

Situação: O preprint foi publicado em um periódico como um artigo
DOI do artigo publicado: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742020000400013>

Prevalência de sobrepeso e obesidade em agentes comunitários de saúde região sul do Rio Grande do Sul, 2017

Fernanda de Castro Silveira, Criciélien Garcia Fernandes, Mariana Dias de Almeida, Laíne Bertinetti Aldrighi, Vanda Maria da Rosa Jardim

<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.894>

Este preprint foi submetido sob as seguintes condições:

- O autor submissor declara que todos os autores responsáveis pela elaboração do manuscrito concordam com este depósito.
- Os autores declaram que estão cientes que são os únicos responsáveis pelo conteúdo do preprint e que o depósito no SciELO Preprints não significa nenhum compromisso de parte do SciELO, exceto sua preservação e disseminação.
- Os autores declaram que a pesquisa que deu origem ao manuscrito seguiu as boas práticas éticas e que as necessárias aprovações de comitês de ética de pesquisa estão descritas no manuscrito, quando aplicável.
- Os autores declaram que os necessários Termos de Consentimento Livre e Esclarecido de participantes ou pacientes na pesquisa foram obtidos e estão descritos no manuscrito, quando aplicável.
- Os autores declaram que a elaboração do manuscrito seguiu as normas éticas de comunicação científica.
- Os autores declaram que o manuscrito não foi depositado e/ou disponibilizado previamente em outro servidor de preprints ou publicado em um periódico.
- O autor submissor declara que as contribuições de todos os autores estão incluídas no manuscrito.
- O manuscrito depositado está no formato PDF.
- Os autores declaram que caso o manuscrito venha a ser postado no servidor SciELO Preprints, o mesmo estará disponível sob licença [Creative Commons CC-BY](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).
- Caso o manuscrito esteja em processo de avaliação ou sendo preparado para publicação mas ainda não publicado por um periódico, os autores declaram que receberam autorização do periódico para realizar este depósito.

Submetido em (AAAA-MM-DD): 2020-07-06

Postado em (AAAA-MM-DD): 2021-04-13

Como citar este artigo:

Silveira FC, Fernandes CG, Almeida MD, Aldrighi LB, Jardim VMR. Prevalência de sobrepeso e obesidade em agentes comunitários de saúde região sul do Rio Grande do Sul, 2017. Epidemiol Serv Saúde [preprint]. 2020 [citado 2020 jun 29]:[23 p.].

Artigo original

**Prevalência de sobrepeso e obesidade em agentes comunitários de
saúde região sul do Rio Grande do Sul, 2017***

**Prevalence of overweight and obesity in community health agents in
the southern region of Rio Grande do Sul, 2017**

**Prevalencia de sobrepeso y obesidad en agentes de salud comunitarios
en la región sur de Rio Grande do Sul, 2017**

Fernanda de Castro Silveira¹ - orcid.org/0000-0002-5593-0518

Criciélén Garcia Fernandes¹ - orcid.org/0000-0002-6333-6615

Mariana Dias de Almeida¹ - orcid.org/0000-0001-9446-3564

Laíne Bertinetti Aldrighi¹ - orcid.org/0000-0002-7397-6018

Vanda Maria da Rosa Jardim¹ - orcid.org/0000-0001-8320-4321

¹Universidade Federal de Pelotas, Faculdade de Enfermagem, Pelotas, RS, Brasil

Endereço para correspondência:

Fernanda de Castro Silveira – Rua Gomes Carneiro, nº 1, Centro, Pelotas, RS, Brasil.

CEP: 96010-610

E-mail: fernandanutri1981@gmail.com

*Artigo derivado da pesquisa com agentes comunitários de saúde da 21ª Região de Saúde do estado do Rio Grande do Sul, intitulada 'Processo de trabalho e seus impactos na condição de saúde de Agentes Comunitários de Saúde na região sul do Rio Grande do Sul, 2017', apresentada junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, em 2017.

Recebido em 12/12/2019

Aprovado em 20/05/2020

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

Resumo

Objetivo. Analisar prevalência de sobrepeso e obesidade em agentes comunitários de saúde (ACS) na região sul do Rio Grande do Sul, Brasil, de acordo com variáveis sociodemográficas, comportamentais e de saúde. **Métodos.** Foi realizado estudo transversal com dados coletados em 21 municípios, entre março de 2016 e maio de 2017. Dados de peso e altura foram autorreferidos pelos participantes. Empregou-se regressão logística multinomial. **Resultados.** Foram incluídos 564 ACS, dos quais 0,5% classificados como de baixo peso, 29,8% como eutróficos, 39,2% com sobrepeso e 30,5% com obesidade. A presença de obesidade foi negativamente associada a trabalho em unidade de saúde rural (OR=0,58 – IC_{95%}0,34;0,98) e realização de atividade física (OR=0,57 – IC_{95%}0,36;0,90); e positivamente associada a ansiedade (OR=1,97 – IC_{95%}1,12;3,45), hipertensão arterial (OR=2,91 – IC_{95%}1,63;5,18) e diabetes (OR=6,25 – IC_{95%}2,15;18,21). **Conclusão.** A prevalência de sobrepeso e obesidade foi elevada, associada a doenças crônicas, ansiedade, inatividade física e trabalho em área urbana.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Estado Nutricional; Estratégia Saúde da Família; Estudos Transversais; Profissional de Saúde; Saúde do Trabalhador.

Abstract

Objective. To analyze the prevalence of overweight and obesity among community health workers in southern Rio Grande do Sul, Brazil, according to sociodemographic, behavioral and health variables. **Methods.** Cross-sectional study. Data collection

occurred in 21 municipalities, from March / 2016 to May / 2017, using an instrument with self-reported weight and height data. For statistical analysis, multinomial logistic regression was used. **Results.** Data from 564 community health agents were analyzed, 0.5% were classified as underweight, 29.8% as eutrophic, 39.2% were overweight and 30.5% were obese. They had a lower chance of obesity: those who worked in the rural health unit (OR=0.58 – 95%CI 0.34;0.98) and who performed physical activity (OR=0.57 – 95%CI 0.36;0.90). Higher chance of obesity: with anxiety (OR=1.97 – 95%CI 1.12;3.45), hypertension (OR=2.91 – 95%CI 1.63;5.18), and diabetes (OR=6.25 – 95%CI 2.15;18.21). **Conclusion.** High prevalence of overweight and obesity, need to improve the quality of life and health of workers.

Keywords: Primary Health Care; Nutritional Status; Family Health Strategy; Cross-sectional Studies; Health Personnel; Occupational Health.

Introdução

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é constituída por um grupo de trabalho composto, minimamente, de um médico, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS),¹ trabalhadores da Atenção Primária à Saúde que exercem suas funções exclusivamente no Sistema Único de Saúde (SUS). Os ACS desenvolvem atividades de prevenção, tratamento, reabilitação de patologias e promoção da saúde, estabelecendo vínculos com a população adscrita mediante intervenções, individuais ou coletivas, nos domicílios ou nas comunidades.² O ACS faz parte de uma equipe multiprofissional, reside no local onde atuação, e constitui o principal elo entre a população e a ESF: dedica-se à orientação das famílias e ao planejamento, juntamente com os demais membros das equipes da ESF, das ações em saúde a serem desenvolvidas nas comunidades atendidas.³ Porém, muitas vezes, o ACS acaba não se preocupando com a própria saúde e com sua alimentação, comprometendo seu estado nutricional.

Estado nutricional pode ser entendido como o balanço entre a necessidade e a oferta de nutrientes, e, quando essa oferta é maior do que a necessidade, acaba ocorrendo o excesso de peso.⁴ A obesidade é considerada uma síndrome, decorrente de uma combinação de fatores genéticos, metabólicos e ambientais, e da interferência de fatores culturais, sazonais, condições socioeconômicas, emocionais, entre outros.^{5,6}

Dados da população adulta mostram o acréscimo da prevalência tanto de obesidade como de sobrepeso em países desenvolvidos, bem como em países em desenvolvimento.⁷ O estudo sobre a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) de 2016 apontou, para a totalidade das 26 capitais do Brasil e o Distrito Federal, uma prevalência de excesso de peso de 54,0%. Essa prevalência de excesso de peso revelou-se superior no sexo masculino, de 57,3% frente a 51,2% no sexo feminino. Ainda segundo o Vigitel, a prevalência de adultos obesos foi de 18,9%, sem desigualdade entre homens e mulheres.⁸

No entanto, existem poucos estudos realizados que avaliem diretamente o perfil nutricional dos ACS. Entre esses estudos, destaca-se o realizado na capital São Paulo, onde foi observada uma forte associação entre as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e práticas de alimentação inadequadas em ACS.⁹ Estudo realizado em João Pessoa, capital do estado da Paraíba, evidenciou alta prevalência de sobrepeso (37,4%) e de obesidade (33,7%) entre ACS.¹⁰

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição visa a qualificação profissional dos trabalhadores em saúde, implementando políticas, programas e ações de alimentação e nutrição, além da criação da Política de Promoção da Alimentação Adequada e Saudável.¹¹

O objetivo deste estudo foi analisar a prevalência de sobrepeso e obesidade em agentes comunitários de saúde na região sul do estado do Rio Grande do Sul, Brasil, de acordo com variáveis sociodemográficas, comportamentais e de saúde.

Métodos

Estudo de caráter transversal, recorte de uma pesquisa maior, com ACS da 21ª Região de Saúde do estado do Rio Grande do Sul, intitulada 'Processo de trabalho e seus impactos na condição de saúde de agentes comunitários de saúde na região sul do Rio Grande do Sul'.

A pesquisa ocorreu no período de março de 2016 a abril de 2017, em 21 cidades da 21ª Região de Saúde do Rio Grande do Sul: Amaral Ferrador; Arroio do Padre; Arroio Grande; Canguçu; Cerrito; Chuí; Cristal; Herval; Jaguarão; Morro Redondo; Pedras Altas; Pedro Osório; Pelotas; Pinheiro Machado; Piratini; Rio Grande; Santa Vitória do Palmar; Santana da Boa Vista; São José do Norte; São Lourenço do Sul; e Turuçu. Exceção à participação no estudo coube ao 22º município da região de saúde, Capão do Leão, por não contar com ACS em atividade até a finalização da coleta de dados da pesquisa.

A 21ª Região de Saúde do RS localiza-se no sul do Brasil, na macrorregião Sul. De acordo com o censo da fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010,¹² a população dessa região de saúde era de 878.559 pessoas, 7,76% da população do estado. O índice de desenvolvimento humano (IDH) em todas as cidades da região sul do território sul-rio-grandense é inferior ao IDH do estado (0,746), variando de 0,623 em São José do Norte a 0,744 em Rio Grande.¹²

A coleta de dados aconteceu após contato prévio com a 3ª Coordenadoria Regional de Saúde e as secretarias de saúde dos municípios que consentiram com a realização da pesquisa. Foram constatados 753 ACS em atividade na região, após contato com as secretarias municipais. Foi realizado um censo, por meio de um instrumento autoaplicado, em encontros agendados com os municípios. O processo foi coordenado por estudantes da graduação e da pós-graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (FEN/UFPel), previamente capacitados.

Adotou-se como critério de inclusão no estudo os ACS em atividade profissional, e como critério de exclusão, ACS em férias ou recebendo auxílio-doença, mulheres gestantes ou gozando licença maternidade, durante o período da coleta de dados.

Foi utilizado um instrumento autoaplicável, como já foi dito. Nele constavam perguntas envolvendo informações sociodemográficas e econômicas, processo de trabalho e condições de saúde. Para este estudo, foram utilizadas as seguintes variáveis independentes demográficas:

- a) sexo (feminino; masculino);
- b) idade (em anos: 20-30; 31-40; 41-50; 51 ou mais);
- c) raça/cor da pele (branca; preta; parda/outras/não informada); e
- d) estado civil (solteiro[a]/separado[a])/divorciado[a]/viúvo[a]/não informado; casado[a] ou com companheiro[a])

Em relação às variáveis socioeconômicas, foram consultadas:

- a) escolaridade (ensino fundamental incompleto ou completo; ensino médio/curso técnico incompleto ou completo; ensino superior incompleto/completo ou pós-graduação);
- b) região da unidade básica de saúde (UBS) onde trabalha (urbana; rural); e
- c) ter filhos (sim; não)

As variáveis comportamentais estudadas foram:

- a) hábito de fumar (não; sim; ex-fumante);
- b) frequência do uso de álcool (nunca; 1 vez por mês ou menos; 2 a 4 vezes por mês; 2 ou mais vezes por semana);
- c) satisfação com o serviço (muito insatisfeito; insatisfeito; indiferente; satisfeito; muito satisfeito);
- d) se pudesse, mudaria de profissão (não; sim);
- e) prática de atividade física (não; sim); e
- f) sobrecarga de trabalho (não; sim)

As variáveis de saúde analisadas foram:

- a) nível global de estresse (autorreferido, relacionado às atividades laborais: nenhum; pouco; moderado; bastante; elevado); e
- b) problemas de saúde
 - presença de algum ou alguns problemas de saúde (angina/isquemia/infarto; ansiedade; asma; arritmia cardíaca; bronquite; depressão; diabetes *mellitus*; dor de cabeça; dor na coluna vertebral; dor nas costas; dor nos joelhos; dor nas pernas; gastrite/úlcera gástrica/duodenal; insônia; insuficiência cardíaca/coração grande; pressão alta [hipertensão arterial sistêmica: HAS]; reumatismo; lesões de pele e/ou outras [sim; não];
 - uso de medicação diversa [não; sim]); e

- doenças diagnosticadas por um profissional de saúde (ansiedade [não; sim]; depressão [não; sim]; HAS [não; sim]; e diabetes *mellitus* [não; sim]).

Para a análise dos dados do desfecho, foi utilizado o índice de massa corporal (IMC) proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1995 e 1997. Para o cálculo do IMC, utilizou-se peso e estatura autorreferidos, aplicados à fórmula: $IMC = \text{peso (kg)}/\text{altura}^2 \text{ (m)}$. Este cálculo permitiu a classificação do estado nutricional utilizada para adultos, estabelecida pela OMS, definida em quatro níveis: baixo peso ($IMC < 18,5 \text{ kg/m}^2$), peso adequado ($IMC \geq 18,5$ a $< 25 \text{ kg/m}^2$), sobrepeso ($IMC \geq 25$ a $< 30 \text{ kg/m}^2$) e obesidade ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$).¹³ Para efeito deste estudo, os quatro níveis de classificação do estado nutricional foram agrupados em três: baixo peso e peso adequado; sobrepeso; e obesidade. A forma de obtenção de dados de peso e altura autorreferidos pelos entrevistados, utilizada em outras pesquisas, aponta positivamente para a validade das medidas.⁸

Os questionários preenchidos foram transcritos para o aplicativo Microsoft Excel e analisados pelo pacote estatístico Stata 14.2.

O controle de qualidade da coleta dos dados foi efetuado em duas etapas. Primeiramente, a codificação dos instrumentos foi revisada pelas duas supervisoras do estudo, graduanda e doutoranda, ao receberem os questionários. Em seguida, 5% das entrevistas foram replicadas, por meio de contato telefônico com os respondentes de 31 questionários, para os quais se aplicou uma versão reduzida do instrumento, de oito perguntas, para verificação de sua autenticidade, sendo identificada semelhança entre as respostas.

No que se refere à análise dos dados estatísticos, foi realizada uma análise descritiva das variáveis estudadas. Logo, calculou-se a distribuição do IMC de acordo com as categorias das variáveis independentes. Sendo o desfecho da pesquisa categórico nominal, a análise bruta e a análise ajustada foram feitas mediante regressão logística multinomial, determinando-se o grupo de ‘estado nutricional com baixo peso/peso adequado’ como a categoria de referência. A análise ajustada baseou-se no modelo hierárquico, construído para fins de controle dos possíveis fatores de confundimento, considerando-se como possíveis fatores associados aqueles indicados na literatura. No nível mais distal, foram adicionadas as variáveis demográficas – sexo; idade; raça/cor da pele; estado civil – e as variáveis socioeconômicas – escolaridade; região da UBS;

ter filhos. No nível intermediário, couberam as variáveis comportamentais: hábito de fumar; frequência do uso de álcool; satisfação com o serviço; se pudesse, mudaria de profissão; prática de atividade física; e sobrecarga de trabalho. No nível proximal, ficaram as variáveis de saúde: nível global de estresse; problemas de saúde; ansiedade; uso de medicação diversa; depressão; hipertensão; e diabetes *mellitus*.

As variáveis significativas segundo esta análise (valor $p < 0,20$) foram conservadas no modelo e entraram no ajuste do próximo bloco, quando o mesmo procedimento foi empregado. Adotou-se o nível de significância de 5% para testes bicaudais. As medidas apresentadas foram a razão de chances (*odds ratio* [OR]) e o intervalo de confiança de 95% (IC_{95%}). A análise das variáveis ordinais utilizou o valor p do teste de tendência linear, e as demais variáveis, o p de heterogeneidade.

O projeto do estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (CEO_FEN/UFPel): Parecer nº 51684015.1.0000.5316, de 18 de dezembro de 2015. Após apresentação dos objetivos do estudo e os devidos esclarecimentos, garantia de anonimato e do direito de retirar-se em qualquer etapa da pesquisa, os ACS que concordaram em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme prevê a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466, de 12 de dezembro de 2012, sobre pesquisas envolvendo seres humanos.¹⁴

Resultados

De 753 ACS constatados em atividade após contato com as secretarias municipais de saúde, encontravam-se elegíveis 725, dos quais foram entrevistados 599 ACS, obtendo-se percentual de resposta de 82,6%. Entre os 126 ACS não participantes, 41,3% (n=52) encontravam-se afastados por problemas de saúde-doença, 47,6% (n=60) ausentes por outros motivos e 11,1% (n=14) recusaram-se a responder ao questionário.

Entre os 599 participantes, foram analisados 564 ACS que apresentavam dados para o desfecho do estudo (94,16%), ou seja, dados para calcular o IMC e verificar o estado nutricional. Entre os 564 ACS, predominavam o sexo feminino (88,5%), idade entre 31

e 40 anos (41,8%), raça/cor da pele branca (75,9%), ser casado ou com companheiro (61,7%), trabalhar em UBS urbana (73,9%), apresentar problemas de saúde (75,0%), estar satisfeito ou muito satisfeito com o trabalho (68,4%) e enfrentar sobrecarga de trabalho (66,2%), conforme demonstrado na Tabela 1.

Destaca-se, em relação ao estado nutricional, 70,2% dos profissionais não terem apresentado peso adequado: baixo peso (n=3), 0,5%; sobrepeso (n=221), 39,2%; e obesidade (n=172), 30,5%. Dos entrevistados, 123 (21,9%) afirmaram ter diagnóstico médico de hipertensão arterial sistêmica; e 31 (5,5%), de diabetes *mellitus*.

Na Tabela 2, são apresentadas as razões de chances (OR) de sobrepeso e obesidade, a partir das análises bruta e ajustada, de acordo com as categorias das variáveis independentes. Na análise ajustada, apresentaram menor probabilidade de sobrepeso os ACS que tinham filhos (OR=0,42 – IC_{95%}0,26;0,69), aqueles diagnosticados com hipertensão arterial sistêmica (OR=0,27 – IC_{95%}0,13;0,57) e os que pararam de fumar (OR=2,91 – IC_{95%}1,07;7,95). Menor chance de obesidade foi observada nos seguintes grupos: ACS que trabalhavam na UBS rural (OR=0,58 – IC_{95%}0,34;0,98), que realizavam atividade física (OR=0,57 – IC_{95%}0,36;0,90), que tinham problemas de saúde (OR=0,45 – IC_{95%}0,24;0,85) e com depressão (OR=0,46 – IC_{95%}0,23;0,96). Maior chance de obesidade foi encontrada nos trabalhadores que apresentavam ansiedade (OR=1,97 – IC_{95%}1,12;3,45), hipertensão arterial sistêmica (OR=2,91 – IC_{95%}1,63;5,18) e diabetes *mellitus* (OR=6,25 – IC_{95%}2,15;18,21).

Discussão

O presente estudo verificou alta prevalência de peso excessivo entre os profissionais ACS da 21ª Região de Saúde do Rio Grande do Sul, e sua associação com fatores sociodemográficos, comportamentais e de saúde. A prevalência de excesso de peso (sobrepeso e obesidade) observada em 69,7% dos ACS da região ao sul do estado gaúcho é um diagnóstico nutricional de grande importância. Dados de um estudo realizado em São Paulo, SP, no ano de 2008, revelaram uma prevalência inferior de excesso de peso – 46,6% – entre ACS atuantes em cinco UBS da Zona Leste do

município;⁹ outro estudo, mais recente e realizado no Nordeste, com amostra não probabilística, encontrou uma prevalência de excesso de peso de 71,1% entre ACS trabalhadores de 40 unidades de Saúde da Família do município de João Pessoa, PB, no ano de 2017,¹⁰ um resultado semelhante ao deste estudo. Pesquisas têm concluído que a obesidade e o sobrepeso se tornaram um grave problema de Saúde Pública, com causas e determinantes diversos, todavia a serem identificados.^{8,10,15}

O aumento da obesidade tem causas multifatoriais, associadas a determinantes sociodemográficos como, por exemplo, renda familiar, sexo, idade, escolaridade e região de moradia; porém, a alimentação inadequada contribui para esse quadro significativamente, no consumo sobre-elevado de alimentos processados e ultraprocessados, com alto teor de gordura, sal, açúcar, e alto valor calórico.¹¹ Além disso, a prática do exercício físico insuficiente é propensa a aumentar com o avanço da idade, e diminuir na medida em que é maior a escolaridade, tanto nos homens quanto nas mulheres.⁸

No presente estudo, os profissionais ACS eram predominantemente do sexo feminino, como em outros trabalhos realizados em municípios brasileiros.^{9,10,15} Na área da Saúde, é constatável a predominância de mulheres trabalhadoras, decorrente de fatores históricos sobre a divisão das tarefas de cuidado com a saúde do indivíduo.¹⁶

Em relação à faixa etária, um estudo brasileiro sobre população adulta de ACS na região metropolitana de Belo Horizonte, em 2004, realizado com amostra probabilística, observou a prevalência de sobrepeso maior em indivíduos na faixa etária mais avançada, de 51 ou mais anos de idade.¹⁵ Este resultado foi o mesmo observado no presente estudo, ao se identificar um percentual maior de sobrepeso nos ACS da mesma faixa etária, possivelmente explicado pelo fato de o avanço na idade levar ao aumento das doenças crônicas. Também se verificam mudanças na composição corporal, com a avançar da idade: diminui o percentual de massa magra e, frequentemente, aumenta a adiposidade, encontrando-se estocada intra-abdominal e intramuscularmente, ao invés de subcutaneamente, como nas pessoas jovens.¹⁷

Ao contrário do descrito na literatura,^{8,15} este estudo não observou associação da baixa escolaridade com obesidade. A baixa proporção de avaliados nessa condição e com menos de 9 anos de estudo (6%) pode explicar, ainda que parcialmente, esse achado. A prevalência e ACS com ensino superior (15,6%) apresentada aqui foi maior, comparada

com a prevalência encontrada por estudo realizado em São Paulo (1,1%).¹⁰ O nível de escolaridade, juntamente com a renda, além de outros determinantes sociais, podem interferir diretamente nas práticas alimentares da população e, como consequência, impactar na prevenção do sobrepeso e da obesidade.¹⁸

Indivíduos casados ou com companheiros apresentaram maior chance de sobrepeso (22%) e de obesidade (8%) em relação a indivíduos solteiros, separados, divorciados ou viúvos. Esse resultado concorda com o resultado de outra pesquisa que identificou uma chance 1,60 vez maior para sobrepeso em pessoas com companheiros(as), frente a indivíduos sem cônjuge.¹⁵ Uma possível razão, entre outras, para isso estaria no fato de as pessoas realizarem mais refeições, e em maior quantidade, quando compartilhadas no ambiente familiar.¹⁹

Há evidências da existência de uma relação entre ter filhos e adiposidade. Uma pesquisa realizada com mulheres²⁰ no estado do Paraná, em 2013, revelou associação entre a obesidade e ter filhos, principalmente quando eram três ou mais filhos. O presente estudo, porém, encontrou uma probabilidade menor de sobrepeso nos ACS com filhos, não identificando associação entre ter filhos e obesidade. Para verificar tal hipótese, faz-se necessário realizar outras pesquisas, com o propósito de avaliar a relação do ganho de peso ao longo dos anos.

Quanto ao tabagismo, os ACS que pararam de fumar apresentaram maior risco de sobrepeso, comparados aos não fumantes e fumantes. Uma possível explicação desse resultado poderia ser a falta do tabaco compensada com alimentos calóricos, afetando o IMC dos profissionais, como outras pesquisas confirmaram.^{8,16}

As pessoas sedentárias apresentaram maior prevalência de excesso de peso, em relação àquelas que praticam atividade física. O exercício físico pode ajudar a prevenir o peso excessivo, como também pode contribuir para o indivíduo desenvolver um estilo de vida mais saudável.¹⁵ Este estudo corrobora tal associação: os profissionais ACS que não realizavam atividade física apresentaram um percentual maior de obesidade. A obesidade e a inatividade física são as preponderantes causas de risco para as doenças cardiovasculares e estão largamente associadas à etiologia de muitas doenças crônicas, a exemplo da hipertensão e da obesidade entre adultos.²¹

Mais um resultado relevante desta pesquisa foi a maior prevalência de obesidade entre os ACS que usavam medicação. Estudo realizado na região do Nordeste brasileiro²²

relacionou o excesso de peso ao uso de medicamentos: pessoas com uso contínuo de fármacos apresentavam uma probabilidade duas vezes e meia maior de desenvolver sobrepeso e obesidade, quando comparadas àquelas que não faziam uso desses produtos.

A obesidade é uma enfermidade caracterizada pelo aumento da massa gorda, que provoca sérios danos à saúde, e segundo outro estudo realizado na região Sul do Brasil, em 2019,²³ aproximadas 30% das pessoas com transtorno de ansiedade eram obesas.^{23,24}

No presente trabalho, encontrou-se associação positiva entre as pessoas com ansiedade e obesidade. Contudo, o tipo de estudo com desenho transversal, realizado em um único momento, impossibilita uma análise mais aprofundada do evento existente; no caso, a relação entre transtornos de ansiedade e causas associadas.

Como ponto positivo da pesquisa, destaca-se a utilização de um instrumento composto de questões simples, de fácil aplicação e acessibilidade para os respondentes. A elevada proporção de participação e o rigor metodológico, empregado em todas as etapas da pesquisa, também contribuíram para a validade interna do estudo.

Como limitações, já mencionado, cumpre lembrar o delineamento transversal do estudo, o qual exclui a possibilidade de examinar a relação de temporalidade entre as exposições e os desfechos. Outra limitação metodológica importante é o uso de medidas antropométricas autorrelatados.²⁵ Os dados de peso e altura autorreferidos devem ser utilizados com prudência, em pesquisas epidemiológicas, principalmente entre aqueles que tenham a intenção de utilizá-los como variáveis numéricas contínuas para verificar fatores associados.²⁶ Entretanto, estudos como o Vigitel,⁸ realizado nas capitais dos estados brasileiros e no Distrito Federal, vêm utilizando medidas autorrelatadas, o que permite maior facilidade no trabalho, diminui as dificuldades de logística, abrange um maior número de participantes e garante economia de recursos. Ademais, medidas relatadas apresentam alta concordância com medidas aferidas.

O estudo apresentou uma elevada frequência de sobrepeso e obesidade nos ACS da região sul do Rio Grande do Sul. De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, o ACS tem como atribuição fortalecer e ampliar atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos.²⁷ Não obstante, o profissional precisa cuidar da própria saúde.

Estes apontamentos devem ser utilizados pelos gestores em saúde para incentivar a alimentação saudável e o controle do peso corporal de seus trabalhadores, contribuindo para prevenir determinadas patologias e condições prejudiciais à saúde, mediante a promoção de hábitos alimentares e de vida saudáveis. Outrossim, as medidas a serem tomadas pelos gestores devem levar em consideração as condições socioeconômicas e comportamentais dos ACS, contemplando a oferta de atividade física e cuidados com a saúde.

Conclusivamente, os resultados apresentados podem ser úteis na proposição de intervenções de educação nutricional para a população. Os agentes comunitários são profissionais da Saúde, multiplicadores de informações importantes, fundamentais no desenvolvimento de ações de promoção de saúde e prevenção de adoecimentos entre a população por eles atendida.

Contribuição das autoras

Silveira FC, Fernandes CG, Almeida MD, Aldrighi LB, Jardim VMR contribuíram e participaram de todas as etapas da elaboração deste manuscrito, incluindo a concepção e delineamento do estudo, análise e interpretação dos dados e redação. Todas as autoras aprovaram a versão final e são responsáveis por todos os aspectos do trabalho, garantindo a fidedignidade dos dados, integridade e precisão das informações.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia prático do programa saúde da família [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2001 [citado 2020 jun 23]. 67 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/partes/guia_psf1.pdf
2. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 13.595, de 05 de janeiro de 2018. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006. Dispõe sobre as atividades de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2018 jan 8 [citado 2020 jun 23]; Seção 1:155. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/L13595.htm
3. Guanaes-Lorenzi C, Pinheiro RL. Is the value of Community Healthcare Agents in Brazil's Family Health Strategy receiving full recognition? *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2016 Nov [cited 2020 Jun 23];21(8):2537-46. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015218.19572015>

4. Bertin RL, Malkowski J, Zutter LCI, Ulbrich AZ. Estado nutricional, hábitos alimentares e conhecimentos de nutrição em escolares. *Rev Paul Pediatr* [Internet]. 2010 jan [citado 2020 jun 23];28(3):303-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-05822010000300008>
5. Cataneu C, Carvalho AMP, Galindo EMC. Obesidade e aspectos psicológicos: maturidade emocional, autoconceito, locus de controle e ansiedade. *Psicol Reflex Crit* [Internet]. 2005 dez [citado 2020 jun 23];18(1):39-46. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-79722005000100006>
6. Lima FEL, Slater B, Latorre MRDO, Fisberg RM. Validade de um questionário quantitativo de frequência alimentar desenvolvido para população feminina no nordeste do Brasil. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2007 dez [citado 2020 jun 23];10(4):483-90. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2007000400006>
7. Ell E, Camacho LAB, Chor D. Perfil antropométrico de funcionários de banco estatal no Estado do Rio de Janeiro/Brasil: I – índice de massa corporal e fatores sócio-demográficos. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 1999 jan-mar [citado 2020 jun 23];15(1):113-21. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1999000100012>
8. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico* [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [citado 2020 jun 23]. 160 p. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/02/vigitel-brasil-2016.pdf>
9. Freitas AC, Marcolino FF, Santos IG. Agentes comunitários de saúde da zona leste do município de São Paulo: um olhar para seu estado nutricional e consumo alimentar. *Rev Bras Promoç Saúde* [Internet]. 2008 fev [citado 2020 jun 23];21(1):3-12. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5020/18>
10. Barbosa AM, Lacerda DAL. Associação entre consumo alimentar e estado nutricional em agentes comunitários de saúde. *Rev Bras Ciênc Saúde* [Internet]. 2017 [citado 2020 jun 23];21(3):189-96. Disponível em: <https://doi.org/10.22478/ufpb.2317-6032.2017v21n3.25321>
11. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição – PNAN [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [citado 2020 jun 23]. 84 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/pnan2011.pdf>
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Censo brasileiro 2010 [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2011 [citado 2018 fev 5]. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/resultados.html>
13. World Health Organization - WHO. Obesity: preventing and managing the global epidemic [Internet]. Geneva: World Health Organization; 1998 [cited 2020 Jun 23]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63854>
14. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n° 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2013 jun 13 [citado 2020 jun 23]; Seção 1. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
15. Velásquez-Melendez G, Pimenta AM, Kac G. Epidemiologia do sobrepeso e da obesidade e seus fatores determinantes em Belo Horizonte (MG), Brasil: estudo

- transversal de base populacional. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. 2004 jul [citado 2020 jun 23];16(5):308-14. Disponível em: <https://scielosp.org/article/rpsp/2004.v16n5/308-314/pt/>
16. Costa FM, Vieira MA, Sena RR. Absenteísmo relacionado a doenças entre membros da equipe de enfermagem de um hospital escola. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2009 jan-fev [citado 2020 jun 23];62(1):38-44. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672009000100006>
 17. Cervi A, Franceschini SCC, Priore SE. Análise crítica do uso do índice de massa corporal para idosos. *Rev Nutr* [Internet]. 2005 nov-dez [citado 2020 jun 23];18(6):765-75. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-52732005000600007>
 18. Gonçalves JTT, Silveira MF, Campos MCC, Costa LHR. Overweight and obesity and factors associated with menopause. *Ciêns Saúde Coletiva* [Internet]. 2016 Apr [cited 2020 Jun 23];21(4):1145-56. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015214.16552015>
 19. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Guia alimentar para a população brasileira [Internet]. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [citado 2020 jun 23]. 156 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf
 20. Gravena AAF, Paula MG, Marcon SS, Carvalho MDB, Pelloso SM. Maternal age and factors associated with perinatal outcomes. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2013 Apr [cited 2020 Jun 23];26(2):130-5. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002013000200005>
 21. Al-Kilani H, Waly M, Yousef R. Trends of obesity and overweight among college students in Oman: a cross sectional study. *Sultan Qaboos Univ Med J* [cited 2020 Jun 23]. 2012 Feb [cited 2020 Jun 23];12(1):69-76. Available from: <https://dx.doi.org/10.12816%2F0003090>
 22. Santos FAAS, Sousa LP, Serra MAAO, Rocha FAC. Factors that influence the quality of life of community health workers. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2016 May [cited 2020 Jun 23];29(2):191-7. Available from: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201600027>
 23. Costa CO, Branco JC, Vieira IS, Souza LDM, Silva RA. Prevalência de ansiedade e fatores associados em adultos. *J Bras Psiquiatr* [Internet]. 2019 abr-jun [citado 2020 jun 23];68(2):92-100. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000232>
 24. Anjos LA. Obesidade e Saúde Pública. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006.
 25. Maranhão Neto GA, Polito MD, Lira VA. Reliability between reported and measured weight and height, and influence of physical activity history on individuals who search for supervised practice of exercises. *Rev Bras Med Esporte* [Internet]. 2005 Mar-Apr [cited 2020 Jun 23];11(2):139-42. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1517-86922005000200009>
 26. Duca GFD, González-Chica DA, Santos JV, Knuth AG, Camargo MBJ, Araújo CL. Peso e altura autorreferidos para determinação do estado nutricional de adultos e idosos: validade e implicações em análise de dados. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2012 jan [citado 2020 jun 23];28(1):75-85. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000100008>

27. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 2436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2017 set 22 [citado 2020 jun 23];Seção 1:68. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

Tabelas e Figuras

Tabela 1 – Características demográficas, socioeconômicas, comportamentais e de saúde de acordo com o índice de massa corporal dos agentes comunitários de saúde adultos (n=564), região sul do Rio Grande do Sul, março/2016-abril/2017

Características	Total	Baixo peso/ peso adequado	Sobrepeso	Obesidade
	n (%)	171 (30,3%)	221 (39,2%)	172 (30,5%)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Demográficas				
Sexo (n=564)				
Feminino	499 (88,5)	152 (30,5)	189 (37,9)	158 (31,6)
Masculino	65 (11,5)	19 (29,2)	32 (49,2)	14 (21,6)
Idade (em anos) (n=564)				
20-30	138 (24,5)	52 (37,7)	49 (35,5)	37 (26,8)
31-40	236 (41,8)	73 (30,9)	90 (38,2)	73 (30,9)
41-50	140 (24,8)	34 (24,3)	60 (42,9)	46 (32,8)
≥51	50 (8,9)	12 (24,0)	22 (44,0)	16 (32,0)
Raça/cor da pele (n=564)				
Branca	428 (75,9)	132 (30,8)	173 (40,4)	123 (28,8)
Preta	69 (12,2)	18 (26,1)	26 (37,7)	25 (36,2)
Parda/outras/não informada	67 (11,9)	21 (31,3)	22 (32,9)	24 (35,8)
Estado civil (n=564)				
Solteiro(a)/separado(a)/divorciado(a)/viúvo(a)/não informado	216 (38,3)	65 (30,1)	86 (39,8)	65 (30,1)
Casado(a) ou com companheiro(a)	348 (61,7)	106 (30,5)	135(38,8)	107 (30,7)
Socioeconômicas				
Escolaridade (n=564)				
Ensino fundamental incompleto ou completo	34 (6,0)	8 (23,5)	16 (47,1)	10 (29,4)
Ensino médio/curso técnico incompleto ou completo	336 (59,6)	107 (31,9)	121 (36,0)	108 (32,1)
Ensino superior incompleto/completo ou pós-graduação	194 (34,4)	56 (28,9)	84 (43,3)	54 (27,8)
Área da UBS^a (n=563)				

Urbana	416 (73,9)	122 (29,3)	156 (37,5)	138 (33,2)
Rural	147 (26,1)	49 (33,3)	64 (43,5)	34 (23,2)
Ter filhos (n=562)				
Não	134 (23,8)	59 (44,0)	41 (30,6)	34 (25,4)
Sim	428 (76,2)	112 (26,2)	180 (42,1)	136 (31,7)
Comportamentais				
Hábito de fumar (n=564)				
Não	457 (81,0)	133 (29,1)	188 (41,1)	136(29,8)
Sim	74 (13,1)	26 (35,1)	26 (35,1)	22 (29,8)
Ex-fumante	33 (5,9)	12 (36,4)	7 (21,2)	14 (42,4)
Frequência do uso de álcool (n=557)				
Nunca	268 (48,1)	73 (27,2)	113 (42,2)	82 (30,6)
1 vez por mês ou menos	172 (30,9)	58 (33,7)	58 (33,7)	56 (32,6)
2 a 4 vezes por mês	105 (18,9)	33 (31,4)	45 (42,9)	27 (25,7)
2 ou mais vezes por semana	12 (2,1)	3 (25,0)	3 (25,0)	6 (50,0)
Satisfação com o serviço (n=561)				
Muito insatisfeito	31 (5,5)	8 (25,8)	14 (45,2)	9 (29,0)
Insatisfeito	77 (13,7)	25 (32,5)	23 (29,9)	29 (37,7)
Indiferente	53 (9,4)	16 (30,2)	23 (43,4)	14 (26,4)
Satisfeito	353 (62,9)	107 (30,3)	136 (38,5)	110(31,2)
Muito satisfeito	47 (8,5)	13 (27,7)	24 (51,1)	10 (21,2)
Se pudesse, mudaria de profissão (n=563)				
Não	218 (38,7)	69 (31,7)	84 (38,5)	65 (29,8)
Sim	345 (61,3)	102 (29,6)	136 (39,4)	107 (31,0)
Prática de atividade física (n=558)				
Não	314 (56,3)	86 (27,4)	116 (36,9)	112 (35,7)
Sim	244 (43,7)	84 (34,4)	103 (42,2)	57 (23,4)
Sobrecarga de trabalho (n=559)				

Não	189 (33,8)	57 (30,2)	80 (42,3)	52 (27,5)
Sim	370 (66,2)	113 (30,5)	137 (37,0)	120 (32,5)
Saúde				
Nível global de estresse (n=553)				
Nenhum	22 (4,0)	5 (22,7)	12 (54,5)	5 (22,7)
Pouco	95 (17,2)	26 (27,4)	44 (46,3)	25 (26,3)
Moderado	218 (39,4)	78 (35,8)	83 (38,1)	57 (26,1)
Bastante	166 (30,0)	48 (28,9)	58 (34,9)	60 (36,1)
Elevado	52 (9,4)	13 (25,0)	21 (40,4)	18 (34,6)
Problemas de saúde (n=563)				
Não	141 (25,0)	50 (35,5)	55 (39,0)	36 (25,5)
Sim	422 (75,0)	120 (28,4)	166 (39,3)	136 (32,3)
Ansiedade (n=562)				
Não	366 (65,1)	115 (31,4)	152 (41,5)	99 (27,1)
Sim	196 (34,9)	54 (27,5)	69 (35,2)	73 (37,3)
Uso de medicação diversa (n=557)				
Não	268 (48,1)	90 (33,6)	113 (42,2)	65 (24,2)
Sim	289 (51,9)	80 (27,7)	104 (36,0)	105 (36,3)
Depressão (n=561)				
Não	482 (85,9)	148 (30,7)	189 (39,2)	145 (30,1)
Sim	79 (14,1)	20 (25,3)	32 (40,5)	27 (34,2)
Hipertensão (n=562)				
Não	439 (78,1)	158 (36,0)	178 (40,5)	103 (23,5)
Sim	123 (21,9)	11 (8,9)	43 (35,0)	69 (56,1)
Diabetes mellitus (n=562)				
Não	531 (94,5)	166 (31,3)	216 (40,7)	149 (28,0)
Sim	31 (5,5)	3 (9,7)	5 (16,1)	23 (74,2)

a) UBS: unidade básica de saúde.

Tabela 2 – Associação do índice de massa corporal dos agentes comunitários de saúde adultos com as variáveis independentes, região sul do Rio Grande do Sul, março/2016-abril/2017

Nível - Variável	Sobrepeso ^a				Obesidade ^a			
	Análise bruta		Análise ajustada		Análise bruta		Análise ajustada	
	OR (IC _{95%} ^d)	Valor p	OR (IC _{95%} ^d)	Valor p	OR (IC _{95%} ^d)	Valor p	OR (IC _{95%} ^d)	Valor p
Sexo		0,327 ^c		0,151 ^c		0,055 ^c		0,261 ^c
Feminino	1,35 (0,74;2,48)		1,62 (0,84;3,15)		1,91 (0,98;3,71)		1,53 (0,73;3,21)	
Masculino	1,00		1,00		1,00		1,00	
Idade (em anos)		0,020 ^b		0,225 ^b		0,910 ^b		0,699 ^b
20-30	1,00		1,00		1,00		1,00	
31-40	0,76 (0,46;1,26)		1,03 (0,59;1,78)		1,07 (0,63;1,82)		1,06 (0,60;1,88)	
41-50	0,53 (0,30;0,95)		0,75 (0,40;1,42)		1,01 (0,57;1,80)		0,96 (0,51;1,80)	
≥51	0,51 (0,23;1,15)		0,69 (0,29;1,62)		0,96 (0,44;2,08)		0,88 (0,39;1,99)	
Raça/cor da pele		0,612 ^c		0,655 ^c		0,125 ^c		0,697 ^c
Branca	1,00		1,00		1,00		1,00	
Preta	0,91 (0,48;1,72)		0,95 (0,49;1,83)		1,35 (0,74;2,45)		1,18 (0,64;2,19)	
Parda/outras/não informada	1,25 (0,66;2,37)		1,20 (0,63;2,31)		1,53 (0,82;2,86)		1,49 (0,79;2,80)	
Estado civil		0,856 ^c		0,378 ^c		0,820 ^c		0,709 ^c
Solteiro(a)/ separado(a)/divorciado(a)/ viúvo(a)/não informado	1,00		1,00		1,00		1,00	
Casado(a) ou com companheiro(a)	1,04 (0,69;1,57)		1,22 (0,79;1,88)		1,05 (0,70;1,58)		1,08 (0,70;1,67)	
Escolaridade		0,641 ^b		0,254 ^b		0,370 ^b		0,211 ^b
Ensino fundamental incompleto ou completo	1,00		1,00		1,00		1,00	
Ensino médio/curso técnico incompleto ou	1,77 (0,73;4,30)		1,49 (0,60;3,71)		1,43 (0,62;3,28)		1,41 (0,58;3,40)	

completo					
Ensino superior incompleto/completo ou pós-graduação	1,33 (0,53;3,32)	0,99 (0,38;2,60)	1,03 (0,43;2,43)	0,92 (0,36;2,35)	
Área da UBS^e		0,665 ^c	0,711 ^c	0,021 ^c	0,042 ^c
Urbana	1,00	1,00	1,00	1,00	
Rural	0,95 (0,76;1,19)	0,91 (0,57;1,47)	0,59 (0,38;0,93)	0,58 (0,34;0,98)	
Ter filhos		≤0,001 ^c	≤0,001 ^c	0,605 ^c	0,505 ^c
Não	1,00	1,00	1,00	1,00	
Sim	0,46 (0,30;0,69)	0,42 (0,26;0,69)	1,05 (0,87;1,27)	0,82 (0,47;1,45)	
Hábito de fumar		0,041 ^c	0,010 ^c	0,044 ^c	0,502 ^c
Não	1,00	1,00	1,00	1,00	
Sim	1,41 (0,78;2,54)	1,73 (0,92;3,26)	1,17 (0,64;2,15)	1,09 (0,55; 2,15)	
Ex-fumante	2,42 (0,93;6,32)	2,91 (1,07;7,95)	2,76 (1,09;7,03)	1,44 (0,50; 4,18)	
Frequência do uso de álcool		0,357 ^c	0,934 ^c	0,707 ^c	0,972 ^c
Nunca	1,00	1,00	1,00	1,00	
1 vez por mês ou menos	1,55 (0,97;2,47)	1,30 (0,79;2,12)	1,33 (0,83;2,12)	1,25 (0,76;2,04)	
2 a 4 vezes por mês	1,13 (0,66;1,94)	0,87 (0,49;1,54)	0,83 (0,47;1,44)	0,79 (0,43;1,43)	
2 ou mais vezes por semana	1,55 (0,30;7,88)	1,34 (0,24;7,26)	2,76 (0,67;11,34)	3,67 (0,81;16,56)	
Satisfação com o serviço		0,554 ^b	0,367 ^b	0,236 ^b	0,729 ^b
Muito insatisfeito	1,00	1,00	1,00	1,00	
Insatisfeito	1,90 (0,67;5,36)	2,28 (0,74;6,99)	1,96 (0,72;5,33)	1,78 (0,63;5,08)	
Indiferente	1,22 (0,41;3,58)	1,39 (0,43;4,46)	0,95 (0,32;2,76)	0,84 (0,27;2,59)	
Satisfeito	1,38 (0,56;3,40)	1,39 (0,52;3,69)	1,26 (0,52;3,02)	1,36 (0,55; 3,36)	
Muito satisfeito	0,95 (0,31;2,85)	0,86 (0,26;2,85)	0,65 (0,21;1,98)	0,79 (0,24;2,55)	

Se pudesse, mudaria de profissão	0,541 ^c	0,243 ^c	0,613 ^c	0,588 ^c
Não	1,00	1,00	1,00	1,00
Sim	0,89 (0,61;1,29)	0,76 (0,49;1,20)	0,96 (0,82;1,12)	0,88 (0,56;1,39)
Atividade física	0,745 ^c	0,617 ^c	0,567 ^c	0,017 ^c
Não	1,00	1,00	1,00	1,00
Sim	0,99 (0,97;1,02)	1,11 (0,72;1,72)	1,00 (0,99;1,02)	0,57 (0,36;0,90)
Sobrecarga de trabalho	0,318 ^c	0,339 ^c	0,308 ^c	0,251 ^c
Não	1,00	1,00	1,00	1,00
Sim	0,99 (0,97;1,01)	1,25 (0,79;1,98)	0,96 (0,89;1,03)	1,31 (0,82;2,08)
Nível global de estresse	0,442 ^b	0,264 ^b	0,027 ^b	0,555 ^b
Nenhum	1,00	1,00	1,00	1,00
Pouco	1,42 (0,45;4,48)	1,12 (0,34;3,70)	1,36 (0,45;4,48)	1,37 (0,36;5,27)
Moderado	2,25 (0,76;6,69)	1,88 (0,60;5,85)	1,65 (0,76;6,69)	1,73 (0,47;6,30)
Bastante	1,99 (0,65;6,03)	1,65 (0,51;5,31)	2,48 (0,82;7,49)	2,60 (0,70; 9,68)
Elevado	1,48 (0,42;5,19)	1,66 (0,43;6,32)	2,06 (0,61;6,96)	2,02 (0,47;8,59)
Problemas de saúde	0,580 ^c	0,318 ^c	0,819 ^c	0,014 ^c
Não	1,00	1,00	1,00	1,00
Sim	1,04 (0,89;1,24)	0,75 (0,43;1,31)	1,02 (0,85;1,22)	0,45 (0,24;0,85)
Ansiedade	0,878 ^c	0,664 ^c	0,022 ^c	0,019 ^c
Não	1,00	1,00	1,00	1,00
Sim	1,03 (0,67;1,59)	1,13 (0,65;1,95)	1,62 (1,07;2,46)	1,97 (1,12;3,45)
Uso de medicação diversa	0,865 ^c	0,414 ^c	0,007 ^c	0,900 ^c
Não	1,00	1,00	1,00	1,00
Sim	0,96 (0,65;1,44)	1,23 (0,75;2,02)	1,75 (1,17;2,64)	1,03 (0,60;1,79)
Depressão	0,460 ^c	0,435 ^c	0,737 ^c	0,038 ^c

Não	1,00	1,00	1,00	1,00
Sim	0,80 (0,44;1,45)	0,75 (0,36;1,55)	1,10 (0,63;1,92)	0,46 (0,23;0,96)
Hipertensão	$\leq 0,001^c$	$\leq 0,001^c$	$\leq 0,001^c$	$\leq 0,001^c$
Não	1,00	1,00	1,00	1,00
Sim	0,29 (0,14;0,58)	0,27 (0,13;0,57)	2,77 (1,77;4,35)	2,91 (1,63;5,18)
Diabetes mellitus	0,737 ^c	0,853 ^c	$\leq 0,001^c$	$\leq 0,001^c$
Não	1,00	1,00	1,00	1,00
Sim	0,78 (0,18;3,31)	0,87 (0,19;3,86)	6,67 (2,48;17,90)	6,25 (2,15;18,21)

a) Estado nutricional de 'baixo peso/peso adequado' considerado como referência (grupo de comparação) / OR = *odds ratio* – razão de chances.

b) Valor p calculado pelo teste de Wald para tendência linear.

c) Valor p calculado pelo teste de heterogeneidade.

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

e) UBS: unidade básica de saúde.