bruto Brasileiro), padrão alimentar bom, ativo no tempo livre, não hábito de assistir televisão, não consumo abusivo de bebidas alcoólicas e nunca fumante. Inicialmente, foram calculadas as razões de prevalência brutas, depois ajustadas para a idade e por último, ajustada por todas as variáveis a fim de reduzir o viés de confundimento próprio de estudos transversais como este. As análises dos dados foram realizadas com auxílio do aplicativo Stata, versão 14.0 (Stata Corp., College Station, Estados Unidos), utilizando-se comandos *survey* que levam em conta o caráter complexo da amostra.

Resultados

Em 2016 a distribuição da população adulta de acordo com os dados sociodemográficos, comportamentais e antropométricos, como mostra a tabela 1, ocorreu da seguinte forma: maior frequência entre o sexo feminino (52,9%), a maior prevalência de idade foi entre 30 a 39 anos (28,6%), o tempo de estudo foi entre 11 ou mais anos (37,6%), cor da pele negra (53,8%), união não estável (51,6%) e a região de moradia foi a sudeste (43,8%). No que se refere às variáveis comportamentais pôde-se observar que a maioria dos entrevistados foi classificado com padrão alimentar regular (75,4%), entretanto ao comparar entre os sexos, observou-se que a prevalência de padrão alimentar ruim foi maior entre as mulheres (20,0%) do que entre os homens (12,9%). Cerca de 79,3% dos indivíduos não foram considerados fisicamente ativos no lazer e 24,2% dispõem ≥ 3 horas em frente a TV. O consumo abusivo de bebida alcoólica foi referido por 22,1% dos entrevistados e o sexo masculino apresentou mais que o dobro do consumo (30,5%) em comparação ao feminino (14,6%). Aproximadamente 10,7% da população referiu ser fumante atual, sendo mais frequente entre os homens (13,4%) do que entre as mulheres (8,3%). As frequências de obesidade não apresentaram diferenças estatísticas entre ambos os sexos e 18,9% da população foram considerados obesos.

Na tabela 2 observou-se que a prevalência de obesidade entre os homens foi menor entre os mais jovens (12,6%) quando comparados aos com mais idade e maior entre aqueles que referiram ter união conjugal estável (22,6%). Não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes para escolaridade, raça/cor da pele, região de moradia, padrão alimentar, ativo fisicamente no tempo livre, hábito de assistir televisão, consumo abusivo de bebidas alcoólicas e hábito de fumar. As razões de prevalência (RP) brutas mostraram associação entre obesidade e menor idade, raça/cor da pele, união conjugal estável, padrão alimentar e fisicamente ativo no lazer. Após ajuste para idade, a raça/cor e a atividade física no tempo livre perderam a associação; a escolaridade tornou significativo; e a idade, estado civil e padrão alimentar mantiveram a associação com a obesidade em homens. Após o ajuste para todas as variáveis, permanecem no modelo: idade, raça/cor da pele, união conjugal, região de moradia e padrão alimentar. Não residir na região sudeste do país foi apontado como um fator de risco para a obesidade em comparação as demais regiões do país.

Para as mulheres, a prevalência de obesidade foi maior conforme o aumento da idade, atingindo aproximadamente 43% daquelas com 40 ou mais anos de idade; entre aquelas com menos anos de estudo (0 a 11 anos de estudo); entre as que se declararam como negras, as que referiram dispendir 3 ou mais horas diárias em frente à televisão (22,7%) e entre as ex-fumantes (23,4%). Não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes para região de moradia, padrão alimentar, atividade física no tempo livre e consumo abusivo de bebidas alcoólicas. As razões de prevalência (RP) bruta mostraram associação entre obesidade e maior idade, menor escolaridade, raça/cor negra, união conjugal estável, não ser fisicamente ativo no lazer e hábito de assistir televisão. Após ajuste para a idade a raça/cor da pele perdeu a significância. O ajuste para todas as demais variáveis, manteve no modelo a idade, a raça/cor da pele, a união conjugal estável e o padrão alimentar. A probabilidade de obesidade é maior com a maior idade, chegando a mais de 60,0% na faixa etária entre 50 e 59 anos de idade em relação às mais jovens. A raça/cor da pele negra é um fator de proteção (RP= 0,85) quando comparadas às mulheres brancas; a probabilidade de obesidade é 32,0% maior entre as mulheres com união conjugal estável e 33,0% maior entre mulheres com padrão alimentar ruim (Tabela 3).

Discussão

A prevalência de obesidade atinge 18,9%, passando a ocorrer em tendência crescente entre a população brasileira, conforme o último levantamento do Vigitel em que a obesidade cresceu 60% em 10 anos.¹⁴ Um estudo realizado em 2014 indicou que ocorreu um aumento de 11,6% para 17,4% entre os anos de 2006 e 2012 no Brasil e para que ocorra uma declínio neste cenário, é esperado que haja uma redução anual entre 0,13% a 0,19%.¹⁸⁻⁷ Neste estudo não foi encontrado diferencial estatisticamente significativo da obesidade para ambos os sexos, corroborando com uma pesquisa realizada com os dados do Vigitel entre 2006 e 2013 em que a frequência de adultos obesos apresentou-se de maneira igualitária (17,5%).¹⁹ Diversas pesquisas atestam o uso de medidas autorreferidas^{10,11-18}, apresentando validade nestes dados representados.

A obesidade foi superior com o aumento da idade em homens com idade entre 40 e 49 anos e mulheres acima de 40 anos, atingindo um aumento de 43% ao comparar com as mais jovens. Em uma pesquisa realizada em 2015 também foi atestado que a obesidade era encontrada entre a faixa etária de 40 a 59 anos, em ambos os sexos, sendo significativamente maiores que entre os indivíduos mais jovens.²⁰ Em acordo com estes achados, dados da Pesquisa Dimensões Sociais das Desigualdades (PDSD) realizada em 2008, do mesmo modo revelou que no sexo masculino com o aumento da idade, a obesidade é igualmente relacionada com o aumento dos casos, atingindo em volta de 16,9% (40 e 49 anos) e 27,4% (acima de 50 anos) no sexo feminino.²¹ Ao comparar a idade com a razão de prevalência de obesidade, em homens e mulheres, mesmo após os ajustes realizados em todas as variáveis, verificou-se associação da idade com a obesidade, apresentando um menor índice (12,6%) para homens mais jovens com até 67% de diferença entre as faixas etárias. Em mulheres, a mesma associação com a frequência de obesidade foi notada, tornando crescente com a idade. Estes resultados tornam-se consistentes, pois deduzem que a obesidade aumenta significativamente em todas as faixas etárias entre adultos. Com isso, a prevalência de obesidade pode ser relacionada com o aumento da idade.

A prevalência de obesidade foi menor (12,3%) em mulheres com 12 ou mais anos de escolaridade. Em um estudo do tipo retrospectivo que analisaram dados de 11.961 mulheres adultas, obteve como resultado uma menor prevalência de obesidade em quem possuíam maior escolaridade (>11 anos).²² Além disso, outro dado apontou que a prevalência de

obesidade é 1,85 vezes maior em mulheres que residiam em bairros com menor escolaridade em comparação às residentes em áreas de maior nível educacional. Já entre os homens, após os ajustes para idade, a escolaridade passou a tornar-se significativa. Entretanto, com os ajustes realizados para todas as variáveis perdeu sua significância, com isso não ocorrendo o encontro de dados estatisticamente significantes entre este público.²³

A relação entre união estável e obesidade também foi encontrada, relacionando-se da mesma forma após os ajustes para todas as variáveis tanto para homens, quanto em mulheres (RP= 1,32 em ambos). Com isso, a probabilidade de serem classificados como indivíduos obesos é de 32% em ambos os sexos, entre quem tinha união estável, portanto, torna mais um possível fator de risco, conforme esta pesquisa. Sob o mesmo ponto de vista, em 2014, Costa et al. associou o estado civil de pessoas em união estável, às maiores taxas de prevalência de obesidade e de uma maior média de perímetro abdominal.²⁴ Em outro estudo realizado com 699 adultos de Minas Gerais, as chances de pessoas vivendo em união estável apresentarem obesidade é 2,48 vezes maior em comparação a quem não possuía.²⁵ O mesmo demonstrou uma pesquisa de modelo transversal, realizado com mulheres residentes na região semiárida do Brasil, que o risco de obesidade aumentou em 36% em comparação às mulheres que não possuíam união estável, pois essa condição pareceu ser um efeito protetor contra o risco de obesidade, sendo provável por haver uma maior preocupação com a autoimagem corporal e com a vida social mais ativa.²⁶

A raça/cor da pele demonstrou características semelhantes neste estudo. Entre homens e mulheres, a cor negra, apresentou-se como fator de proteção (RP= 0,85) contra a obesidade em comparação a indivíduos de cor branca. Em um estudo do tipo coorte realizado em Pelotas o risco de obesidade foi maior em mulheres de cor negra (RI= 1,54).²⁷

A região sudeste apresentou-se como um possível fator protetor para obesidade, entretanto, em um estudo recente, foi detectado que entre os anos de 2006 a 2013 a prevalência de obesidade aumentou significativamente em todas as regiões estudadas, mostrando que ao longo do período, ocorreu uma variação anual entre 4,27 % e 6,40%. Porém, chama-se atenção para o dado de que o sudeste foi, ao longo dos anos, a região em que sofreu a maior tendência em comparação ao resto do Brasil.¹⁹.

O padrão alimentar da população pode constituir um importante meio para análise de fatores de risco e proteção para a obesidade, possibilitando ações de planejamento prevenção.¹¹⁻²⁸ A variável padrão alimentar ruim, teve associação com a obesidade em ambos os sexos. A probabilidade de homens e mulheres serem obesos é de 33% entre os que

possuem padrão alimentar considerado ruim. Destaca-se na pesquisa que as mulheres apresentaram um aumento de 20% a mais que os homens em ter este tipo de padrão. Como argumentos para este comportamento encontrado entre mulheres, possíveis causas podem ser explicadas como o encontrado por uma pesquisa que analisou as mudanças nas práticas alimentares no sexo feminino, revelando que as novas formas da inserção no mercado de trabalho, em associação com a dupla ou tripla jornada que as mulheres são submetidas, a redução do tempo gasto com preparo das refeições e a praticidade encontrada em alimentos ultraprocessados, foram os resultados associados com o aumento da obesidade neste grupo.²⁹

A frequência de mulheres com obesidade que relataram possuir o hábito de assistir televisão por ≥ 3 horas foi de 22,7%, apresentando a maior prevalência entre os indivíduos estudados. De acordo com a literatura, o hábito de assistir televisão está ligado com maior prevalência entre o sexo feminino.³⁰ Esta atividade distrativa é ligada com o comportamento sedentário, apresentando associação com o ganho de peso na população por ocorrer o estímulo de alimentos de alta densidade calórica e a perda da noção de saciedade.³¹ Este achado pode ser visto em estudo de Maia e colaboradores (2016) em que a maioria dos entrevistados que relataram assistir televisão, apresentam a menor frequência de indicadores de consumo alimentar saudável consumo de alimentos e aumento não saudáveis em comparação com quem não tinha este hábito.³²

Os achados deste estudo apontam que as mulheres são menos fisicamente ativas no lazer (82,9%) em comparação aos homens (75,2%) e de acordo com o Vigitel 2017, os homens foram classificados como mais ativos fisicamente no lazer (55,8%) em relação a população estudada.¹⁴ Este dado é semelhante ao encontrado em diversos estudos nacionais²⁰⁻³¹. Além do mais, a prevalência de obesidade foi ligada com o baixo nível de atividade física em ambos os sexos, corroborando com outro estudo em que a obesidade foi desfecho em sua pesquisa em associação com baixo nível de atividade física realizada pelos participantes.²⁴ Políticas de promoção à saúde como o programa academia da saúde, lançado em 2011 para a promoção ao cuidado é uma importante medida de prevenção e promoção da saúde. Um aumento no nível de atividade física, representaria uma melhora na saúde da população por apresentar um papel protetor na incidência das DCNT.³³

Em relação ao hábito de fumar, a maior prevalência de obesidade foi encontrada em homens e mulheres ex-fumantes (21,8% e 23,4%, respectivamente). Essa associação foi observada em outros estudos em que indivíduos fumantes obtiveram um menor índice no IMC e os ex-fumantes apresentaram IMC maior em relação aos que nunca fumaram, mostrando

que os participantes fumantes tendem a ter um menor IMC em comparação aos que nunca fumaram.^{34,35} O Brasil estabeleceu metas anuais para redução média na prevalência de fumantes em 3,4% até 2022, alcançando uma prevalência de 10% de fumantes.¹ Já notasse uma queda, pois em 2010 o percentual de fumantes foi de 14,8% e em 2016 de 10,2%.³⁶⁻¹⁴ Este cenário decorre dos resultados das estratégias nacionais de controle ao tabaco, implementadas entre os anos de 1986 e 2008, com queda de 48% fumantes no País, a instauração do ambiente livre do fumo, as publicidades e anúncios serem vetados e o aumento tarifário nos impostos.^{37,38} Uma redução nas taxas de doenças que apresentam forte ligação com o tabagismo, como as cardiovasculares (31%) e respiratórias (38%), podem ser atribuídos a redução da prevalência de tabagismo no Brasil.³⁸

O consumo abusivo de álcool apresentou uma alta prevalência com o registro de um pequeno aumento na população (22,1%), ao ser comparado com dados em que foi observado uma tendência estacionária entre os anos de 2006 a 2013, em um trabalho realizado com dados secundários do Vigitel.³⁹ Neste estudo, a maior prevalência foi verificada entre os homens (30,5%), cerca de duas vezes maior que observado em mulheres. Esta prática também é constatada em outros estudos¹⁴⁻⁴⁰ Na pesquisa também se concluiu que a as chances para a prevalência de obesidade é 13% maior em quem consome bebidas alcoólicas. Este dado foi verificado para ambos os sexos. De acordo com os dados da pesquisa, Domingos e colaboradores também concluíram em seu estudo que o consumo de bebida alcoólica estava associado diretamente aos casos de obesidade na população adulta estuda.⁴¹ O ministério da saúde tem adotado medidas para estimular ações interdisciplinares e intersetoriais diante da gravidade que o consumo nocivo de álcool representa como: elevação dos custos em decorrências das perdas produtivas, problemas de saúde, entre outros.^{42,43}

As possíveis limitações encontradas no desenvolvimento desta pesquisa são na representatividade da amostra que ocorrem apenas em indivíduos residentes nas capitais brasileiras e Distrito Federal, a quem possui ao menos uma linha telefônica fixa, este estudo ser do tipo transversal não viabilizando a mensuração de causa-efeito e o uso de medidas autorreferidas levando a subestimação dos dados, entretanto, o uso dessas medidas apresentam uma boa validação, representado em diversos estudos, tornando um bom método a ser utilizado.¹⁰⁻¹⁹⁻¹² Os fatores de ponderação presentes no Vigitel são ajustados e corrigidos, agregando todos os indivíduos, com ou sem telefone fixo, para que seja estimada a prevalência através do modelo de pós estratificação.

Chama-se ainda atenção para a alta prevalência de obesidade, porém medidas vêm sendo adotadas a nível intersetorial, conforme citadas ao longo do estudo, para que sua redução ocorra, em acordo com a meta presente no Plano Nacional para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil, 2011-2022.¹ Avanços regulatórios também são necessários, principalmente no setor alimentício, tomando como exemplo a política adotada contra o tabagismo, que representa um grande sucesso alcançado no país, através de medidas regulatórias impostas à indústria.

É necessário enfatizar para que ocorra o enfrentamento da obesidade no Brasil, o envolvimento da sociedade civil, universidades, Conselhos de saúde, Organizações não governamentais (ONGS), profissionais da área saúde, principalmente os atuantes no Serviço Único de Saúde (SUS), estejam presentes e envolvidos. Além disso, o uso de inquéritos populacionais, como o VIGITEL, representa resultados confiáveis, de baixo custo e rápidos. São ferramentas importantes e indiscutivelmente valiosas para o delineamento de políticas de saúde para o enfrentamento de comorbidades, servindo como instrumento de auxílio na prevenção e promoção da saúde da população.

Contribuição dos Autores

Conceição CN, Sá, NNB, Marques CRS. Contribuíram de maneira igualitária em todas as etapas na elaboração do artigo.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde, 2011
2. World Health Organization. Diet, Nutrition, and the Prevention of Chronic Diseases. Report of a WHO Study Group. [Internet] Geneva: World Health Organization; 2003 [citad 25 jun 2017]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42665/1/WHO_TRS_916.pdf
3. Malta DC, Cezário AC, Moura L, Morais NOL, Silva, JB. A Construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do sistema único de saúde. *Epidemiol Serv Saude*, 2006 set;15 (3);47-64.
4. Caballero B. The global epidemic of obesity: an overview. *Rev Bras Epidemiol* . 2007 jun; 3(29), 1-5.
5. World Health Organization. Obesity and Overweight [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2016.
6. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura; Organización Panamericana de la Salud. Sobrepeso afeta quase metade da população de todos os países da América latina e Caribe. 2017 Disponível em: <http://www.fao.org/americas/noticias/ver/pt/c/463397/>
7. Bernal RTI, Malta DC, Iser BPM, Monteiro RA. Método de projeção de indicadores de metas do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento de Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil segundo capitais dos estados e Distrito Federal. *Epidemiol Serv Saude* [internet]. 2016 set [citado 2017 dez 15]; 25(3);455-66, Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2237-96222016000300455&script=sci_abstract&tlng=pt
8. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Vigilância Brasil 2006: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico* / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde,

Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

9. Peixoto MRG. et al. Monitoramento por entrevistas telefônicas de fatores de risco de doenças crônicas: Experiência de Goiania, Goiás, Brasil. *Cad Saúde Pública*, 2008 jun; 24(6), 1323-1333.

10. Conde WL, Oliveira DR, Borges CA, Baraldi LG. Consistência entre medidas antropométricas em inquéritos nacionais. *Rev saúde publica* [internet], 2013 [citado 2018 jan 01]; 47(1):69-76. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102013000100010&lng=en.

11. Sperandio N, Priore SL. Inquéritos antropométricos e alimentares na população brasileira: importante fonte de dados para o desenvolvimento de pesquisas. *Ciênc. saúde coletiva* [internet] 2017 jan, [citado 2017 ago25]; 22(2), 499-508. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017222.07292016>.

12. Carvalho A.M; Piovezan LG; Selem SSC; Fisberg RM; Marchione DML. Validação e calibração de medidas de peso e altura autorreferidas por indivíduos da cidade de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol*, 2014 jul-set; 26 (2), 735-746.

13. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Vigitel Brasil 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico* / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

14. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico* / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

15. Bernal, RTI, Iser BPM, Malta DC, Claro BPM. Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel): mudança na metodologia de ponderação. *Epidemiol. Serv Saude* [internet]. 2017 Dez [citado 2017 dez 28]; 26(4):701-712. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222017000400701&lng=pt&nrm=iso
16. World Health Organization (WHO). Diet, Nutrition, and the Prevention of Chronic Diseases. Report of a WHO Study Group. Report FAO/WHO Expert Consultation. WHO technical report series. Geneva, 2003. [citado 2017 abr 16]. Disponível em: http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_797/en/
17. World Health Organization (WHO). Global recommendations on physical for health. Geneva, 2010. [citado 2017 16 abr]. Disponível em: http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_adults/en/
18. Malta DC; Andrade SC; Claro RM; Bernal RTI; Monteiro CA. Evolução anual da prevalência de excesso de peso e obesidade em adultos nas capitais dos 26 estados brasileiros e Distrito Federal entre 2006 e 2012. *Rev Bras Epidemiol*. 2014;17(1); 267-276.
19. Malta DC, Santos MAS, Andrade SSCA, Oliveira TP, Stopa SR, Oliveira MM . Tendência temporal dos indicadores de excesso de peso em adultos nas capitais brasileiras, 2006-2013. *Ciênc. saude coletiva* [Internet]. 2016 Abr [citado 2017 set 28]; 21(4):1061-1069. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000401061&lng=en.
20. Francisco PMSB, Segri NJ, Barros MBA, Malta DC. Desigualdades sociodemográficas nos fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis: inquérito telefônico em Campinas, São Paulo. *Epidemiol. Serv. Saude*. 2015 jan-mar;21(1): 7-18.
21. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Centro para o Estudo da Riqueza e da Estratificação Social. Pesquisa Dimensões Sociais das Desigualdades (PDSO). Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://ceres.iesp.uerj.br/desigualdad>

22. Ferreira ARB, Benicio MHA. Obesidade em mulheres brasileiras: associação com paridade e nível socioeconômico. *Rev Panam Salud Publica*. 2015 fev;37(4): 337-342.
23. Boing, AF, Subramanian, SV. The influence of area-level education on body mass index, waist circumference and obesity according to gender. *Internacional. Journal of Public Health*. 2015;60(2): 727-732.
24. Costa MAP, Vasconcelos AGG, Fonseca MJM. Prevalência de obesidade, excesso de peso e obesidade abdominal e associação com prática de atividade física em uma Universidade Federal. *Rev. bras. epidemiol.* [Internet]. 2014 Jun [citado 2017 nov 27];17(2):421-436. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2014000200421&lng=pt.
25. Souza, TT. Excesso de peso e obesidade em trabalhadores terceirizados do setor de reflorestamento: prevalência e fatores associados. [Dissertação], Ouro Preto (MG): Universidade Federal de Ouro Preto; 2014.
26. Correia LL, Silveira Dirlene MI, Silva AC, Campos JS, Machado MMT, Rocha HAL et al. Prevalência e determinantes de obesidade e sobrepeso em mulheres em idade reprodutiva residentes na região semiárida do Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2011 Jan[citado 2017 set 25]; 16(1):133-145. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000100017&lng=en.
27. Lima, NP. et al. Evolução do excesso de peso e obesidade até a idade adulta , Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 1982-2012. *Cad. Saúde Pública*. 2015 set;31(9);2017-2025.
28. Claro RM, Santos MAS, Oliveira TP, Pereira CA, Szwarcwald CL, Malta DC. Consumo de alimentos não saudáveis relacionados a doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2015 jun[citado 2017 mai 25]; 24(2):257-265. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222015000200257&lng=en.

29. Oliveira TC, Czeresnia D, Vargas EP, Barros DC. Concepções sobre práticas alimentares em mulheres de camadas populares no Rio de Janeiro, RJ, Brasil: transformações e ressignificações. *Interface (Botucatu)* [Internet]. Out 2017 [citado 2018 Jan 2]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017005021103&lng=en.
30. Malta DC. et al. Estilo de vida da população brasileira: resultado da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Epidemiol. Serv. Saude*. 2015 jun;24(2): 217-226.
31. Mielke GI, Hallal PC, Rodrigues GBA, Szwarcwald CL, Santos FV, Malta DC. Prática de atividade física e hábito de assistir à televisão entre adultos no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Epidemiol. Serv. Saude* [Internet]. 2015 Jun [citado 2017 mai 10]; 24(2):277-286. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222015000200277&lng=en.
32. Maia EG, Gomes FMD, Alves MHHYR, Claro RM. Hábito de assistir à televisão e sua relação com a alimentação: resultados do período de 2006 a 2014 em capitais brasileiras. *Cad. Saude Publica*. 2016 set;32(9): e00104515.
31. Florindo, AA. Atividade física e doenças crônicas. In: Florindo AA, Hallal PC. *Epidemiologia da atividade física*. São Paulo: Atheneu; 2011. p. 159-82
34. Temponi HR. Avaliação de associação entre tabagismo e índice de massa corporal segundo níveis de escolaridade. [Dissertação]; Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 2013.
35. Pisinger C, Toft U, Jørgensen, T. Can lifestyle factors explain why body mass index and waist-to-hip ratio increase with increasing tobacco consumption? *The Inter99 study*. *Public Health*, 2009 out, 123 (5);110-115.
36. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Vigilante Brasil 2010: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico* / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde,

Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

37. BRASIL. Lei nº 11.705, de 19 de junho de 2008 Altera a Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997, que ‘institui o Código de Trânsito Brasileiro’, e a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal, para inibir o consumo de bebida alcoólica por condutor de veículo automotor, e dá outras providências. Diário Oficial da Republica federativa do Brasil, Brasília (DF), 2008 jun 19; seção1:1

38. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Política nacional de controle do tabaco: Relatório de Gestão e Progresso 2011-2012. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; 2014.

39. Munhoz TN, Santos IS, Nunes BP, Mola CL, Silva ICM, Matijasevich A. Tendências de consumo abusivo de álcool nas capitais brasileiras entre os anos de 2006 a 2013: análise das informações do VIGITEL. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2017. [citado 2017 dez 12];33(7):e00104516. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000705011&lng=en.

40. Garcia LP, Freitas LRS. Consumo abusivo de álcool no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Epidemiol. Serv. Saúde. 2015 Junho;24(2): 227-237.

41. Domingos JBC. et al. Consumo de álcool, sobrepeso e obesidade entre caminhoneiros. Rev. Enferm. UERJ, 2010, 18 (3), 377-382.

42. Malta DC, Oliveira TP, Santos MAS, Andrade SSC, Silva MMA. Avanços do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil, 2011-2015. Epidemiol Serv Saude [Internet]. 2016 junho [citado 2018 jan 2]; 25(2):373-39. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222016000200373&lng=en.

43. Malta DC, Berna RTI, Silva MMA, Claro RM, Silva JJB, Reis AAC. Consumo de bebidas alcoólicas e direção de veículos, balanço da lei seca, Brasil 2007 a 2013. Rev. Saude Publica. 2014 ago;48(4):692-966

TABELA 1- Distribuição¹ (%) da população adulta segundo características sociodemográficas, comportamentais e antropométricas, total e por sexo. Vigitel, Brasil, 2017.

Variáveis	Total		Masculino (47,1)		Feminino (57,9%)	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
Idade (anos)						
20 - 29	28,1	(27,0 - 29,1)	31,6	(30,0 - 33,3)	24,9	(23,6 - 26,2)
30 - 39	28,6	(27,6 - 29,6)	28,2	(26,6 - 29,8)	29,0	(27,7 - 30,3)
40 - 49	23,1	(22,2 - 24,0)	22,3	(20,9 - 23,7)	23,7	(22,6 - 24,9)
50 - 59	20,3	(19,5 - 21,1)	17,9	(16,8 - 19,1)	22,4	(21,4 - 23,5)
Escolaridade (anos de						
0 a 4	8,0	(7,4 - 8,7)	8,1	(7,1 - 9,3)	8,0	(7,1 - 8,9)
5 a 8	18,2	(17,3 - 19,2)	20,0	(18,4 - 21,6)	16,6	(15,5 - 17,8)
9 a 11	37,6	(36,6 - 38,6)	38,0	(36,4 - 39,6)	37,2	(35,9 - 38,6)
12 e mais	36,2	(35,1 - 37,2)	33,9	(32,4 - 35,5)	38,2	(36,8 - 39,5)
Raça / Cor da Pele						
Branca	46,2	(45,1 - 47,3)	45,1	(43,4 - 46,8)	47,2	(45,8 - 48,7)
Negra	53,8	(52,7 - 54,9)	54,9	(53,2 - 56,6)	52,8	(51,3 - 54,2)
Estado civil						
Solteiros	51,6	(50,5 - 52,7)	50,9	(49,2 - 52,7)	52,1	(50,7 - 53,5)
União conjugal Estável	48,4	(47,3 - 49,5)	49,1	(47,3 - 50,8)	47,9	(46,5 - 49,3)
Região de Moradia						
Sudeste	43,8	(42,7 - 45,0)	44,0	(42,2 - 45,8)	43,7	(42,2 - 45,2)
Sul	7,7	(7,4 - 8,2)	7,8	(7,2 - 8,4)	7,7	(7,2 - 8,3)
Nordeste	25,9	(25,1 - 26,6)	25,3	(24,1 - 26,5)	26,4	(25,4 - 27,4)
Centro-Oeste	11,9	(11,3 - 12,5)	11,9	(11,0 - 12,9)	11,8	(11,1 - 12,6)
Norte	10,7	(10,3 - 11,1)	11,1	(10,4 - 11,8)	10,3	(9,8 - 10,9)
Padrão Alimentar						
Bom	7,9	(7,3 - 8,5)	8,8	(7,8 - 9,8)	7,1	(6,5 - 7,9)
Regular	75,4	(74,5 - 76,3)	78,3	(77,0 - 79,7)	72,8	(71,6 - 74,0)
Ruim	16,7	(15,9 - 17,4)	12,9	(11,9 - 14,0)	20,0	(19,0 - 21,1)
Ativo no lazer						
Sim	20,7	(19,8 - 21,6)	24,8	(23,3 - 26,3)	17,1	(16,1 - 18,2)
Não	79,3	(78,4 - 80,2)	75,2	(73,7 - 76,7)	82,9	(81,8 - 83,9)
Dispendem ≥3 horas						
Não	75,8	(74,9 - 76,8)	75,7	(74,2 - 77,2)	75,9	(74,7 - 77,1)
Sim	24,2	(23,2 - 25,1)	24,3	(22,8 - 25,8)	24,1	(22,9 - 25,3)
Consumo abusivo de						
Não	77,9	(77,0 - 78,8)	69,5	(67,9 - 71,0)	85,4	(84,4 - 86,4)
Sim	22,1	(21,2 - 23,0)	30,5	(29,0 - 32,1)	14,6	(13,6 - 15,6)
Hábito de Fumar						
Nunca fumante	70,9	(69,9 - 71,9)	65,1	(63,5 - 66,8)	76,0	(74,8 - 77,2)
Ex-fumante	18,4	(17,6 - 19,3)	21,4	(20,1 - 22,8)	15,7	(14,7 - 16,7)
Fumante atual	10,7	(10,0 - 11,5)	13,4	(12,2 - 14,8)	8,3	(7,4 - 9,2)
Obesidade						
Não	81,1	(80,2 - 81,9)	81,1	(79,8 - 82,3)	81,0	(79,9 - 82,1)
Sim	18,9	(18,1 - 19,8)	18,9	(17,7 - 20,2)	19,0	(17,9 - 20,1)

¹Percentual ponderado para ajustar a distribuição sociodemográfica da amostra VIGITEL à distribuição da população adulta de cada cidade no Censo Demográfico de 2010 e para levar em conta o peso populacional de cada cidade.

TABELA 2-Prevalência (%) e razões de prevalência (RP) de obesidade em homens segundo características sociodemográficas e comportamentais, VIGITEL, Brasil, 2017.

Variáveis	Prevalência		RP Bruta		RP Ajustada para Idade		RP Ajustada para todas	
	%	IC95%	IC 95%	<i>p</i>	IC 95%	<i>p</i>	IC 95%	<i>p</i>
Idade (anos)				0,000		0,000		0,000
20 - 29	12,6	(10,7 - 14,8)	1,00		1,00		1,00	
30 - 39	20,6	(18,2 - 23,3)	1,64	(1,33 - 2,02)	1,64	(1,33 - 2,02)	1,63	(1,30 - 2,05)
40 - 49	23,6	(20,9 - 26,5)	1,87	(1,52 - 2,29)	1,87	(1,52 - 2,29)	1,67	(1,31 - 2,14)
50 - 59	21,5	(19,0 - 24,3)	1,71	(1,39 - 2,10)	1,71	(1,39 - 2,10)	1,62	(1,26 - 2,09)
Escolaridade (anos de estudo)				0,233		0,000		0,457
0 a 4	17,0	(13,5 - 21,2)	1,00		1,00		1,00	
5 a 8	22,5	(19,0 - 26,4)	1,32	(1,00 - 1,75)	1,43	(1,09 - 1,89)	1,32	(0,99 - 1,76)
9 a 11	18,2	(16,4 - 20,2)	1,07	(0,84 - 1,38)	1,28	(1,00 - 1,65)	1,22	(0,94 - 1,58)
12 e mais	18,0	(16,1 - 20,1)	1,06	(0,82 - 1,36)	1,29	(1,00 - 1,66)	1,24	(0,95 - 1,63)
Raça / Cor da Pele				0,021		0,053		0,024
Branca	20,1	(18,1 - 22,2)	1,00		1,00		1,00	
Negra	17,0	(15,6 - 18,7)	0,85	(0,74 - 0,98)	0,87	(0,76 - 1,00)	0,85	(0,73 - 0,98)
Estado Civil				0,000		0,013		0,000
Solteiro	15,3	(13,7 - 17,0)	1,00		1,00		1,00	
União conjugal estável	22,6	(20,7 - 24,5)	1,48	(1,29 - 1,70)	1,23	(1,04 - 1,45)	1,32	(1,12 - 1,55)
Região de Moradia				0,058		0,035		0,007
Sudeste	17,5	(15,2 - 20,1)	1,00		1,00		1,00	
Sul	20,2	(17,2 - 23,6)	1,15	(0,93 - 1,42)	1,17	(0,94 - 1,44)	1,14	(0,91 - 1,42)
Nordeste	19,4	(17,8 - 21,2)	1,11	(0,94 - 1,31)	1,13	(0,96 - 1,33)	1,20	(1,01 - 1,42)
Centro-Oeste	19,7	(16,6 - 23,1)	1,12	(0,90 - 1,39)	1,14	(0,92 - 1,41)	1,19	(0,97 - 1,45)
Norte	21,4	(19,2 - 23,8)	1,22	(1,02 - 1,45)	1,24	(1,04 - 1,48)	1,28	(1,07 - 1,54)
Padrão Alimentar				0,004		0,007		0,011

	Bom	17,0	(13,8 - 20,8)	1,00		1,00		1,00	
	Regular	18,3	(16,9 - 19,7)	1,08 (0,86 - 1,34)		1,06 (0,85 - 1,32)		1,04 (0,83 - 1,30)	
	Ruim	24,0	(20,4 - 28,0)	1,41 (1,09 - 1,84)		1,37 (1,06 - 1,78)		1,33 (1,01 - 1,74)	
Ativo no lazer					0,017		0,224		0,609
	Sim	16,3	(14,2 - 18,7)	1,00		1,00		1,00	
	Não	19,7	(18,3 - 21,3)	1,21 (1,03 - 1,41)		1,10 (0,94 - 1,29)		1,03 (0,88 - 1,21)	
Dispendem ≥3 horas diárias vendo TV					0,059		0,083		0,066
	Não	18,2	(16,8 - 19,7)	1,00		1,00		1,00	
	Sim	21,0	(18,5 - 23,8)	1,15 (0,99 - 1,34)		1,14 (0,98 - 1,32)		1,15 (0,99 - 1,34)	
Consumo abusivo de bebidas alcoólicas					0,294		0,196		0,084
	Não	18,5	(17,0 - 20,1)	1,00		1,00		1,00	
	Sim	19,9	(17,8 - 22,2)	1,08 (0,94 - 1,24)		1,10 (0,95 - 1,26)		1,13 (0,98 - 1,31)	
Hábito de Fumar					0,897		0,659		0,793
	Nunca fumante	18,4	(16,9 - 20,0)	1,00		1,00		1,00	
	Ex-fumante	21,8	(19,1 - 24,8)	1,19 (1,02 - 1,39)		1,10 (0,94 - 1,29)		1,07 (0,92 - 1,25)	
	Fumante atual	16,8	(13,5 - 20,8)	0,92 (0,73 - 1,15)		0,89 (0,71 - 1,12)		0,92 (0,72 - 1,19)	

¹Percentual Ponderado para ajusta a distribuição sócio-demográfica da população da amostra VIGITEL à distribuição da população adulta de cada cidade no Censo demográfico 2010. ²Intervalo de Confiança de 95%. ³Ajuste para as variáveis do estudo.

TABELA 3- Prevalência (%) e razões de prevalência (RP) de obesidade em mulheres segundo características sociodemográficas e comportamentais, VIGITEL, Brasil, 2017.

Variáveis	Prevalência		RP Bruta		RP Ajustada para Idade		RP Ajustada para todas	
	%			<i>p</i>	IC 95%	<i>p</i>	IC 95%	<i>p</i>
Idade (anos)				0,000		0,000		0,000
20 - 29	12,3	(10,5 - 14,5)	1,00		1,00		1,00	
30 - 39	17,9	(15,9 - 20,2)	1,45	(1,19 - 1,78)	1,45	(1,19 - 1,78)	1,63	(1,30 - 2,05)
40 - 49	23,1	(20,7 - 25,8)	1,88	(1,54 - 2,28)	1,88	(1,54 - 2,28)	1,67	(1,31 - 2,14)
50 - 59	23,3	(21,1 - 25,6)	1,89	(1,56 - 2,28)	1,89	(1,56 - 2,28)	1,62	(1,26 - 2,09)
Escolaridade (anos de estudo)				0,000		0,000		0,457
0 a 4	24,6	(20,1 - 29,7)	1,00		1,00		1,00	
5 a 8	29,1	(25,6 - 32,9)	1,19	(0,94 - 1,50)	1,22	(0,97 - 1,54)	1,32	(0,99 - 1,76)
9 a 11	20,0	(18,4 - 21,9)	0,82	(0,66 - 1,01)	0,90	(0,73 - 1,12)	1,22	(0,94 - 1,58)
12 e mais	12,3	(11,0 - 13,8)	0,50	(0,40 - 0,63)	0,58	(0,46 - 0,74)	1,24	(0,95 - 1,63)
Raça / Cor da Pele				0,004		0,001		0,024
Branca	17,0	(15,4 - 18,7)	1,00		1,00		1,00	
Negra	20,4	(18,8 - 22,1)	1,20	(1,06 - 1,36)	1,23	(1,08 - 1,39)	0,85	(0,73 - 0,98)
Estado civil				0,001		0,277		0,000
Solteiras	17,1	(15,6 - 18,7)	1,00		1,00		1,00	
União conjugal estável	21,0	(19,4 - 22,7)	1,23	(1,09 - 1,39)	1,07	(0,95 - 1,21)	1,32	(1,12 - 1,55)
Região de Moradia				0,471		0,756		0,007
Sudeste	19,5	(17,4 - 21,9)	1,00		1,00		1,00	
Sul	16,2	(13,9 - 18,9)	0,83	(0,69 - 1,01)	0,83	(0,69 - 1,00)	1,14	(0,91 - 1,42)
Nordeste	19,9	(18,4 - 21,4)	1,02	(0,89 - 1,16)	1,03	(0,90 - 1,18)	1,20	(1,01 - 1,42)
Centro-Oeste	16,6	(14,2 - 19,4)	0,85	(0,70 - 1,03)	0,86	(0,71 - 1,04,712)	1,19	(0,97 - 1,45)
Norte	19,0	(17,2 - 21,0)	0,97	(0,84 - 1,13)	1,01	(0,87 - 1,18)	1,28	(1,07 - 1,54)
Padrão Alimentar				0,646		0,405		
Bom	19,3	(15,33 - 23,94)	1,00		1,00		1,00	0,011

	Regular	18,7 (17,44 - 20,11)	0,97 (0,77 - 1,23)	0,99 (0,79 - 1,24)	1,04 (0,83 - 1,30)
	Ruim	19,7 (17,48 - 22,19)	1,02 (0,79 - 1,32)	1,065,459 (0,83 - 1,36)	1,33 (1,01 - 1,74)
Ativo no lazer			0,039	0,077	0,609
	Sim	16,3 (13,8 - 19,1)	1,00	1,00	1,00
	Não	19,5 (18,3 - 20,8)	1,20 (1,01 - 1,43)	1,17 (0,98 - 1,39)	1,03 (0,88 - 1,21)
Dispendem ≥3 horas diárias			0,000	0,001	0,066
	Não	17,8 (16,6 - 19,1)	1,00	1,00	1,00
	Sim	22,7 (20,3 - 25,3)	1,28 (1,12 - 1,46)	1,25 (1,10 - 1,42)	1,15 (0,99 - 1,34)
Consumo abusivo de bebidas			0,313	0,785	0,084
	Não	19,2 (18,0 - 20,5)	1,00	1,00	1,00
	Sim	17,5 (14,8 - 20,7)	0,91 (0,76 - 1,09)	0,98 (0,82 - 1,17)	1,13 (0,98 - 1,31)
Hábito de Fumar			0,962	0,138	0,793
	Nunca fumante	18,5 (17,3 - 19,9)	1,00	1,00	1,00
	Ex-fumante	23,4 (20,7 - 26,3)	1,26 (1,10 - 1,45)	1,12 (0,97 - 1,29)	1,07 (0,92 - 1,25)
	Fumante atual	14,7 (11,5 - 18,5)	0,79 (0,62 - 1,01)	0,73 (0,57 - 0,94)	0,92 (0,72 - 1,19)

¹Percentual Ponderado para ajusta a distribuição sócio-demográfica da população da amostra VIGITEL à distribuição da população adulta de cada cidade no Censo Demográfico de 2010. ²Intervalo de Confiança de 95%. ³Ajuste para as variáveis do estudo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo dos anos, desde os primeiros inquéritos populacionais realizados no Brasil, a porcentagem de indivíduos obesos cresceu de maneira exponencial. Desde 1974, os casos de obesidade registrados no país aumentaram de 2,4% para 18,9%, em 2016.

Entre os fatores sociodemográficos e comportamentais da população adulta brasileira, residente nas 26 capitais de Distrito Federal, destacam-se quatro por serem prevalentes entre ambos os sexos: idade, raça/cor da pele, união conjugal e padrão alimentar, de acordo com os achados deste estudo.

Diversas estratégias já vêm sendo tomadas para o enfrentamento da epidemia de obesidade, como a revisão do guia alimentar com o incentivo a priorizar alimentos *in natura*, em que são estratégias reconhecidas mundialmente, a construção de campanhas pela adoção de hábitos saudáveis em todas as faixas etárias, acordo com as indústrias para diminuição de sódio dos alimentos, participação em agendas nacionais e internacionais para que ocorra a revisão de rotulagem nutricional de alimentos e deter o crescimento da obesidade no Brasil até 2022.

O fortalecimento de políticas existentes para a promoção da saúde da população, são necessárias, assim como a participação de profissionais de saúde, sociedade civil, ONGS e os Conselhos de saúde para o enfrentamento deste agravo.

REFERÊNCIAS

AKBARTABARTOORI, M.; LEAN, M.E.; HANKEY, C.R. Relationships between cigarette smoking, body size and body shape. **Int J Obes**; v. 29, n. 2, p. 236-43, 2005.

AZEVEDO, E.C.C. et al. Consumo alimentar de risco e proteção para as doenças crônicas não transmissíveis e sua associação com a gordura corporal: um estudo com funcionários da área de saúde em uma universidade publica do Recife (PE), Brasil. **Ciência e saúde coletiva**. v. 19, n. 5, p. 1613-1622, 2014.

BARRIERE, A.F.; MELLO, R.A. As causas da obesidade: Uma análise sobre a perspectiva materialista histórica. **Conexões: revista da Faculdade de Educação Física da UNICAMP**, Campinas, v. 10, n. 1, p. 133-153, 2012.

BERNAL, R.T.I. et al. Metas de projeção de indicadores das metas dos planos de ação para enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil segundo capitais dos estados e Distrito Federal. **Epidemiol. Serv. Saúde**. Brasília, v. 25, n. 3, p. 455-466, 2016.

BERNAL, R.T.I. et al. **Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel): mudança na metodologia de ponderação**. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 26, n. 4, p.701-712, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222017000400701&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 05 de janeiro de 2018.

BOING, A.F.; SUBRAMANIAN, S.V. The influence of area-level education on body mass index, waist circumference and obesity according to gender. **Internacional. Journal of Public Health**, v. 60, n.1, p. 727-732, 2015.

BRASIL. Decreto no 8.262, de 31 de maio de 2014. **Altera o Decreto no 2.018, de 10 de outubro de 1996, que regulamenta a Lei no 9.294, de 15 de julho de 1996**. Disponível em: <https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/121697845/decreto-8262-14>. Acesso em: 14 de julho de 2017.

BRASIL. Lei nº 11.705, de 19 de junho de 2008 **Altera a Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997, que institui o Código de Trânsito Brasileiro, e a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal, para inibir o consumo de bebida alcoólica por condutor de veículo automotor, e dá outras**

providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2008 JUN 19; SEÇÃO 01:1

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de atenção básica: Obesidade.** Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Perspectivas e Desafios e cuidados às pessoas com obesidade no SUS resultados do Laboratório de Inovação no manejo da obesidade nas Redes de Atenção a Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022.** Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2006: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.** Brasília, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.** Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.** Brasília, 2017.

CABALLERO, B. The global epidemic of obesity: an overview. **Epidemiol Rev**, v. 29, p. 1–5, 2007.

CARVALHAES, M.A.B.L.; MOURA, E.C.; MONTEIRO, C.A. Prevalência de fatores de risco para doenças crônicas: inquérito populacional mediante entrevistas telefônicas em Botucatu, São Paulo, 2004. **Rev Bras Epidemiol**. v. 11, p. 14-23, 2008.

CARVALHOI, A.M. et al. Validação e calibração de medidas de peso e altura autorreferidas por indivíduos da cidade de São Paulo. **Rev Bras Epidemiol**, v. 17, p. 746, 2014.

CAVALCANTI, A.C.; MELO, A.M.C.A. Mídia, comportamento alimentar e obesidade na infância e na adolescência: uma revisão. *Revista Brasileira de Nutrição Clínica*, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 199-203, 2008.

CLARO, R.M et al . Consumo de alimentos não saudáveis relacionados a doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 24, n. 2, p. 257-265, June 2015 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222015000200257&lng=en&nrm=iso>. acesso em: 25 Jan. 2018.

CONDE, W.L; OLIVEIRA, D.R; BORGES, C.A; BARALDI, L.G. Consistência entre medidas antropométricas em inquéritos nacionais. **Rev saúde publica**, v. 47, n. 1, p. 69-76, 2013.

CORREIA, L. et al. Prevalência e Determinantes de Obesidade e sobrepeso em mulheres em idade reprodutiva residentes na região semiárida do Brasil. **Revista Ciências de Saúde Coletiva**, São Paulo, v, 16, n. 1, p. 133-145, 2011.

DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. **The surgeon general's call to action to prevent and decrease overweight and obesity**. [Rockville, MD]: Department of Health and Human Services, Public Health Service, Office of the Surgeon General, 2001.

DOMINGOS, J.B.C. et al. Consumo de álcool, sobrepeso e obesidade entre caminhoneiros. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 18, n. 3, p. 377-382, 2010.

FAO; OPAS. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura; Organización Panamericana de la Salud. **Sobrepeso afeta quase metade da população de todos os países da América latina e Caribe**. 2017 Disponível em: << <http://www.fao.org/americas/noticias/ver/pt/c/463397/>>> Acesso em: 15 de março de 2017.

FAO; OPAS. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. **Organización Panamericana de la Salud. Panorama de la Seguridad Alimentaria y Nutricional. América Latina y el Caribe. Sistemas alimentarios sostenibles para poner fin al hambre y la malnutrición**. 2016. Disponível em: << <http://www.fao.org/3/a-i6747s.pdf> >> Acesso em: 15 de março de 2017

FERREIRA, A.D. et al. Validade de estimativas obtidas por inquérito telefônico: comparação entre VIGITEL 2008 e Inquérito em Saúde em Beagá. **Rev Bras Epidemiol**, v. 14, n. 1, p. 16-30, 2011

FERREIRA, A.R.B.; BENICIO, M.H.A. Obesidade em mulheres brasileiras: associação com paridade e nível socioeconômico. **Rev Panam Salud Publica**, v. 37, p. 337-342, 2015.

FINUCANE, M.M. et al. National, regional, and global trends in body-mass index since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 960 country-years and 9.1 million participants. **Lancet**, v. 377, n. 9765, p. 557-567, 2011.

FLORINDO AA, Hallal PC. **Epidemiologia da atividade física**. São Paulo: Editora Atheneu; 2011

FRANCISCO, P.M.S.B.; SEGRI, N.J.; BARROS, M.B.A.; MALTA, D.C. Desigualdades sociodemográficas nos fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis : inquérito telefônico em Campinas, São Paulo. **Epidemiol. Serv. Saúde**. Brasília, v. 21, n. 1, p. 7-18, 2015

GARCIA, Leila Posenato; FREITAS, Lúcia Rolim Santana de. Consumo abusivo de álcool no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 24, n. 2, p. 227-237, June 2015 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222015000200227&lng=en&nrm=iso>. access on 25 Jan. 2018. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742015000200005>.

GIGANTE, D.P. et al. **Variação temporal na prevalência do excesso de peso e obesidade em adultos: Brasil, 2006 a 2009**. *Rev Bras Epidemiol*, v. 14, n. 1, p. 157-165, 2011.

GIGANTE, D.P.; MOURA, E.C.; SARDINHA, L.M.V. **Prevalência de excesso de peso e obesidade e fatores associados, Brasil, 2006**. *Rev Saude Publica*, v. 43, n 2, p. 83-89, 2009.

IBGE. **Estudo Nacional da Despesa Familiar. Dados Preliminares**. Rio de Janeiro: IBGE, 1977. Disponível em:

<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/edef_consumo_alimentar_antr_pometria_regiao2_regiao4.pdf>> Acesso em: 16 de outubro de 2017.

IBGE. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003: despesas, rendimentos e condições de vida.** Rio de Janeiro: IBGE, 2004. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/uploads/downloads/70/553a2408c2702.pdf>. Acesso em: 20 de julho de 2017.

IBGE. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: despesas, rendimentos e condições de vida.** Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv45419.pdf>. Acesso em: 20 de julho de 2017.

INAN/IBGE/IPEA. **Instituto Nacional de Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição - Resultados preliminares.** Brasília, Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição/ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/Instituto de Planejamento econômico e Social, 1990.

ISER, B.P.M. et al. Fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis obtidos por inquérito telefônico – VIGITEL Brasil- 2009. **Rev Bras Epidemiol**, v. 14, n. 1, p. 90-102, 2011.

IZRAEL, D; HOAGLIN, D.C; BATTAGLIA, M.P.A. **SAS macro for balancing a weighted sample.** In: **Proceedings of the Twenty-Fifth Annual SAS Users Group International Conference; 2000** Apr 9-12; Indianapolis, USA. Paper 275. Cary (NC): SAS Institute; 2000. Disponível em: <http://www2.sas.com/proceedings/sugi29/207-29.pdf>.

JOHN, U.; MEYER, C.; RUMPF, H.; HAPKE, U. Relationships of psychiatric disorders with overweight and obesity in an adult general population. **Obes Res.**, v. 13, p. 101-9, 2005.

KALTON, G.; FLORES-CERVANTES, I. Weighting methods. **Journal of official statistic.** ;v.19, n.2, p.81-97. 2003. Disponível em: <<http://www.jos.nu/articles/abstract.asp?article=192081>> Acesso em: 16 de agosto de 2017.

KELLY, T. et al. Global burden of obesity in 2005 and projections to 2030. **Int. J. Obes.** v. 32, n. 9, p. 1431-1437, 2008.

MAIA, E.G. et al . Hábito de assistir à televisão e sua relação com a alimentação: resultados do período de 2006 a 2014 em capitais brasileiras. **Cad. Saúde Pública**, Rio

de Janeiro, v. 32, n. 9, e00104515, 2016. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000905003&lng=en&nrm=iso>. access on 5 Out. 2017. Epub Sep 19, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00104515>.

MALTA, D.C. et al. A implantação do Sistema de Vigilância de Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2003 a 2015: alcances e desafios. **Rev. bras. Epidemiol.** São Paulo, v.20, n.4, p.661-675, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415790X2017000400661&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 de dezembro de 2017.

MALTA, D.C. et al. Construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do sistema único de saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, n. 15, p. 47-64, 2006.

MALTA, D.C. et al. Fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico nas capitais brasileiras, VIGITEL, 2014. **Rev. Bras. Epidemiologia**. Brasília, v. 18, n. 2, p. 238-255, 2015.

MALTA, D.C. et al. Fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis entre os beneficiários da saúde suplementar: resultado do inquérito telefônico Vigitel, Brasil, 2008. **Cienc & Saude coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.3, p 2011-2022, 2011.

MALTA, D.C. et al. Prevalência de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis em adultos: estudo transversal, Brasil 2011. **Epidemiol. Serv. Saúde**. Brasília, v. 22, n. 3, p. 423-434, 2013.

MALTA, D.C. et al. Prevalência de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis em adultos: estudo transversal, Brasil 2012. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.23, n.4, p.609-622, 2014. Disponível em <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S16794974201400040003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 01 julho 2017.

MALTA, Deborah Carvalho et al . Consumo de bebidas alcoólicas e direção de veículos, balanço da lei seca, Brasil 2007 a 2013. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 48, n. 4, p. 692-966, Aug. 2014 . Acesso em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-

89102014000400692&lng=en&nrm=iso>.acesso

em: 25 Jan. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005633>.

MIELKE, G.I. et al. Prática de atividade física e hábito de assistir à televisão entre adultos no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 24, n. 2, p. 277-286, June 2015. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222015000200277&lng=en&nrm=iso>. access on 13 Dez. 2017. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742015000200010>.

MONTEIRO, C.A.; CONDE, W.L.; POPKIM, B.M. The burden of diases from underntricion and overntricion in countries undergoing rapid transition: A view from Brazil. **J Public Health am.** v. 94, n. 3, p. 433-434, 2004.

MONTEIRO, C.A.; CONDE, W.L.; POPKIN, B.M. Independent effects of income and education on the risk of obesity in the Brazilian adult population. **J Nutr.** v. 131, n. 3, p. 881-86, 2001.

MUNHOZ, T.N. et al. Tendências de consumo abusivo de álcool nas capitais brasileiras entre os anos de 2006 a 2013: análise das informações do VIGITEL. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 7, e00104516, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000705011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 dez. 2017. Epub Aug 07, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00104516>.

OGDEN, C.L, LAMB, M.M, CARROLL, M.D, FLEGAL, K.M. **Obesity and socioeconomic status in adults: United States, 2005-2008**. NCHS Data Brief, n 50, p.1-8. 2010. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21211165>. Acessado em: 02 de julho de 2017.

OLIVEIRA, A.M.A. et al. Sobrepeso e obesidade infantil: influência de fatores biológicos e ambientais em Feira de Santana, BA. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabolismo**. São Paulo, v. 47, n. 2, p. 144-50, 2003.

OLIVEIRA, T.C. et al. Concepções sobre práticas alimentares em mulheres de camadas populares no Rio de Janeiro, RJ, Brasil: transformações e ressignificações. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, 2017. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-

32832017005021103&lng=en&nrm=iso>. access on 25 Jan. 2018. Epub Oct 19, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0807>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação**. 2003. Disponível em: <<
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42500/2/WHO_NMC_CCH_02.01_por.pdf>>
Acesso em: 20 de abril de 2017.

PEIXOTO, M. R. G. et al. Monitoramento por entrevistas telefônicas de fatores de risco de doenças crônicas: Experiencia de Goiania, Goiás, Brasil. **Cad Saúde Pública**. v. 24, n. 6, p 1323- 1333, 2008.

PISINGER, C; TOFT, U.; JØRGENSEN, T. Can lifestyle factors explain why body mass index and waist-to-hip ratio increase with increasing tobacco consumption? The Inter99 study. **Public Health**, v. 123, p. 110-115, 2009.

SÁ, N. B.; MOURA, E. C. Associação entre excesso de peso e hábito de fumar, Santarém, PA, 2007. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 12, n. 4, p. 636-645, dez. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v12n4/13.pdf>>. Acesso em: 20 de agosto de 2017.

SÁ, N.N.; MOURA, E.C. Excesso de peso: determinantes sociodemográficos e comportamentais em adultos, Brasil, 2008. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 7, p. 1380-92, 2011.

SOBAL, J.; RAUSCHENBACH, B.; FRONGILLO, E.A. Marital status changes and body weight changes: a US longitudinal analysis. **Soc Sci Med**, v. 56, n. 7, p. 1543-1555, 2003.

SOUZA, T. T. **Excesso de peso e obesidade em trabalhadores terceirizados do setor de reflorestamento: prevalência e fatores associados**. Dissertação (Mestrado em Saúde e Nutrição) Universidade Federal de Ouro Preto, Ouro Preto, 2014.

SPERANDIO, N., PRIORE, S.L. Inquéritos antropométricos e alimentares na população brasileira: importante fonte de dados para o desenvolvimento de pesquisas. **Ciênc. saúde coletiva [online]**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 499-508, 2017. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017222.07292016>.> Acesso em: 26 ago. 2017.

TEMPONI, H.R. **Avaliação de associação entre tabagismo e índice de massa corporal segundo níveis de escolaridade**. 2013. 69 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2013. [Orientador: Prof. Dr. Jorge Gustavo Velasquez Melendéz]. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/GCPA-9A3GZ6>>. Acesso em: 20 out. 2017.

VIRTUOSO-JUNIOR J.S.; OLIVEIRA-GUERRA R. Validade concorrente do peso e estatura auto-referidos no diagnóstico do estado nutricional em mulheres idosas. **Rev Salud Pública**, v. 12, n. 1, p. 71-81, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Diet, Nutrition, and the Prevention of Chronic Diseases**. Report of a WHO Study Group. Report FAO/WHO Expert Consultation. WHO technical report series. Geneva, 2003. Disponível em: <<http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_797/en/>> Acesso em: 16 de abril de 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global recommendations on physical for health**. Geneva, 2010. Disponível em: <<http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_adults/en/>> Acesso em: 20 de abril de 2017

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **New WHO study details low-cost solutions to help curb the tide on noncommunicable diseases study**. Geneva, 2011. Disponível em: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2011/NCDs_solutions_20110918/en/. Acesso em: 20 de novembro de 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Obesity and Overweight**. Geneva, 2016. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>. Acesso em: 03 de novembro de 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Obesity: preventing and managing the global epidemic: report a WHO Consultation on Obesity**. Geneva, 2000. Disponível em: <http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/>. Acesso em: 10 de abril de 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Physical status: the use and interpretation of anthropometry.** Geneva, 1995.

ANEXOS

**ANEXO A- QUADRO 1, INQUÉRITOS DE BASE POPULACIONAL,
BRASIL 1974 A 2016.**

Período de estudo	Nome do Inquérito	Abrangência	Amostra	Prevalência de obesidade	Referência
1974 - 1975	Estudo Nacional de Despesa Familiar	Regiões Sul e Nordeste, área urbana das regiões Norte e Centro Oeste, estados do Rio de Janeiro e São Paulo.	117.732 indivíduos (≥ 18 anos de idade)	Total: 2,42% Homens: 2,8% Mulheres: 6,89%	IBGE, 1977
1989	Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição	Brasil, exceto área rural da região Norte.	63.200 indivíduos (≥ 18 anos de idade)	Total: 8,03% Homens: 4,82% Mulheres: 11,77%	INAN, 1990
1996 - 1997	Pesquisa sobre Padrões de Vida	Regiões metropolitanas de Fortaleza, Recife e Salvador, área rural e urbana dos demais estados do Nordeste, Regiões metropolitanas de Belo Horizonte, São Paulo, Rio de Janeiro e área rural e urbana dos demais estados do sudeste.	11.033 indivíduos (≥ 20 anos de idade)	Total: 10,4% Homens: 6,7% Mulheres: 11,5%	IBGE, 2000
2002 - 2003	Pesquisa de Orçamentos Familiares	Brasil	95.554 indivíduos (≥ 18 anos de idade)	Total: 11,1% Homens: 8,9 % Mulheres: 13,1%	IBGE, 2004
2008 - 2009	Pesquisa de Orçamentos Familiares	Brasil	58.632 indivíduos (≥ 18 anos de idade)	Total: 14,8% Homens: 12,4% Mulheres: 16,9%	IBGE, 2010
2013	Pesquisa Nacional de Saúde	Estados, capitais e regiões metropolitanas do Brasil.	66.016 indivíduos (≥ 18 anos de idade)	Total: 20,8% Homens: 16,8% Mulheres: 24,4%	IBGE, 2015
2006	Sistema de Vigilância de fatores de risco e proteção para Doenças Crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL) *	Capitais de estados brasileiros e Distrito Federal.	54.369 indivíduos (≥ 18 anos de idade)	Total: 11,8% Homens: 11,4% Mulheres: 12,1%	BRASIL, 2014 BRASIL, 2017
2007	Sistema de Vigilância de fatores de risco e proteção para Doenças Crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL) *	Capitais de estados brasileiros e Distrito Federal.	54.251 indivíduos (≥ 18 anos de idade)	Total: 13,3% Homens: 13,6 % Mulheres: 13,1%	BRASIL, 2014 BRASIL, 2017
2008	Sistema de Vigilância de fatores de risco e proteção para Doenças Crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL) *	Capitais de estados brasileiros e Distrito Federal.	54.353 indivíduos (≥ 18 anos de idade)	Total: 13,7% Homens: 13,4 % Mulheres: 13,9%	BRASIL, 2014 BRASIL, 2017

Período de estudo	Nome do Inquérito	Abrangência	Amostra	Prevalência de obesidade	Referência
2009	Sistema de Vigilância de fatores de risco e proteção para Doenças Crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL) *	Capitais de estados brasileiros e Distrito Federal.	54.366 indivíduos (≥ 18 anos de idade)	Total: 14,3% Homens: 13,9 % Mulheres: 14,7 %	BRASIL, 2014 BRASIL, 2017
2010	Sistema de Vigilância de fatores de risco e proteção para Doenças Crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL) *	Capitais de estados brasileiros e Distrito Federal.	54.339 indivíduos (≥ 18 anos de idade)	Total: 15,1% Homens: 14,4 % Mulheres: 15,6%	BRASIL, 2014 BRASIL, 2017
2011	Sistema de Vigilância de fatores de risco e proteção para Doenças Crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL) *	Capitais de estados brasileiros e Distrito Federal.	54.144 indivíduos (≥ 18 anos de idade)	Total: 15,8% Homens: 15,6 % Mulheres: 16 %	BRASIL, 2014 BRASIL, 2017
2012	Sistema de Vigilância de fatores de risco e proteção para Doenças Crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL) *	Capitais de estados brasileiros e Distrito Federal.	45.448 indivíduos (≥ 18 anos de idade)	Total: 17,4% Homens: 16,5 % Mulheres: 18,2%	BRASIL, 2014 BRASIL, 2017
2013	Sistema de Vigilância de fatores de risco e proteção para Doenças Crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL) *	Capitais de estados brasileiros e Distrito Federal.	52.929 indivíduos (≥ 18 anos de idade)	Total: 17,5 % Homens: 17,5 % Mulheres: 17,5 %	BRASIL, 2014 BRASIL, 2017
2014	Sistema de Vigilância de fatores de risco e proteção para Doenças Crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL) *	Capitais de estados brasileiros e Distrito Federal.	40.853 indivíduos (≥ 18 anos de idade)	Total: 17,9% Homens: 17,6 % Mulheres: 18,2%	BRASIL, 2015 BRASIL, 2017
2015	Sistema de Vigilância de fatores de risco e proteção para Doenças Crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL) *	Capitais de estados brasileiros e Distrito Federal.	54.174 indivíduos (≥ 18 anos de idade)	Total: 17 % Homens: 18% Mulheres: 16,2 %	BRASIL, 2016 BRASIL, 2017
2016	Sistema de Vigilância de fatores de risco e proteção para Doenças Crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL) *	Capitais de estados brasileiros e Distrito Federal.	53.210 indivíduos (≥ 18 anos de idade)	Total: 18,9% Homens: 18,1% Mulheres: 19,6%	BRASIL, 2017

*Dado de peso e altura autoreferido

ANEXO B- QUESTIONÁRIO DA PESQUISA VIGITEL- 2016

VIGITEL

Ministério da Saúde – Secretaria de Vigilância em Saúde
Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas
Não Transmissíveis por Entrevistas Telefônicas (Vigitel) – 2014

CIDADE_UF:

RÉPLICA:

OPERADOR:

ENTREVISTA

1. Réplica **XX** número de moradores **XX** número de adultos **XX**

2. Bom dia/tarde/noite. Meu nome é **XXXX**. Estou falando do Ministério da Saúde, o número do seu telefone é **XXXX**?

sim

não – Desculpe, liguei no número errado.

3. Sr.(a) gostaria de falar com o(a) sr.(a) **NOME DO SORTEADO**. Ele(a) está?

sim

não – Qual o melhor dia da semana e período para conversarmos com o(a) sr.(a) **NOME DO SORTEADO**?

residência a retornar. Obrigado(a), retornaremos a ligação. Encerre.

3.a Posso falar com ele agora?

sim

não – Qual o melhor dia da semana e período para conversarmos com o(a) sr.(a) **NOME DO SORTEADO**?

residência a retornar. Obrigado(a), retornaremos a ligação. Encerre.

4. O(a) sr.(a) foi informado sobre a avaliação que o Ministério da Saúde está fazendo?

sim (pule para Q5)

não – O Ministério da Saúde está avaliando as condições de saúde da população brasileira e o seu número de telefone e o(a) sr.(a) foram selecionados para participar de uma entrevista. A entrevista deverá durar cerca de sete minutos. Suas respostas serão mantidas em total sigilo e serão utilizadas com as respostas dos demais entrevistados para fornecer um retrato das condições atuais de saúde da população brasileira. Para sua segurança, esta entrevista poderá ser gravada. Caso tenha alguma dúvida sobre a pesquisa, poderá esclarecê-la diretamente no Disque-Saúde do Ministério da Saúde, no telefone: 136. O(a) sr.(a) gostaria de anotar o telefone agora ou no final da entrevista?

5. Podemos iniciar a entrevista?

sim (pule para Q6)

não – Qual o melhor dia da semana e período para conversarmos?

residência a retornar. Obrigado(a), retornaremos a ligação. Encerre.

Q6. Qual sua idade? (só aceita ≥ 18 anos e < 150) ____ anos

Q7. Sexo:

() masculino (pule a Q14) () feminino (se > 50 anos, pule a Q14)

CIVIL. Qual seu estado conjugal atual?

- 1 () solteiro(a)
 2 () casado(a) legalmente
 3 () tem união estável há mais de seis meses
 4 () viúvo(a)
 5 () separado(a) ou divorciado(a)
 888 () não quis informar

Q8. Até que série e grau o(a) sr.(a) estudou?

8A

8B. Qual a última série (ano) o sr.(a) COMPLETOU? 8 anos de estudo (*out put*)

- 1 curso primário 1 2 3 4
 2 admissão 1
 3 curso ginásial ou ginásio 1 2 3 4
 4 1º grau ou fundamental ou supletivo de 1º grau
 1 2 3 4 5 6 7 8
 5 2º grau ou colégio ou técnico ou normal ou científico ou ensino médio ou supletivo de 2º grau
 1 2 3
 6 3º grau ou curso superior
 1 2 3 4 5 6 7 8 ou + (12 a 19)
 7 pós-graduação (especialização, mestrado, doutorado)
 1 ou +
 8 nunca estudou (0)
 777 não sabe (só aceita Q6 > 60)
 888 não quis responder

R128a. O(a) sr.(a) dirige carro, moto e/ou outro veículo?

- 1 sim 2 não (não perguntar a Q40, Q40b, R135, R137)
 888 não quis informar

Q9. O(a) sr.(a) sabe seu peso (mesmo que seja valor aproximado)? (só aceita ≥ 30 kg e < 300 kg)

_____ kg 777 não sabe 888 não quis informar

Q11. O(a) sr.(a) sabe sua altura? (só aceita $\geq 1,20$ m e $< 2,20$ m)

__ m ____ cm 777 não sabe 888 não quis informar

Q14. A sra. está grávida no momento?

1 sim

2 não

777 não sabe

Agora eu vou fazer algumas perguntas sobre sua alimentação.

Q15. Em quantos dias da semana o(a) sr.(a) costuma comer feijão?

1 () 1 a 2 dias por semana

2 () 3 a 4 dias por semana

3 () 5 a 6 dias por semana

4 () todos os dias (inclusive sábado e domingo)

5 () quase nunca

6 () nunca

Q16. 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)?

1 () 1 a 2 dias por semana

2 () 3 a 4 dias por semana

3 () 5 a 6 dias por semana

4 () todos os dias (inclusive sábado e domingo)

5 () quase nunca (pule para Q21)

6 () nunca (pule para Q21)

Q17. Em quantos dias da semana, o(a) sr.(a) costuma comer salada de alface e tomate ou salada de qualquer outra verdura ou legume CRU?

1 () 1 a 2 dias por semana

2 () 3 a 4 dias por semana

3 () 5 a 6 dias por semana

4 () todos os dias (inclusive sábado e domingo)

5 () quase nunca (pule para Q19)

6 () nunca (pule para Q19)

Q18. Num dia comum, o(a) sr.(a) come este tipo de salada:

1 () no almoço (1 vez ao dia)

2 () no jantar ou

3 () no almoço e no jantar (2 vezes ao dia)

Q19. Em quantos dias da semana, o(a) sr.(a) costuma comer verdura ou legume COZIDO com a comida ou na sopa, como por exemplo, couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha, sem contar batata, mandioca ou inhame?

- 1 () 1 a 2 dias por semana
- 2 () 3 a 4 dias por semana
- 3 () 5 a 6 dias por semana
- 4 () todos os dias (inclusive sábado e domingo)
- 5 () quase nunca (pule para Q21)
- 6 () nunca (pule para Q21)

Q20. Num dia comum, o(a) sr.(a) come verdura ou legume cozido:

- 1 () no almoço (1 vez ao dia)
- 2 () no jantar ou
- 3 () no almoço e no jantar (2 vezes ao dia)

Q21. Em quantos dias da semana o (a) sr.(a) costuma comer carne vermelha (boi, porco, cabrito)?

- 1 () 1 a 2 dias por semana
- 2 () 3 a 4 dias por semana
- 3 () 5 a 6 dias por semana
- 4 () todos os dias (inclusive sábado e domingo)
- 5 () quase nunca (pule para Q23)
- 6 () nunca (pule para Q23)

Q22. Quando o(a) sr.(a) come carne vermelha com gordura, o(a) sr.(a) costuma:

- 1 () tirar sempre o excesso de gordura
- 2 () comer com a gordura
- 3 não come carne vermelha com muita gordura

Q23. Em quantos dias da semana o (a) sr.(a) costuma comer frango/galinha?

- 1 () 1 a 2 dias por semana
- 2 () 3 a 4 dias por semana
- 3 () 5 a 6 dias por semana
- 4 () todos os dias (inclusive sábado e domingo)
- 5 () quase nunca (pule para Q25)
- 6 () nunca (pule para Q25)

Q24. Quando o(a) sr.(a) come frango/galinha com pele, o(a) sr.(a) costuma:

- 1 () tirar sempre a pele
- 2 () comer com a pele
- 3 não come pedaços de frango com pele

Q25. Em quantos dias da semana o(a) sr.(a) costuma tomar suco de frutas natural?

- 1 () 1 a 2 dias por semana
- 2 () 3 a 4 dias por semana
- 3 () 5 a 6 dias por semana
- 4 () todos os dias (inclusive sábado e domingo)
- 5 () quase nunca (pule para Q27)
- 6 () nunca (pule para Q27)

Q26. Num dia comum, quantos copos o(a) sr.(a) toma de suco de frutas natural?

- 1 () 1
- 2 () 2
- 3 () 3 ou mais

Q27. Em quantos dias da semana o(a) sr.(a) costuma comer frutas?

- 1 () 1 a 2 dias por semana
- 2 () 3 a 4 dias por semana
- 3 () 5 a 6 dias por semana
- 4 () todos os dias (inclusive sábado e domingo)
- 5 () quase nunca (pule para Q29)
- 6 () nunca (pule para Q29)

Q28. Num dia comum, quantas vezes o(a) sr.(a) come frutas?

- 1 () 1 vez no dia
- 2 () 2 vezes no dia
- 3 () 3 ou mais vezes no dia

Q29. Em quantos dias da semana o(a) sr.(a) costuma tomar refrigerante ou suco artificial?

- 1 () 1 a 2 dias por semana
- 2 () 3 a 4 dias por semana
- 3 () 5 a 6 dias por semana
- 4 () todos os dias (inclusive sábado e domingo)
- 5 () quase nunca (pule para Q32)
- 6 () nunca (pule para Q32)

Q30. Que tipo?

- 1 () normal
- 2 () *diet/light/zero*
- 3 () ambos

Q31. Quantos copos/latinhas costuma tomar por dia?

- 1 1 2 2 3 3 4 4 5 5 6 6 ou + 777 não sabe

Q32. Em quantos dias da semana o(a) sr.(a) costuma tomar leite? (não vale soja, mas leite em pó considera)

- 1 () 1 a 2 dias por semana
- 2 () 3 a 4 dias por semana
- 3 () 5 a 6 dias por semana
- 4 () todos os dias (inclusive sábado e domingo)
- 5 () quase nunca (pule para R143)
- 6 () nunca (pule para R143)

Q33. Quando o sr.(a) toma leite, que tipo de leite costuma tomar?

- 1 () integral
- 2 () desnatado ou semidesnatado
- 3 os dois tipos
- 777 não sabe

R143. Em quantos dias da semana o sr.(a) costuma comer alimentos doces, tais como: sorvetes, chocolates, bolos, biscoitos ou doces?

- 1 () 1 a 2 dias por semana
- 2 () 3 a 4 dias por semana
- 3 () 5 a 6 dias por semana
- 4 () todos os dias (inclusive sábado e domingo)
- 5 () quase nunca (pule para R144a)
- 6 () nunca (pule para R144a)

R146. Num dia comum, quantas vezes o(a) sr.(a) come doces?

- 1 () 1 vez ao dia
- 2 () 2 vezes ao dia
- 3 () 3 ou mais vezes ao dia

R144a. Em quantos dias da semana o(a) sr.(a) costuma trocar a comida do almoço por sanduíches, salgados, *pizza* ou outros lanches?

- 1 () 1 a 2 dias por semana
- 2 () 3 a 4 dias por semana
- 3 () 5 a 6 dias por semana
- 4 () todos os dias (inclusive sábado e domingo)
- 5 () quase nunca
- 6 () nunca

R144b. Em quantos dias da semana o(a) sr.(a) costuma trocar a comida do jantar por sanduíches, salgados, *pizza* ou outros lanches?

- 1 () 1 a 2 dias por semana
- 2 () 3 a 4 dias por semana
- 3 () 5 a 6 dias por semana
- 4 () todos os dias (inclusive sábado e domingo)
- 5 () quase nunca
- 6 () nunca

Q35. O(a) sr.(a) costuma consumir bebida alcoólica?

- 1 sim 2 não (pula para Q42) 888 não quis informar (pula para Q42)

Q36. Com que frequência (a) sr.(a) costuma consumir alguma bebida alcoólica?

- 1 () 1 a 2 dias por semana
- 2 () 3 a 4 dias por semana
- 3 () 5 a 6 dias por semana
- 4 () todos os dias (inclusive sábado e domingo)
- 5 () menos de 1 dia por semana
- 6 () menos de 1 dia por mês (pule para Q40b)

Q37. Nos últimos 30 dias, o sr. chegou a consumir cinco ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião? (cinco doses de bebida alcoólica seriam cinco latas de cerveja, cinco taças de vinho ou cinco doses de cachaça, *whisky* ou qualquer outra bebida alcoólica destilada) (só para homens)

- 1 sim (pule para Q39) 2 não (pule para Q40b)

Q38. Nos últimos 30 dias, a sra. chegou a consumir quatro ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião? (quatro doses de bebida alcoólica seriam quatro latas de cerveja, quatro taças de vinho ou quatro doses de cachaça, *whisky* ou qualquer outra bebida alcoólica destilada) (só para mulheres)

- 1 sim 2 não (pule para Q40b)

Q39. Em quantos dias do mês isto ocorreu?

- 1 () em 1 único dia no mês
- 2 () em 2 dias
- 3 () em 3 dias
- 4 () em 4 dias
- 5 () em 5 dias
- 6 () em 6 dias
- 7 () em 7 ou mais dias
- 777 Não sabe

R200. Nos dias do mês que isto ocorreu, qual foi o número máximo de doses consumido em uma única ocasião? (Exemplo: uma dose de bebida alcoólica seria uma lata de cerveja, uma taça de vinho ou uma dose de cachaça, *whisky* ou qualquer outra bebida alcoólica destilada – registrar em doses inteiras)

Q40. Neste dia (ou em algum destes dias), o(a) sr.(a) dirigiu logo depois de beber?

1 sim 2 não 888 não quis informar

Q40b. Independente da quantidade, o(a) sr.(a) costuma dirigir depois de consumir bebida alcoólica?

1 () sempre

2 () algumas vezes

3 () quase nunca

4 () nunca

888 não quis informar

Nas próximas questões, vamos perguntar sobre suas atividades físicas do dia a dia.

Q42. Nos últimos três meses, o(a) sr.(a) praticou algum tipo de exercício físico ou esporte?

1 sim 2 não (pule para Q47)

Q43a. Qual o tipo principal de exercício físico ou esporte que o(a) sr.(a) praticou?

1 caminhada (não vale deslocamento para trabalho)

2 caminhada em esteira

3 corrida (*cooper*)

4 corrida em esteira

5 musculação

6 ginástica aeróbica (*spinning, step, jump*)

7 hidroginástica

8 ginástica em geral (alongamento, pilates, ioga)

9 natação

10 artes marciais e luta (*jiu-jitsu, karatê, judô, boxe, muay thai, capoeira*)

11 bicicleta (inclui ergométrica)

12 futebol/*futsal*

13 basquetebol

14 voleibol/*futevôlei*

15 tênis

16 dança (balé, dança de salão, dança do ventre)

17 outros _____

Q44. O(a) sr.(a) pratica o exercício pelo menos uma vez por semana?

1 sim 2 não (pule para Q47)

Q45. Quantos dias por semana o(a) sr.(a) costuma praticar exercício físico ou esporte?

- 1 1 a 2 dias por semana
2 3 a 4 dias por semana
3 5 a 6 dias por semana
4 todos os dias (inclusive sábado e domingo)

Q46. No dia que o(a) sr.(a) pratica exercício ou esporte, quanto tempo dura esta atividade?

- 1 menos de 10 minutos
2 entre 10 e 19 minutos
3 entre 20 e 29 minutos
4 entre 30 e 39 minutos
5 entre 40 e 49 minutos
6 entre 50 e 59 minutos
7 60 minutos ou mais

Q47. Nos últimos três meses, o(a) sr.(a) trabalhou?

1 sim 2 não (pule para Q52)

Q48. No seu trabalho, o(a) sr.(a) anda bastante a pé?

1 sim 2 não 777 não sabe

Q49. No seu trabalho, o(a) sr.(a) carrega peso ou faz outra atividade pesada?

1 sim 2 não (pule para Q50) 777 não sabe (pule para Q50)

R147. Em uma semana normal, em quantos dias o(a) sr.(a) faz essas atividades no seu trabalho?

Número de dias ____ 555 menos de 1 vez por semana 888 não quis responder

R148. Quando realiza essas atividades, quanto tempo costuma durar?

HH:MM _____

Q50. Para ir ou voltar ao seu trabalho, faz algum trajeto a pé ou de bicicleta?

1 sim, todo o trajeto 2 sim, parte do trajeto 3 não (pule para Q52)

Q51. Quanto tempo o(a) sr.(a) gasta para ir e voltar neste trajeto (a pé ou de bicicleta)?

- 1 menos de 10 minutos
- 2 entre 10 e 19 minutos
- 3 entre 20 e 29 minutos
- 4 entre 30 e 39 minutos
- 5 entre 40 e 49 minutos
- 6 entre 50 e 59 minutos
- 7 60 minutos ou mais

Q52. Atualmente, o(a) sr.(a) está frequentando algum curso/escola ou leva alguém em algum curso/escola?

- 1 sim 2 não (pule para Q55) 888 não quis informar (pule para Q55)

Q53. Para ir ou voltar a este curso ou escola, faz algum trajeto a pé ou de bicicleta?

- 1 sim, todo o trajeto 2 sim, parte do trajeto 3 não (pule para Q55)

Q54. Quanto tempo o(a) sr.(a) gasta para ir e voltar neste trajeto (a pé ou de bicicleta)? _____

- 1 menos de 10 minutos
- 2 entre 10 e 19 minutos
- 3 entre 20 e 29 minutos
- 4 entre 30 e 39 minutos
- 5 entre 40 e 49 minutos
- 6 entre 50 e 59 minutos
- 7 60 minutos ou mais

Q55. Quem costuma fazer a faxina da sua casa?

- 1 eu sozinho (pule para R149) 2 eu com outra pessoa 3 outra pessoa (pule para R201)

Q56. A parte mais pesada da faxina fica com:

- 1 () o(a) sr.(a) ou 2 () outra pessoa (pule para Q59a) 3 ambos

R149. Em uma semana normal, em quantos dias o(a) sr.(a) realiza faxina da sua casa?

- Número de dias ____ 555 menos de 1 vez por semana 888 não quis responder

R150. E quanto tempo costuma durar a faxina?

HH:MM _____

Q59a. Em média, quantas horas por dia o(a) sr.(a) costuma ficar assistindo à televisão?

- 1 () menos de 1 hora
- 2 () entre 1 e 2 horas
- 3 () entre 2 e 3 horas
- 4 () entre 3 e 4 horas
- 5 () entre 4 e 5 horas
- 6 () entre 5 e 6 horas
- 7 () mais de 6 horas
- 8 Não assiste à televisão

Q59b. No seu TEMPO LIVRE, o sr.(a) costuma usar computador, *tablet* ou celular para participar de redes sociais do tipo Facebook, para ver filmes ou para se distrair com jogos?

- 1 sim 2 não (pule para Q60) 777 não sabe (pule para Q60)

Q59c. Em média, quantas horas do seu tempo livre (excluindo o trabalho), este uso do computador, *tablet* ou celular ocupa por dia?

- 1 () menos de 1 hora
- 2 () entre 1 e 2 horas
- 3 () entre 2 e 3 horas
- 4 () entre 3 e 4 horas
- 5 () entre 4 e 5 horas
- 6 () entre 5 e 6 horas
- 7 () mais de 6 horas

Q60. Atualmente, o(a) sr.(a) fuma?

- 1 () sim, diariamente (ir para Q61)
- 2 () sim, mas não diariamente (pule para Q61a)
- 3 () não (pule para Q64)

Q61. Quantos cigarros o(a) sr.(a) fuma por dia? _____ (vá para Q62)

- 1 1-4
- 2 5-9
- 3 10-14
- 4 15-19
- 5 20-29
- 6 30-39
- 7 40 ou +

Q61a. Quantos cigarros o(a) sr.(a) fuma por semana? _____ (apenas se Q60=2)

- 1 1-4
- 2 5-9
- 3 10-14
- 4 15-19
- 5 20-29
- 6 30-39
- 7 40 ou +

Q62. Que idade o(a) sr.(a) tinha quando começou a fumar regularmente? (só aceita ≥ 5 anos e ≤ 6)

_____ anos 777 não lembra

Q63. O(a) senhor(a) já tentou parar de fumar?

- 1 sim (pule para Q69) 2 não (pule para Q69)

Q64. No passado, o(a) sr.(a) já fumou?

- 1 () sim, diariamente
- 2 () sim, mas não diariamente
- 3 () não

*(Vá para Q69 se mora sozinho e não trabalha)

(Vá para Q68 se mora sozinho e trabalha)

Q67. Alguma das pessoas que moram com o(a) sr.(a) costuma fumar dentro de casa?

- 1 sim 2 não 888 Não quis informar

Q68. Algum colega do trabalho costuma fumar no mesmo ambiente onde o(a) sr.(a) trabalha? (só para Q47=1)

- 1 sim 2 não (pule para Q69) 888 Não quis informar (pule para Q69)

R157. Se sim, o(a) sr.(a) trabalha em local fechado?

- 1 sim 2 não 888 Não quis informar

Q69. A sua cor ou raça é:

- 1 () branca
- 2 () preta
- 3 () amarela
- 4 () parda
- 5 () indígena
- 777 não sabe
- 888 não quis informar

R138. (Se mulher) O diabetes foi apenas quando estava grávida? (apenas para Q7=2)

1 () sim

2 () não

3 () Nunca engravidou

777 não lembra

R202. Que idade o(a) sr.(a) tinha quando o médico disse que o(a) sr.(a) tem diabetes?

_____ anos

777 não sabe/não lembra

R 204. Algum médico já lhe receitou algum medicamento para diabetes?

1 sim

2 não

777 não lembra

R133a. Atualmente, o(a) sr(a) está tomando algum comprimido para controlar o diabetes

1 sim

2 não

777 não sabe

888 não quis responder

R134c. Como o(a) sr.(a) consegue o comprimido para diabetes? (APLICAR se R133a = 1 ou R133b = 1)

1 () unidade de saúde do SUS

2 () farmácia popular do governo federal

3 () outro lugar (farmácia privada/particular, drogaria)

777 não sabe

888 não quis responder

R133b. Atualmente, o(a) sr.(a) está usando insulina para controlar o diabetes?

1 sim

2 não

777 não sabe

888 não quis responder

R134b. Como o(a) sr.(a) consegue a medicação para diabetes? (APLICAR se R133a = 1 ou R133b = 1)

1 () unidade de saúde do SUS

2 () farmácia popular do governo federal

3 () outro lugar (farmácia privada/particular, drogaria)

777 não sabe

888 não quis responder

Q78. Algum médico já lhe disse que o sr.(a) tem colesterol ou triglicérides elevado?

1 sim

2 não

777 não sabe/não lembra

Q79a. A sra. já fez alguma vez exame de Papanicolau, exame preventivo de câncer de colo do útero? (apenas para sexo feminino – Q7=2)

1 sim 2 não (pule para Q81) 777 não sabe (pule para Q81)

Q80. Quanto tempo faz que a sra. fez exame de Papanicolau?

1 menos de 1 ano

2 entre 1 e 2 anos

3 entre 2 e 3 anos

4 entre 3 e 5 anos

5 5 anos ou mais

777 não lembra

Q81. A sra. já fez alguma vez mamografia, raio X das mamas? (apenas para sexo feminino)

1 sim 2 não (pule para Q85a) 777 não sabe (pule para Q85a)

Q82. Quanto tempo faz que a sra. fez mamografia?

1 menos de 1 ano

2 entre 1 e 2 anos

3 entre 2 e 3 anos

4 entre 3 e 5 anos

5 5 ou mais anos

777 não lembra

Q88. O(a) sr.(a) tem plano de saúde ou convênio médico?

1 () Sim, apenas 1

2 () Sim, mais de um

3 () Não

888 Não quis informar

R135. Nos últimos 12 meses, o sr.(a) foi multado(a) por dirigir com excesso de velocidade na via? (apenas para quem dirige – R128a = 1)

1 () Sim

2 () Não (pule para R153)

777 Não lembra (pule para R153)

888 Não quis responder (pule para R153)

R136. Qual o local que o(a) sr.(a) foi multado?

1 () Dentro da cidade (via urbana)

2 () Rodovia

3 () Ambos

777 Não lembra

888 Não quis responder

R153. Nos últimos 12 meses o(a) sr.(a) você passou em uma *blitz* na sua cidade?

1 () sim

2 () não (se não dirige – R128a ≠ 1 –, vá para R900)

777 não lembra (se não dirige – R128a ≠ 1 –, vá para R900)

888 não quis responder (se não dirige – R128a ≠ 1 –, vá para R900)

R137a. Nos últimos doze meses o sr.(a), como condutor, foi parado em alguma *blitz* de trânsito na sua cidade? (apenas para quem dirige – R128a=1)

1 () sim

2 () não (vá para R900)

777 não lembra (vá para R900)

888 não quis responder (vá para R900)

R154. (Se sim para R137a) E o(a) sr.(a) foi convidado a fazer o teste de bafômetro?

1 () sim

2 () não (encerre a entrevista)

777 não lembra (encerre a entrevista)

888 não quis responder (encerre a entrevista)

R155. (Se sim para R154) E o(a) sr.(a) fez o teste do bafômetro?

1 () sim

2 () não (vá para R900)

777 não lembra (vá para R900)

888 não quis responder (vá para R900)

R156. (Se sim para R155). E o teste do bafômetro deu positivo?

1 () sim

2 () não

777 não lembra

888 não quis responder

R900. Você ou alguém da sua família que more em sua casa recebe bolsa família?

1 () sim

2 () não

777 não sabe

(Aplicar se R133b =1. Caso contrário, pular para D.3)

D.1 Nos últimos 30 dias, o(a) sr.(a) ficou sem a insulina algum tempo?

1 () sim

2 () não

777 não sabe

D.2 Por que ficou sem a insulina? (Aplicar se D.1=1. Caso contrário, pular para D.3)

1 Não tinha/estava em falta no posto de saúde/unidade de saúde/secretaria de saúde/SUS

2 Porque não tinha dinheiro para comprar

3 Esqueceu/não quis tomar/comprar/buscar

4 Outro motivo

777 não sabe

888 não quis responder

(Aplicar se R133a=1. Caso contrário, pular para D.5)

D.3 Nos últimos 30 dias, o(a) sr.(a) ficou sem algum dos comprimidos para controlar o diabetes por algum tempo?

1 () sim

2 () não

777 não sabe

888 não quis responder

D.4 Por que ficou sem este(s) medicamento(s)? (Aplicar se D.3=1. Caso contrário, pular para D.5)

1 Não tinha/estava em falta no posto de saúde/unidade de saúde/secretaria de saúde/SUS

2 Porque não tinha dinheiro para comprar

3 Esqueceu/não quis tomar/comprar/buscar

4 Outro motivo

777 não sabe

888 não quis responder

D.5 Tem ainda algum outro medicamento, que o(a) sr.(a) deveria estar usando, nos últimos 30 dias, para a diabetes, e não está?

1 () sim

2 () não (vá para página final de encerramento)

777 não sabe (vá para página final de encerramento)

888 não quis responder (vá para página final de encerramento)

D.6 Por que ficou sem este(s) medicamento(s)? (Aplicar se D.5 = 1)

1 Não tinha/estava em falta no posto de saúde/unidade de saúde/secretaria de saúde/SUS

2 Porque não tinha dinheiro para comprar

3 Esqueceu/não quis tomar/comprar/buscar

4 Outro motivo

777 não sabe

888 não quis responder

Sr.(a) **XX** Agradecemos pela sua colaboração. Caso tivermos alguma dúvida, voltaremos a lhe telefonar. Se não tenha anotado o telefone no início da entrevista: Gostaria de anotar o número de telefone do Disque-Saúde?

Se sim: O número é 136.

Observações (entrevistador):

ANEXO C- NORMAS DA REVISTA EPIDEMIOLOGIA SERVIÇOS DE SAÚDE PARA AUTORES

Times New Roman 12, no formato RTF (Rich Text Format) ou DOC (Documento do Word), em folha de tamanho A4, com margens de 3cm. Não são aceitas notas de rodapé. Cada manuscrito, obrigatoriamente, deverá conter: Para o preparo dos manuscritos, os autores devem orientar-se pelo documento *Recomendações para elaboração, redação, edição e publicação de trabalhos acadêmicos em periódicos médicos*, do ICMJE. A versão original deste documento – em inglês – encontra-se disponível no endereço eletrônico <http://www.icmje.org>. A versão traduzida para o português das recomendações do ICMJE/Normas de Vancouver foi publicada na RESS v. 24, n. 3, 2015, disponível em: <https://goo.gl/HFaUz7>.

Recomenda-se que a estrutura do manuscrito esteja em conformidade com as orientações constantes nos guias de redação científica, de acordo com o seu delineamento. Abaixo são relacionados os principais guias pertinentes ao escopo da RESS. A relação completa encontra-se no *website* da Rede EQUATOR (Enhancing the QUALity and Transparency Of health Research), disponível em: <http://www.equator-network.org/reporting-guidelines>

Formato dos manuscritos

Serão acolhidos manuscritos redigidos em língua portuguesa. O trabalho deverá ser digitado em espaço duplo, utilizando fonte Times

- | Folha | de | do | de | do | rostro |
|--------------|--|------------|-------------|-----------------|---------------------------|
| a) | | modalidade | | do | manuscrito; |
| b) | título | do | manuscrito, | em | português e inglês; |
| c) | título resumido | em | português, | para referência | no cabeçalho das páginas; |
| d) | nome, instituição de afiliação, unidade ou departamento (até três níveis, com somente uma instituição por autor), cidade, estado, país, ORCID iD e <i>e-mail</i> de cada um dos autores; | | | | |
| e) | nome do autor correspondente, endereço completo, <i>e-mail</i> e telefone; | | | | |
| f) | paginação e número máximo de palavras nos resumos e no texto; | | | | |
| g) | informação sobre trabalho acadêmico (trabalho de conclusão de curso, monografia, dissertação ou tese) que originou o manuscrito, nomeando o autor, tipo e título do trabalho | | | | |
| h) | ano de defesa e instituição, se pertinente; | | | | e |
| | créditos a órgãos financiadores da pesquisa, incluindo número do processo), se pertinente. | | | | |

Resumo

Deverá ser redigido em parágrafo único, contendo até 150 palavras, estruturado com as seguintes seções: Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusão. Para a modalidade relato de experiência, o resumo deverá ser redigido em parágrafo único, contendo até 150 palavras, não necessariamente em formato estruturado.

Palavras-chave

Deverão ser selecionadas quatro a seis, impreterivelmente a partir da lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), vocabulário estruturado pelo Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, também conhecido pelo nome original de Biblioteca Regional de Medicina (BIREME). Os DeCS foram criados para padronizar uma linguagem única de indexação e recuperação de documentos científicos (disponíveis em: <http://decs.bvs.br>).

Abstract

Versão fidedigna do Resumo, redigida em inglês, contendo as seguintes seções: *Objective, Methods, Results e Conclusion*.

Keywords

Versão em inglês das mesmas palavras-chave selecionadas a partir dos DeCS.

Versão em espanhol das mesmas palavras-chave selecionadas a partir dos DeCS.

Texto completo

O texto de manuscritos nas modalidades de artigo original e nota de pesquisa deverão apresentar, impreterivelmente, as seguintes seções, nesta ordem: Introdução, Métodos, Resultados, Discussão, Contribuição dos Autores e Referências. Tabelas e figuras deverão ser referidas nos Resultados e apresentadas ao final do artigo, quando possível, ou em arquivo separado (em formato editável).

Definições e conteúdos das seções:

Introdução – deverá apresentar o problema gerador da questão de pesquisa, a justificativa e o objetivo do estudo, nesta ordem.

Métodos – deverá conter a descrição do desenho do estudo, da população estudada, dos métodos empregados, incluindo, quando pertinente, o cálculo do tamanho da amostra, a amostragem, os procedimentos de coleta dos dados, as variáveis estudadas com suas respectivas categorias, os procedimentos de processamento e análise dos dados; quando se tratar de estudo envolvendo seres humanos ou animais, devem estar contempladas as

considerações éticas pertinentes (ver seção Ética na pesquisa envolvendo seres humanos).

Resultados – síntese dos resultados encontrados: é desejável incluir tabelas e figuras autoexplicativas (ver o item Tabelas e figuras destas Instruções).

Discussão – comentários sobre os resultados, suas implicações e limitações; confrontação do estudo com outras publicações e literatura científica de relevância para o tema. O último parágrafo da seção deverá conter as conclusões e implicações dos resultados para os serviços ou políticas de saúde.

Agradecimentos – vêm após a discussão; devem ser nominais e limitar-se ao mínimo indispensável.

Contribuição dos autores – parágrafo descritivo da contribuição específica de cada um dos autores.

Referências – para a citação das referências no texto, deve-se utilizar o sistema numérico; os números devem ser grafados em sobrescrito, sem parênteses, imediatamente após a passagem do texto em que é feita a citação, separados entre si por vírgulas; em caso de números sequenciais de referências, separá-los por um hífen, enumerando apenas a primeira e a última referência do intervalo sequencial de citação (exemplo: 7,10-16. As referências deverão ser listadas segundo a ordem de citação no texto, após a seção Contribuição dos autores. Em cada referência, deve-se listar até os seis primeiros autores, seguidos da expressão “et al.” para os demais; os títulos de periódicos deverão ser grafados de forma abreviada; títulos de livros e nomes de editoras deverão constar por extenso; conforme os exemplos a seguir:

Artigos de periódicos

1. Damacena GN, Szwarcwald CL, Malta, DC, Souza Júnior PRB, Vieira MLFP, Pereira CA, et al. O processo de desenvolvimento da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil, 2013. *Epidemiol Serv Saude*. 2015 abr-jun; 24(2):197-206.

- Volume com suplemento

2. Schmidt MI, Duncan BB, Hoffmann JF, Moura L, Malta DC, Carvalho RM. Prevalence of diabetes and hypertension based on self-reported morbidity survey, Brazil, 2006. *Rev Saude Publica*. 2009 Nov;43 Suppl 2:74-82.

- Número com suplemento

3. Malta DC, Leal MC, Costa MFL, Moraes Neto OL. Inquéritos nacionais de saúde: experiência acumulada e proposta para o inquérito de saúde brasileiro. *Rev Bras Epidemiol*. 2008 mai 11(2 Supl 1):159-67.

- Em fase de impressão

4. Freitas LRS, Garcia LP. Evolução da prevalência do diabetes e diabetes associado à hipertensão arterial no Brasil: análise das pesquisas nacionais por amostra de domicílios, 1998, 2003 e 2008. *Epidemiol Serv Saude*. No prelo 2012.

Livros

5. Pereira MG. Artigos científicos: como redigir, publicar e avaliar. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.

- Autoria institucional

6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de vigilância epidemiológica. 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

7. Secretaria de Estado de Planejamento e Coordenação Geral (Mato Grosso). Informativo populacional e econômico de Mato Grosso: 2008. Cuiabá: Secretaria de Estado de Planejamento e Coordenação Geral; 2008.

- Capítulos de livros

Quando o autor do capítulo não é o mesmo do livro:

8. Hill AVS. Genetics and infection. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R. Principles and practice of infectious diseases. 7th ed. Philadelphia: Elsevier; 2010. p. 49-57.

Quando o autor do livro é o mesmo do capítulo:

9. Löwy I. Vírus, mosquitos e modernidade: a febre amarela no Brasil entre ciência e política. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. Capítulo 5, Estilos de controle: mosquitos, vírus e humanos; p. 249-315.

Anais de congresso

- Publicados em livros

10. Samad SA, Silva EMK. Perdas de vacinas: razões e prevalência em quatro unidades federadas do Brasil. In: Anais da 11ª Expoepi: Mostra Nacional de Experiências Bem-Sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças; 2011 31 out - 3 nov; Brasília, Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. p. 142.

- Publicados em periódicos

11. Oliveira DMC, Montoni V. Situação epidemiológica da leishmaniose visceral no Estado de Alagoas – 2002. In: 19ª Reunião Anual de Pesquisa Aplicada em Doença de Chagas; 7ª Reunião Anual de Pesquisa Aplicada em Leishmanioses. 2003 out 24-26; Uberaba. Porto Alegre: Sociedade Brasileira de Medicina Tropical; 2003. p. 21-2. (Revista da

Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, vol. 36, supl. 2).

Portarias e leis

12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 116, de 11 de fevereiro de 2009. Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde sob gestão da Secretaria de Vigilância em Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2009 fev 12; Seção 1:37.

13. Brasil. Casa Civil. Lei nº 9.431, de 6 de janeiro de 1997. Decreta a obrigatoriedade do Programa de Controle de Infecção Hospitalar em todos os hospitais brasileiros. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 1997 jan 7; Seção 1:165.

Documentos eletrônicos

14. Rede Interagencial de Informação para a Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações [Internet]. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2008 [citado 2012 fev 5]. 349 p. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>

15. Malta DC, Morais Neto OL, Silva Junior JB. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. Epidemiol Serv Saude [Internet]. 2011 dez [citado 2012 fev 6]; 20(4):93-107. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v20n4/v20n4a02.pdf>

Teses e dissertações

16. Waldman EA. Vigilância epidemiológica como prática de saúde pública [tese]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 1991.

17. Daufenbach LZ. Morbidade hospitalar por causas relacionadas à influenza em idosos no Brasil, 1992 a 2006: situação atual, tendências e impacto da vacinação [dissertação]. Salvador (BA): Universidade Federal da Bahia; 2008.

No caso de ter sido usado algum *software* para gerenciamento das referências (por exemplo, Zotero, Endnote, Reference Manager ou outro), as referências deverão ser convertidas para o texto. A exatidão das referências constantes na listagem e a correta citação no texto são de exclusiva responsabilidade dos autores.

Tabelas e figuras

Artigos originais e de revisão deverão conter até cinco tabelas e/ou figuras, no total. Para

notas de pesquisa, o limite é de três tabelas e/ou figuras; e para relatos de experiência, quatro tabelas e/ou figuras. As figuras e as tabelas devem ser colocadas ao final do manuscrito (quando possível) ou em arquivos separados, por ordem de citação no texto, sempre em formato editável. Os títulos das tabelas e das figuras devem ser concisos e evitar o uso de abreviaturas ou siglas; estas, quando indispensáveis, deverão ser descritas por extenso em legendas ao pé da própria tabela ou figura. Tabelas e figuras devem ser elaboradas em branco e preto ou escala de cinza. Tabelas e quadros (estes, classificados e intitulados como figuras) devem ser apresentados em arquivo de texto. São aceitos arquivos dos tipos: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). Organogramas e fluxogramas devem ser apresentados em arquivo de texto ou em formato vetorial. São aceitos arquivos dos tipos: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Mapas devem ser apresentados em formato vetorial. São aceitos arquivos dos tipos: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Mapas originalmente produzidos em formato de imagem e posteriormente salvos em formato vetorial não serão aceitos. Gráficos devem ser apresentados em formato vetorial. São aceitos arquivos dos tipos: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Imagens de satélite e fotografias devem ser apresentadas em arquivos dos tipos: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura e limite de tamanho do arquivo de 10Mb.

Uso de siglas

Recomenda-se evitar o uso de siglas ou acrônimos não usuais. Siglas ou acrônimos só devem ser empregados quando forem consagrados na literatura, prezando-se pela clareza do manuscrito. Exemplos de siglas consagradas: ONU, HIV, aids. Siglas ou acrônimos de até três letras devem ser escritos com letras maiúsculas (exemplos: DOU; USP; OIT). Na primeira citação no texto, os acrônimos desconhecidos devem ser escritos por extenso, acompanhados da sigla entre parênteses. Siglas e abreviaturas compostas apenas por

consoantes devem ser escritas em letras maiúsculas. Siglas com quatro letras ou mais devem ser escritas em maiúsculas se cada uma delas for pronunciada separadamente (exemplos: BNDES; INSS; IBGE). Siglas com quatro letras ou mais e que formarem uma palavra (siglema), ou seja, que incluam vogais e consoantes, devem ser escritas apenas com a inicial maiúscula (exemplos: Funasa; Datasus; Sinan). Siglas que incluam letras maiúsculas e minúsculas originalmente devem ser escritas como foram criadas (exemplos: CNPq; UnB). Para as siglas estrangeiras, recomenda-se a correspondente tradução em português, se universalmente aceita; ou seu uso na forma original, se não houver correspondência em português, ainda que o nome por extenso – em português – não corresponda à sigla (exemplo: Unesco = Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura). Algumas siglas, popularizadas pelos meios de comunicação, assumiram um sentido nominal: é o caso de AIDS (em inglês), a síndrome da imunodeficiência adquirida. Quanto a esta sigla, a Comissão Nacional de Aids do Ministério da Saúde (que se faz representar pela sigla CNAIDS) decidiu recomendar que todos os documentos e publicações do ministério nomeiem por sua forma original em inglês – aids –, em letras minúsculas (Brasil. Fundação Nacional de Saúde. *Manual de editoração e produção visual da Fundação Nacional de Saúde*. Brasília: Funasa, 2004. 272p.)