



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO**

**ANA PAULA KALIL PRISCO**

**TRANSTORNOS DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR EM TRABALHADORES  
RESIDENTES EM ZONA URBANA - FEIRA DE SANTANA – BA.**

Feira de Santana  
2009

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO**

**ANA PAULA KALIL PRISCO**

**TRANSTORNOS DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR EM TRABALHADORES  
RESIDENTES EM ZONA URBANA - FEIRA DE SANTANA – BA.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Epidemiologia

Linha de Pesquisa: Saúde, ambiente e trabalho

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr.<sup>ª</sup> Tânia Maria de Araújo  
Co-orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr.<sup>ª</sup> Maura Maria G. de Almeida

Feira de Santana  
2009

Prisco, Ana Paula Kalil

P954t Transtornos do comportamento alimentar em trabalhadores residentes em zona urbana, Feira de Santana, Ba / Ana Paula Kalil Prisco. – Feira de Santana, 2009.  
113f.

Orientador : Tânia Maria Araújo

Co-orientadora: Maura Maria G. de Almeida

Dissertação ( Mestrado em Saúde Coletiva ) – Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana.

1. Transtornos alimentares. 2. Saúde do trabalhador. 3. Transtorno da compulsão alimentar periódica. 4. Bulimia. I. Araújo, Tânia Maria. II. Almeida, Maura Maria G. de. III. Universidade Estadual de Feira de Santana. III. Título.

CDU: 616.891:612.39

**ANA PAULA KALIL PRISCO**

**TRANSTORNOS DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR EM TRABALHADORES  
RESIDENTES EM ZONA URBANA - FEIRA DE SANTANA – BA.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Epidemiologia

Linha de Pesquisa: Saúde, ambiente e trabalho

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Tânia Maria de Araújo

Co-orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup> Maura Maria G. de Almeida

Aprovada em            de            de 2009.

**Banca Examinadora:**

---

Examinador – Prof.<sup>ª</sup> Dr.<sup>ª</sup> Geralda Aldina Dias R. Cruz

---

Examinador – Prof.<sup>ª</sup> Dr.<sup>ª</sup> Maria Conceição Oliveira Costa

---

Presidente – Prof.<sup>ª</sup> Dr.<sup>ª</sup> Tânia Maria de Araújo

Feira de Santana  
2009

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, luz sempre presente no meu caminho, e a disposição dos envolvidos, direta ou indiretamente, no processo de elaboração deste trabalho:

**Aos participantes deste estudo**, que cederam parte do seu precioso tempo para responderem as nossas solicitações.

A minha orientadora, **Tânia Maria de Araújo**, pela sua “super-visão” ...seu olhar, sem dúvida, fez toda a diferença. Agradeço pelos encontros e “desencontros”...tudo foi importante porque me oportunizou aprender e crescer. Obrigada!

Aos professores do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva pela sabedoria e ensinamentos: **Edna Araújo, Geralda, Marluce, Maria Ângela, Davi Félix, Maria Conceição, Nelson, Graciete Rosely, Tânia Araujo, Tecia** e, em especial, **Maura Almeida**.

A **Goreth, Jorge e Siomara**, pela atenção e suporte.

As funcionárias da Biblioteca Central Julieta Carteadó, **Fátima e D. Neuza (COMUT)**, pela disponibilidade e ajuda.

Aos inesquecíveis colegas: **Camila, Carolina, Elisângela, Emanuelle, Jefferson, Julie, Kaio, Kleize, Maria do Carmo, Maiza, Sylvania, Rita de Cássia, Valesca e Wilza**, pelas alegrias, angústias, conquistas e, claro, “lanchinhos” partilhados...momentos de um sabor inesquecível!

As amigas **Paloma Pinho, Kionna Bernardes, Michelle Falcão e Mônica Farias** por terem me incentivado e apoiado durante todo o percurso.

Ao grupo “**segundas-operativas**” pelo acolhimento, escuta e muito mais...

A minha mãe, **Vitória Régia**, sempre por perto, “para o que der e vier”...obrigada!

A minha irmã, **Fabiola**, pelos seus dons, criatividade, assessoria e muita paciência...

Ao meu cunhado, **Rogério**...valeu a ajuda.

Ao meu primo-irmão, **Ulisses**, pela torcida de sempre.

Aos amigos (as), primos (as), sobrinhos (as) e afilhados que me proporcionaram momentos de alegria e descontração...essenciais para aliviar o estresse e seguir em frente...

Aos meus filhos amados, **Rodrigo e Isabela**, por terem se esforçado para compreender a minha ausência e por terem respeitado o meu desejo por fazer o mestrado...amo vocês!

E, por fim, agradeço especialmente a **Marivon**, meu esposo, amigo e companheiro para todas as horas (literalmente!). Nego, sem o seu suporte esta “empreitada” não teria sido possível. Obrigada por tudo!

Ao meu pai, meu eterno “Gú”, Geraldo Kalil (in memoriam), exemplo de força, coragem, criatividade e vida! Saudades...

*Em relação a todos os atos de iniciativa e de criação  
existe uma verdade elementar: no momento em que nos comprometemos,  
a Providência também se põe em movimento.  
Todo um fluir de acontecimentos surge a nosso favor.  
Como resultado da decisão,  
seguem-se todas as formas de coincidências, encontros e ajuda,  
que nenhum homem jamais poderia ter sonhado encontrar.  
Qualquer coisa que você possa fazer ou sonhar, você pode começar.  
A coragem contém, em si mesma, o poder, o gênio e a magia.*

(Goethe)

## RESUMO

O aumento da incidência dos transtornos alimentares (TA) na população é tema controverso. Embora o interesse, discussão e pesquisas sobre esta temática estejam em ascensão, sabe-se que investigações epidemiológicas de base populacional ainda são escassas, uma vez que a maioria dos estudos é realizada em serviços de saúde. As variações metodológicas (população, desenho de estudo, instrumento de coleta de dados) dos estudos também dificultam o consenso e a consistência das informações existentes. Nesse sentido, estudos epidemiológicos são necessários para produção de maior compreensão sobre o problema. Considerando que a etiologia dos TA é multifatorial, o presente estudo buscou investigar sua possível relação com a atividade laboral, uma vez que a inserção no mercado de trabalho pode favorecer a saúde ou a doença. Objetivou-se descrever os TA (bulimia nervosa e transtorno da compulsão alimentar periódica) segundo características, sociodemográficas, comportamentais e do trabalho, assim como estimar a prevalência desses transtornos e sua associação com aspectos psicossociais do trabalho entre trabalhadores de Feira de Santana, Bahia. Trata-se de um estudo epidemiológico de corte transversal, de caráter exploratório, realizado com trabalhadores residentes na zona urbana de Feira de Santana, com idade igual ou superior a 15 anos, inseridos em atividade remunerada, com ou sem vínculo formal de trabalho. Para coleta de dados, utilizou-se dois instrumentos: ficha domiciliar e questionário individual, contendo questões sobre características sociodemográficas e do trabalho, aspectos psicossociais do trabalho, hábitos de vida e comportamento alimentar. A análise foi feita com auxílio do SPSS 9.0 e do Epi Info versão 6.0. Foi feita a caracterização da população e análise das características psicossociais do trabalho e a prevalência dos TA, as razões de prevalência e respectivos intervalos de confiança. Entre os 1.273 trabalhadores estudados foi predominante o sexo feminino (60,2%), os mais jovens (51,7% tinham até 35 anos), casados (53,1%), de cor parda (55,2%), que possuíam ensino médio (51,5%) e baixa renda (81,2% recebiam até dois salários mínimos). As prevalências de Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP) e Bulimia Nervosa (BN) na população estudada foram, respectivamente, 4,3% e 1,0%. As prevalências de TCAP e BN foram mais acentuadas entre os que apresentaram CAGE positivo para uso abusivo de álcool, insatisfação com o peso/aparência, obesidade autoreferida, história de agressão na infância e problema financeiro. Apresentaram maiores prevalências de TCAP e BN os trabalhadores dos setores de serviços domésticos e comércio, os que tinham vínculo informal de trabalho e os que possuíam carga horária semanal de até 30 horas. As prevalências de TCAP e BN foram mais elevadas no grupo de trabalho de alta exigência. O estudo enfocou uma relação ainda pouco investigada (TA x Trabalho) e possibilitou um conhecimento preliminar dos TA na realidade local. Espera-se com isso instigar o interesse por novas investigações, bem como dar visibilidade a importância de se investir em políticas de saúde que contemplem os referidos transtornos.

Palavras-chave: Transtornos Alimentares. Transtorno da compulsão alimentar periódica. Bulimia. Trabalho. Saúde.

## ABSTRACT

The increase of the eating disorders (ED) in the population, is a controversial issue. Although there may be interest, discussions and research about this issue under study, it is perceived that epidemiologic investigations of population base are still scarce, as the majority of the studies are carried through in health service units. The methodological variations (population, design of the study, method of collection of data) of the studies also make the consensus difficult and the consistency of the existing information. Thus, epidemiologic studies are necessary for the production of solid knowledge on this issue. Considering that the etiology of ED is multifactor, this study aimed to investigate its possible connection with the labor activity, as the insertion in the work market can contribute to health or illness. This study aimed to describe the ED, such as bulimia nervosa and binge eating disorder, according to the labor, behavior and socio-demographics characteristics, as well as estimate the prevalence of these disorders and its association with psycho-social aspects of the work within the workers of Feira de Santana city, state of Bahia. This is an epidemiological cross-sectional, exploratory study, carried out with resident workers, ages: 15 years old or older, in the urban area of Feira de Santana city, involved in remunerated activity, with or without formal work relation. In order to collect the data, it was used two instruments: a home questionnaire and an individual one, containing questions about socio-demographic characteristics and the work, psycho-social aspects of the work, habits of life and eating behavior. The analysis was developed by using SPSS 9.0 and the Epi Info version 6.0 softwares. The description of the population and analysis of the psycho-social characteristics of the work and the prevalence of ED have been done as well as the reasons of the prevalence and respective confidence intervals. Among 1,273 investigated workers, the feminine sex was predominant (60.2%), youngest (51.7% had up to 35 years), the married ones (53.1%), the African descent people (55.2%), the ones that had medium education (51.5%) and those of low income (81.2% received up to two minimum salaries). The prevalence of Binge Eating Disorder (BED) and Bulimia Nervosa (BN) in the studied population have been, respectively, 4.3% and 1.0%. The prevalences of BED and BN have been significantly greater than those ones which showed CAGE positive, dissatisfaction with one's weight, looks and self referred obesity, history of aggressive events in childhood and financial problem. The prevalences of BED and BN have been higher among the workers of house care services and commerce, and among those who had informal work and the ones who had weekly workload up to 30 hours. The prevalences of BED and BN have also been higher in the work group of greater demanding. This study has focused on a relation not so investigated (ED versus Work) and has contributed to bring a preliminary knowledge of ED in the local reality. It is expected that this study may encourage researchers' interest for new studies, as well as show the importance of making investments in health policies that may account for the referred disorders

Keywords: Eating Disorder. Binge Eating Disorder. Bulimia. Work. Health.

**LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AN – Anorexia Nervosa

APA – American Psychiatric Association

BA – Bahia

BN – Bulimia Nervosa

CAGE (questionário) – Acrônimo referente as suas quatro perguntas: *Cut down, Annoyed by criticism, Guilty e Eye-opener.*

CAP – Compulsão Alimentar Periódica

CID-10 – Classificação Internacional das Doenças

DIEESE - Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socio-Econômicos

DPM - Distúrbios Psíquicos Menores

DSM-IV – Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais

FSA – Feira de Santana

INSS - Instituto Nacional de Seguridade Social

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

JCQ - Job Content Questionnaire

MDC - Modelo Demanda Controle

NEPI – Núcleo de Epidemiologia

OIT - Organização Internacional do Trabalho

OMS - Organização Mundial de Saúde

PHQ – Patient Health Questionnaire

PRIME-MD PHQ – Primary Care Evaluation of Mental Disorders

RP - Razão de Prevalência

TA – Transtornos Alimentares

TANE – Transtornos Alimentares Não Especificados

TASOE – Transtorno Alimentar Sem Outra Especificação

TCA – Transtornos do Comportamento Alimentar

TCAP – Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TMC - Transtornos Mentais Comuns

UEFS – Universidade Estadual de Feira de Santana

**SUMÁRIO**

<b>1</b>	<b>CONSIDERAÇÕES INICIAIS</b>	<b>11</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>15</b>
<b>3</b>	<b>ARTIGO: PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR EM TRABALHADORES RESIDENTES EM ZONA URBANA DE FEIRA DE SANTANA, BAHIA</b>	<b>16</b>
	RESUMO	17
	ABSTRACT	18
	INTRODUÇÃO	19
	MATERIAIS E MÉTODOS	21
	RESULTADOS	24
	DISCUSSÃO	28
	CONCLUSÃO	35
	REFERÊNCIAS	37
	TABELAS	40
<b>4</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>45</b>
<b>5</b>	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>47</b>
<b>6</b>	<b>APÊNDICE</b>	<b>52</b>
	PROJETO DE PESQUISA	
<b>7</b>	<b>ANEXOS</b>	<b>97</b>
	ANEXO A– AUTORIZAÇÃO PARA USO DO BANCO	
	ANEXO B – FICHA DOMICILIAR	
	ANEXO C – QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL	
	ANEXO D – MODELO DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	
	ANEXO E - APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA PELO CEP	

## 1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Os Transtornos alimentares (TA) são patologias de origem multifatorial, representadas por comportamentos alimentares inadequados, geralmente acompanhados de complicações biológicas, psicológicas e sociais, e que afetam, principalmente, mulheres jovens, chegando a uma proporção homem/mulher de 1:10 (BORGES et al., 2006; FIATES; SALLES, 2001; APOLINARIO; CLAUDINO, 2000; PRITTS; SUSMAN, 2003).

A Associação Americana de Psiquiatria (APA) reconhece quatro tipos de TA: anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN), transtorno da compulsão alimentar periódica (TCAP) (em fase de estudo e aprovação como nova categoria diagnóstica) e transtorno alimentar sem outra especificação (TASOE). Este último inclui os quadros parciais ou incompletos de AN, BN e TCAP, assim como outros tipos de comportamentos e hábitos alimentares incomuns como: ruminação (engolir e retornar o alimento à boca para remastigar e engolir novamente), pica (ingestão de substâncias consideradas não alimentares para o humano: fezes, giz, madeira, terra e outras), hiperfagia reativa (aumento de apetite devido a questões emocionais) (HSU, 2004; CLAUDINO; BORGES, 2002).

Os critérios diagnósticos para os TA, em geral, são baseados nos principais sistemas classificatórios atualmente em voga: o Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV-TR (MANUAL, 2002) e a Classificação Internacional das Doenças - CID-10 (OMS, 1998). A AN caracteriza-se pela recusa alimentar voluntária que pode levar a um estado de desnutrição grave e extrema magreza (caquexia); entre as mulheres pode ocorrer amenorréia pós-menarca. Pode ser do tipo restritivo (restrição drástica da alimentação sem purgações) ou purgativo (presença de purgações – vômitos, laxantes, enemas, diuréticos - após episódio compulsivo ou até mesmo após pequenas porções de comida) (MANUAL, 2002).

A BN caracteriza-se pela ingestão descontrolada de uma grande quantidade de alimentos (*binge eating*), que atende a uma série de estados emocionais ou situações estressantes. As pessoas que apresentam esse tipo de problema costumam realizar verdadeiras “orgias” alimentares, geralmente rápidas e secretas, seguidas, na maioria das vezes, de comportamento purgativo. Diferente dos anoréxicos, que apresentam um

peso abaixo do esperado, os bulímicos costumam ter um peso considerado normal (CORDÁS; CLAUDINO, 2002). Pode ser do tipo purgativo (com auto-indução de vômito e ou uso indevido de laxantes, diuréticos e enemas) ou sem purgação (uso de outros comportamentos compensatórios – jejuns e exercícios físicos excessivos – mas sem prática purgativa) (MANUAL, 2002). O TCAP é uma nova categoria diagnóstica de TA que se encontra em fase de pesquisa e de possível inclusão entre as categorias principais dos TA. O episódio central do TCAP é a compulsão alimentar com episódios recorrentes da ingestão excessiva de alimento, com sensação de perda de controle e ausência de comportamentos compensatórios (GALVÃO; CLAUDINO; BORGES, 2006).

Apesar de serem classificadas separadamente, a AN e BN possuem uma psicopatologia comum: preocupação em excesso com o peso e a forma corporal devido ao medo patológico de engordar, o que leva as pessoas anoréxicas e bulímicas a adotarem dietas restritivas e comportamentos que visam a perda e/ou controle do peso. Outro ponto em comum é a freqüente insatisfação com a aparência física. Tanto na AN como na BN o sujeito faz um julgamento de si mesmo indevido com base na forma física, a qual geralmente é percebida de forma distorcida; por exemplo, na anorexia nervosa, apesar da extrema magreza, o indivíduo percebe-se acima do peso (MANUAL, 2002; CLAUDINO; BORGES, 2002). Saikali et al. (2004), referem que a insatisfação ou distorção da imagem corporal pode estar presente em outros quadros psiquiátricos, mas é nos TA que seu papel sintomatológico e prognóstico é mais relevante. Em relação ao TCAP, não se observa excessiva preocupação com o peso e a forma física, nem a utilização de métodos compensatórios após grande ingestão alimentar. Geralmente os indivíduos portadores de TCAP apresentam sobrepeso ou obesidade (SPITIZER et al., 1992).

A prevalência de anorexia e bulimia entre mulheres é de aproximadamente 0,5% e 1-3%, respectivamente. Estas taxas podem variar a depender da adoção de uma definição do transtorno mais restrita ou mais abrangente (MANUAL, 2002). Em relação aos TCAP, estima-se uma prevalência de 5 a 30% entre pacientes em tratamento para emagrecer, sendo que na população geral varia de 2 a 3%. (CORDÁS, 2001). De acordo com a literatura, embora os TA sejam considerados eventos de baixa prevalência, eles possuem taxas significativas de morbidade e mortalidade (ASSUMPÇÃO; CABRAL, 2002; HSU, 1996; PINZON; NOGUEIRA, 2004).

Apesar dos prejuízos físicos, emocionais, sociais e econômicos, apenas uma minoria de indivíduos com TA estão em tratamento. Possíveis causas que podem explicar esse fato são a falta de informação e o preconceito tanto na população geral, quanto entre os profissionais de saúde, e a ausência de políticas de saúde que incluam a assistência aos portadores de TA. No Brasil existem poucos serviços universitários especializados para atender pacientes com TA (APOLLINARIO; MOYA, 2006).

Na etiologia dos TA existem os fatores predisponentes (que aumentam a chance de aparecimento: aspectos individuais, familiares e sócio-culturais), os precipitantes (que marcam o aparecimento dos sintomas: dieta para emagrecer e eventos estressores) e os mantenedores (que determinam se o transtorno vai permanecer ou não: aspectos fisiológicos, psicológicos e culturais) (MORGAN; VECCHIATTI; NEGRÃO, 2002).

Embora estudos realizados na área permitam afirmar que os TA são doenças de origem multifatorial, não há dados conclusivos sobre a forma como cada fator interfere no estabelecimento da doença. Uma questão pouco explorada, por exemplo, é a relação entre TA e trabalho. A maioria das pesquisas que abordam esta interface é realizada com grupos ocupacionais considerados de risco para o desenvolvimento da doença como: atletas, modelos, bailarinos e atores. Nestas ocupações o peso e a imagem corporal influenciam no sucesso e desempenho profissional, acarretando numa maior preocupação com o corpo e, conseqüentemente, muitos acabam desenvolvendo comportamentos alimentares inadequados na tentativa de alcançar o tão almejado “corpo ideal” (HSU, 1996; MELIN; ARAÚJO, 2002). A lacuna existente sobre o nexos entre TA e aspectos da atividade laboral, que ultrapassem os fatores “estéticos”, aponta para a importância de novos estudos.

A presente pesquisa investiga os TA entre trabalhadores da zona urbana de Feira de Santana. Na realidade local, trata-se de um estudo pioneiro com esta temática e tem caráter exploratório. Sua importância também reside no fato de ser uma investigação epidemiológica de base populacional (1.273 trabalhadores participaram desta pesquisa).

Para além dos aspectos estéticos, bastante enfatizados na literatura, buscou-se avaliar outros elementos ligados ao trabalho (por exemplo, estresse ocupacional, condições e relações do trabalho) que pudessem funcionar como agentes estressores atrelados a práticas alimentares incorretas e até mesmo ao desenvolvimento e ou manutenção de transtornos alimentares. Para avaliar o estresse ocupacional utilizou-se o *Job Content Questionnaire* (JCQ) questionário proposto por Karasek (1985), composto

de questões que mensuram o controle sobre o próprio trabalho e demanda psicológica, além de outros aspectos psicossociais no trabalho.

Ao investigar a relação entre trabalho e TA também foi dado ênfase aos aspectos sociodemográficos, especialmente às questões de gênero e idade, pois além da maioria dos casos de TA ser observados em mulheres jovens (BUCARECHI; CORDÁS, 2003), alguns estudos também referem que o sexo feminino está mais sujeito à dupla jornada de trabalho, discriminações e preconceitos no contexto profissional (BRITO; D'ACRI, 1991; POSSATI; DIAS, 2002). Estas questões podem ampliar a reflexão sobre trabalho, gênero e alguns sintomas característicos da modernidade (insônia, compulsões, estresse). Também se investigou hábitos de vida, insatisfação com peso e/ou aparência, obesidade auto-referida, agressão na infância, problemas financeiros ou preocupações versus TA.

Esta dissertação está apresentada sob a forma de artigo intitulado “Prevalência de transtornos do comportamento alimentar em trabalhadores da zona urbana de Feira de Santana, Bahia”. Os resultados obtidos são oriundos de um recorte de um amplo estudo de base populacional intitulado “Caracterização da saúde mental da zona urbana de Feira de Santana, Bahia, Brasil” que incluiu amostra representativa, aleatoriamente selecionada, da população com 15 anos ou mais de idade do referido município<sup>1</sup>. Trata-se de uma investigação epidemiológica de corte transversal, de caráter exploratório, realizada no ano de 2007. Neste estudo, analisou-se apenas os trabalhadores (N= 1.273).

Constam também na dissertação o projeto de pesquisa, o termo de consentimento livre e esclarecido, autorização para uso do banco, parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UEFS e instrumento utilizado para coleta de dados.

Tendo em vista a carência de investigações epidemiológicas de base populacional sobre os TA, espera-se que este estudo possa contribuir com a ampliação e solidificação do conhecimento acerca do tema, além de fornecer elementos norteadores para o processo de elaboração de ações e políticas voltadas para a saúde do trabalhador.

---

<sup>1</sup> Descrição mais detalhada dos procedimentos metodológicos utilizados pode ser obtida no Projeto de Pesquisa (APÊNDICE, pp. 81-86).

## 2 OBJETIVOS

### GERAL

- Descrever a prevalência de transtornos do comportamento alimentar (bulimia e transtorno da compulsão alimentar periódica) entre trabalhadores da zona urbana de Feira de Santana, Bahia, segundo características sociodemográficas, do trabalho profissional e comportamental.

### ESPECÍFICOS

- Estimar a prevalência de Transtornos do comportamento alimentar entre trabalhadores da zona urbana de Feira de Santana –BA, segundo gênero;
- Estimar a prevalência de comportamentos sugestivos de Bulimia Nervosa (BN) e Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP);
- Avaliar a prevalência de TCA entre trabalhadores da zona urbana de Feira de Santana, segundo insatisfação com peso/aparência, agressão na infância, obesidade auto-referida e problemas financeiros ou preocupações;
- Avaliar a prevalência de Transtornos do comportamento alimentar entre trabalhadores da zona urbana de Feira de Santana, segundo aspectos psicossociais do trabalho (níveis de demanda e controle sobre o trabalho realizado).

### 3 ARTIGO

**PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR  
EM TRABALHADORES RESIDENTES EM ZONA URBANA DE FEIRA DE SANTANA, BAHIA.**

*Prevalence of eating disorders in urban workers of Feira de Santana city, Bahia.*

**Ana Paula Kalil Prisco**

Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Universidade Estadual de Feira de  
Santana (UEFS)

e-mail: anapaula\_kalil@hotmail.com

**Tânia Maria de Araújo**

Núcleo de epidemiologia, Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de  
Santana (UEFS)

e-mail: araujo.tania@uefs.br

**Maura Maria G. de Almeida**

Núcleo de epidemiologia, Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de  
Santana (UEFS)

e-mail: mesauco@uefs.br

Endereço para correspondência:

Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS

Centro de Pós-graduação em Saúde Coletiva

Núcleo de Epidemiologia – NEPI

BR 116, Km 03

CEP: 44031-460

Feira de Santana - Bahia

## RESUMO

### Objetivo

Estimar a prevalência de transtornos do comportamento alimentar (bulimia e compulsão alimentar periódica) entre trabalhadores da zona urbana de Feira de Santana.

### Métodos

Estudo epidemiológico de corte transversal exploratório, incluindo 1.273 trabalhadores da zona urbana de Feira de Santana, Bahia. Instrumentos utilizados: ficha domiciliar e questionário individual, composto por blocos de questões sobre **características sociodemográficas e do trabalho profissional, hábitos de vida** (etilismo, tabagismo e atividade de lazer), **comportamento alimentar** (através do bloco sobre alimentação do *Patient Health Questionnaire/ PHQ*) e **aspectos psicossociais do trabalho** (através do *Job Content Questionnaire/JCQ*).

### Resultados

Entre os trabalhadores estudados foi predominante o sexo feminino (60,2%), os mais jovens (51,7% tinham até 35 anos), os casados (53,1%), os de cor parda (55,2%), os que possuíam ensino médio (51,5%) e baixa renda (81,2% recebiam até dois salários mínimos). As prevalências de Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP) e Bulimia Nervosa (BN) na população estudada foram, respectivamente, 4,3% e 1,0%. As prevalências de TCAP e BN foram mais elevadas entre os que apresentaram CAGE positivo, insatisfação com o peso/aparência, obesidade auto-referida, história de agressão na infância e problema financeiro/preocupações. Tiveram maiores prevalências de TCAP e BN os setores de serviços domésticos e comércio, os que tinham vínculo informal de trabalho e os que possuíam carga horária semanal de até 30 horas. As prevalências de TCAP e BN foram mais elevadas no grupo de trabalho de alta exigência.

### Conclusões

Os dados encontrados apontam para a importância de se ampliar os estudos populacionais sobre os transtornos alimentares entre trabalhadores, para além dos conhecidos grupos ocupacionais de risco (bailarinos, atletas e modelos). Considera-se que outros aspectos do trabalho podem contribuir para ocorrência e/ou manutenção desses transtornos.

### Palavras-chave

Transtornos alimentares. Transtorno da compulsão alimentar periódica. Bulimia nervosa. Trabalhadores. Aspectos do trabalho. Aspectos psicossociais do trabalho.

## ABSTRACT

### Objective

To estimate the prevalence of eating disorders (bulimia and binge eating disorder) among workers of the urban area of Feira de Santana city.

### Methods

An epidemiologic, descriptive and exploratory cross-sectional study has been conducted, including 1,273 workers from the urban area of Feira de Santana city, Bahia. Instruments used: Home questionnaire and Personal questionnaire, composed of questions about social-demographic and work characteristics, life style (alcoholism, smoke addiction, and hobbies), eating behavior (through the eating behavior of the *Patient Health Questionnaire/ PHQ*) and psychosocial aspects of work (through the *Job Content Questionnaire/ JCQ*).

### Results

Among the workers studied, the female were predominant (60,2%), the younger (51,7% were up to 35 years old), the married ones (53,1%), the African descent ones (55,2%), with high school grade (51,5%) and with low incomes (81,2% less than 2 minimum salaries). The prevalence of Binge Eating Disorder (BED) and Bulimia Nervosa (BN) in the studied population were, respectively, 4,3% and 1,0%. The prevalences of BED and BN have been higher among the workers of house care services and commerce, and among those who had informal work and the ones who had weekly workload up to 30 hours. The prevalences of BED and BN have also been higher in the work group of greater demanding.

### Conclusions

This study has focused on a relation not so investigated (ED versus Work) and has contributed to bring a preliminary knowledge of ED in the local reality. It is expected that this study may encourage researchers' interest for new studies, as well as show the importance of making investments in health policies that may account for the referred disorders

### Keywords

Eating disorder. Binge Eating Disorder. Bulimia Nervosa. Workers. Working aspects. Psychosocial aspects of work.

## INTRODUÇÃO

Estudos têm apontado aumento da incidência dos transtornos alimentares (HSU, 1996), despertando o interesse de profissionais das diversas áreas do saber. Entretanto, não há consenso se essa incidência está realmente em ascensão ou não (NUNES, 2006). Alguns autores chamam a atenção para a possibilidade desse aumento estar relacionado ao maior conhecimento e divulgação do assunto, levando a um diagnóstico mais preciso dos casos por parte dos profissionais e um maior reconhecimento da doença por parte dos familiares (o que pode aumentar a procura por ajuda profissional) (BORGES et al., 2006). Por outro lado, também é destacada a possibilidade de subestimação da taxa de incidência, especialmente em estudos de amostras clínicas, uma vez que geralmente os casos mais graves da doença é que buscam algum tipo de serviço especializado (NUNES, 2006).

Os transtornos alimentares (TA) são patologias caracterizadas por alterações no comportamento alimentar. Ocorrem mais frequentemente no sexo feminino, representando 90% dos casos (BUCARETCHI; CORDÁS, 2003). A prevalência dessas patologias é baixa, variando de 0,5 a 4,2% (CORDÁS, 2001; HSU, 1996). Entretanto, são apontados como um dos transtornos mais comuns entre mulheres jovens e com elevados índices de morbidade e mortalidade (HSU, 1996; PINZON; NOGUEIRA, 2004).

Dentre os TA, os mais comuns são: anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN) e transtorno da compulsão alimentar periódica (TCAP). De um modo geral, fatores orgânicos, familiares, psicológicos e sócio-culturais estão articulados à etiologia dos mesmos (GALVÃO, PINHEIRO; SOMENZI, 2006). A complexa interação desses fatores aponta para a necessidade de uma abordagem integrada e multiprofissional desses eventos.

Dentre os diversos fatores que contribuem para o estabelecimento e/ou manutenção dos TA, têm tido destaque a insatisfação com o peso ou imagem corporal e a obesidade. Um outro aspecto que tem sido investigado é o abuso físico ou sexual durante a infância como um fator preditivo de TA (NODIN, 1999).

Ao levar em consideração que a etiologia das perturbações alimentares é multifatorial (GALVÃO, PINHEIRO; SOMENZI, 2006), considera-se pertinente

investigar sua possível relação com o trabalho, uma vez que a inserção no mercado de trabalho pode favorecer a saúde ou a doença, a depender do lugar que a atividade laboral ocupe na vida do sujeito e das condições nas quais o trabalho é realizado. Em algumas situações, o trabalho pode ser fonte de prazer e realização, porém em outras situações pode produzir conflito, estresse e insatisfação (BRITO; D'ACRI, 1991).

Existe uma carência de informações sobre o nexo entre TA e aspectos do trabalho. Há referências de maior número de ocorrência desses transtornos em determinados grupos ocupacionais: modelos, atores, bailarinos, atletas e jogadores, onde a imagem e/ou o peso corporal parece ter relevância no desempenho ou sucesso profissional (SILVA, 2001). Entretanto, é possível que outros fatores como estresse contínuo, pressão social em relação ao desempenho e rotina de trabalho sejam elementos que tornem estes e outros profissionais mais vulneráveis ao desenvolvimento de perturbações no comportamento alimentar.

Neste estudo foi adotado, dentre os modelos de estudo que visam contribuir para o entendimento do processo saúde-doença do trabalhador, o modelo Demanda-Controle, proposto por Karasek (1979), para análise das relações entre estresse ocupacional e repercussões sobre o comportamento alimentar, uma vez que o estresse é um fator que pode levar ao aumento das compulsões alimentares (REBELO; LEAL, 2007).

A presente pesquisa é um estudo epidemiológico de corte transversal e exploratório. Os dados apresentados são um recorte de uma ampla investigação realizada na zona urbana de Feira de Santana-BA sobre a saúde mental da população. Nesse sentido, como o desenho de estudo não foi feito especificamente para investigar os TA, os achados devem ser vistos com cautela, levando em conta que a população estudada, o tipo de estudo e o instrumento de coleta dos dados podem influenciar nos resultados. Cabe ressaltar também que a mesma não se propõe a diagnosticar casos de TA, o que exigiria também uma avaliação clínica. Pretende-se, a partir dos dados coletados, descrever a prevalência de comportamentos sugestivos de BN e TCAP em trabalhadores, segundo algumas variáveis de interesse com destaque para variáveis relacionadas ao estresse ocupacional.

Trata-se de um estudo pioneiro com essa temática nessa cidade, a partir do qual poder-se-á fornecer subsídios para se repensar as ações e políticas voltadas para a saúde do trabalhador, além da ampliação do conhecimento sobre os TA com base em estudos populacionais.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma investigação epidemiológica de corte transversal e caráter exploratório, na qual se estudou amostra representativa da população de Feira de Santana, Bahia, com 15 anos ou mais de idade.

A seleção das áreas foi feita por amostragem estratificada por subdistritos, adotando-se procedimento aleatório, a partir de dados censitários da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e tendo o domicílio como unidade amostral. A amostragem foi feita por etapas múltiplas sucessivas. No presente estudo foi incluída na análise, apenas a população trabalhadora. Foram considerados elegíveis todos os trabalhadores com 15 anos de idade ou mais, residentes na zona urbana de Feira de Santana que desenvolviam atividade laboral remunerada com ou sem vínculo empregatício na época da entrevista.

Realizaram-se entrevistas com cada trabalhador, quando foram utilizados dois tipos de instrumentos: **ficha domiciliar** e **questionário individual**, todos preenchidos por entrevistador. A **ficha domiciliar** incluiu informações sobre o domicílio (endereço, número de cômodos, infra-estrutura existente) e sobre os seus residentes (lista de todos os moradores, identificando sexo e idade). O **questionário individual** incluiu blocos de questões sobre características sociodemográficas, características do trabalho profissional, aspectos psicossociais do trabalho (avaliados através do Job Content Questionnaire (JCQ)), características do comportamento alimentar (através do Patient Health Questionnaire (PHQ)), uso de bebidas alcoólicas (através do CAGE), hábito de fumar, atividades de lazer, insatisfação com o peso/aparência, obesidade auto-referida, agressão na infância e problemas financeiros ou preocupações.

Para avaliar o comportamento alimentar foi utilizado o *Patient Health Questionnaire* (PHQ) ou Questionário de Saúde do Paciente. Os TA foram investigados através de dois grupos de questões que compõem o bloco sobre alimentação que perfazem um total de sete questões com respostas dicotômicas (sim/não): **Grupo I** (questões comuns para TCAP e BN: “Você normalmente sente que não consegue controlar o que você come e quanto come?”, “Você freqüentemente come, dentro de um período de 2 horas, o que a maioria das pessoas consideraria uma grande quantidade de comida?”, “Isso ocorreu, em média, com uma freqüência de duas vezes na semana pelos últimos 3 meses?”) e **Grupo II** (questões específicas para BN: “Forçou o vômito?”),

“Tomou mais do que duas vezes a dose recomendada de laxantes?”, “Jejuou — não comeu absolutamente nada por pelo menos 24 horas?”, “Fez exercícios físicos por mais de uma hora especificadamente para deixar de ganhar peso depois de comer exageradamente?”).

Respostas afirmativas para todas as três questões do **Grupo I** classificam os casos de TCAP. Para BN, além de responder “sim” para estas três questões, o entrevistado deve responder afirmativamente para, pelo menos, uma questão do **Grupo II** (GRUCZA; PRYBECK; CLONINGER, 2007). O bloco de questões sobre alimentação do *Patient Health Questionnaire* (PHQ) apresentou boa sensibilidade (89%) e especificidade (94%) em estudo de validação realizado por Spitzer, Kroenke e Williams (1999).

### Variáveis descritoras

Por se tratar de um estudo exploratório, pretendeu-se estimar as prevalências dos TA segundo possíveis fatores de exposição referidos na literatura consultada. Neste sentido, o estudo incluiu variáveis relacionadas às **características sociodemográficas** (idade, sexo, situação conjugal, escolaridade, renda, cor da pele auto-referida), **hábitos de vida** (uso de bebida alcoólica (avaliado pelo CAGE), hábito de fumar e atividade de lazer), **insatisfação com o peso/aparência, obesidade auto-referida, agressão na infância e problemas financeiros ou preocupações, características do trabalho profissional** (setor de trabalho: comércio, indústria, transporte, educação e serviços domésticos), ocupação, vínculo de trabalho (formal e informal) e carga horária semanal), **características psicossociais do trabalho** (avaliadas através do *Job Content Questionnaire* (JCQ), questionário estruturado proposto por Karasek (1985), composto de questões que mensuram: *controle sobre o próprio trabalho e demanda psicológica*.

Para as variáveis “controle” e “demanda” foram criados indicadores (propostos por Karasek) a partir do somatório dos valores dos escores obtidos para as questões relacionadas a cada variável. As escalas construídas foram categorizadas, a partir de quartis, em baixa demanda, média-baixa, média-alta e alta para avaliar o nível de demanda psicológica e baixo controle, médio-baixo, médio-alto e alto para grau de controle do trabalhador sobre o trabalho. Para composição dos grupos do Modelo demanda-controle as variáveis foram dicotomizadas, gerando dois grupos para demanda

(alta e baixa demanda) e dois para o controle (alto e baixo controle) (ARAÚJO et al., 2003). Para a dicotomização, utilizou-se a média para cada uma dessas variáveis.

De acordo com as combinações entre os níveis de demanda e controle tem-se quatro grupos de experiência de trabalho: **baixa exigência** (alto controle e baixa demanda), **trabalho passivo** (baixo controle e baixa demanda), **trabalho ativo** (alta demanda e alto controle) e **alta exigência** (alta demanda e baixo controle). Este último foi considerado o grupo de maior exposição (ARAÚJO et al, 2003) e de baixa exigência como grupo de referência.

Realizou-se a caracterização da população estudada, a partir de frequências dos dados de interesse. Posteriormente, estimaram-se as prevalências dos transtornos do comportamento alimentar em trabalhadores. Verificou-se os fatores associados aos transtornos a partir do cálculo das razões de prevalência e respectivos intervalos de confiança a 95%. Observou-se a significância estatística dos dados para um  $\alpha = 0,05\%$  ( $p \leq 0,05$ ).

Para a análise dos dados foram utilizados os programas estatísticos “Social Package for the Social Sciences – SPSS”, versão 9.0 *for* Windows e Epi Info versão 6.0.

## RESULTADOS

### Características da população de estudo

Dos 1.273 trabalhadores, 60,2% eram do sexo feminino. Predominaram os mais jovens (51,7% tinham até 35anos), casados (53,1%) seguidos dos solteiros (34,8%), os que se auto-referiram pardos (55,2%), com nível escolar médio (51,5% tinham ensino médio e apenas 4,5% relataram nível superior) e baixa renda (81,2% recebiam até dois salários mínimos).

De acordo com as variáveis do trabalho profissional, os setores do comércio e de outros serviços (estética, saúde, segurança, serviços gerais, esporte, laboratório) concentraram os maiores percentuais de trabalhadores (30,5% e 31,8%, respectivamente). As ocupações profissionais predominantes foram os autônomos (35,4%) e assalariados (34,3%). Prevaleceu o vínculo informal de trabalho (71%) e carga horária semanal superior a 40 horas (44,5%), denotando elevada jornada de trabalho (Tabela 1).

Em relação aos hábitos de vida, constatou-se que, entre os trabalhadores que apresentaram CAGE positivo (N=91), 59,3% eram do sexo masculino. Entre os fumantes (N=169), 53,8% eram homens. Dos trabalhadores que não realizavam atividade de lazer (N=151), 74,2% era do sexo feminino.

Entre os trabalhadores estudados, 8,2% consideravam-se obesos, 35,4% estavam insatisfeitos com o peso/aparência, 12,7% referiram ter sofrido agressão na infância e 64,4% tinham problemas financeiros ou preocupações.

### Características ocupacionais

De acordo com a Tabela 2, o sexo feminino teve destaque em todos os setores de trabalho, exceto para construção civil e transporte, onde o sexo masculino foi maioria (95,3% e 94,3%, respectivamente). No cômputo geral, predominaram os trabalhadores com faixa etária de 26 a 35 anos de idade, casados, que tinham ensino médio ou fundamental e renda mensal de até dois salários mínimos, apontando a baixa renda entre

os trabalhadores estudados. O setor de serviços domésticos apresentou maior percentual de trabalhadores com renda inferior a um salário mínimo.

Conforme Tabela 3, em quase todas as ocupações profissionais, assim como detectado na análise por setor de trabalho, a renda predominante foi a de até dois salários mínimos e o sexo feminino e os casados foram os mais representativos. Entre os profissionais liberais, assalariados e empregados domésticos observou-se que mais de 50% tinham idade máxima de 35 anos. Por outro lado, mais de 60% dos trabalhadores autônomos, funcionários públicos e empregadores/ empresários tinham idade superior a 35 anos. Na ocupação de biscateiro as faixas etárias apresentaram uma distribuição similar. Entre os autônomos, biscateiros e empregados domésticos houve predomínio do ensino fundamental e nas demais ocupações o ensino médio. De um modo geral, verificou-se o baixo nível de escolaridade entre os trabalhadores.

### **Aspectos psicossociais do trabalho**

Entre os trabalhadores estudados, 45% referiram alta demanda psicológica e 50,6% tinham baixo controle sobre o próprio trabalho. Verificou-se similaridade na distribuição dos trabalhadores segundo os grupos de trabalho proposto pelo Modelo Demanda-Controle (MDC). As mulheres apresentaram frequências mais elevadas em todos os grupos, especialmente em relação ao grupo de alta exigência (63,4%).

A distribuição dos trabalhadores nos grupos do MDC, segundo características laborais, apontou que os setores de trabalho que apresentaram maiores concentrações no grupo de trabalho com alta exigência foram: serviços domésticos (33,5%), indústria (33,3%) e construção civil (28,6%). As situações de trabalho predominantes entre os empregados domésticos e os biscateiros foi o trabalho passivo (35,1% e 26,0%, respectivamente) e com alta exigência (31,6% e 36,5%, respectivamente).

Trabalhadores com carga horária semanal superior a 40 horas apresentaram discreto aumento no grupo de alta exigência (26,9%) quando comparado com os que tinham carga horária inferior a 40 horas (22,8%). Dentre estes últimos, predominou o trabalho de baixa exigência (31,3%). A concentração de trabalhadores formais e informais no grupo de alta exigência foi, respectivamente, 24,0% e 27,0%.

### **Ocorrência dos transtornos do comportamento alimentar**

A prevalência global de Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP) e Bulimia Nervosa (BN) foram respectivamente: 4,3% e 1,0%.

Conforme Tabela 4, observou-se que a prevalência de **TCAP** foi similar em ambos os sexos. Os mais jovens (até 35 anos de idade) apresentaram prevalência (5,8%) 2,22 vezes maior quando comparado com aqueles que estavam acima de 35 anos, sendo esta diferença estatisticamente significante ( $p=0,005$ ). Tiveram prevalência discretamente maior os que tinham ensino fundamental/analfabeto (4,3%) e pessoas de pele parda/preta (4,5%). Em relação à renda e situação conjugal, tiveram maior prevalência os solteiros (5,9%) e os que recebiam até dois salários mínimos (4,4%). Não se observou diferença na prevalência de **BN** entre os sexos. Apresentaram maior prevalência a faixa etária mais jovem (1,5%) (3,12 vezes maior em comparação com os mais velhos), os casados (1,3%), os que tinham ensino fundamental/analfabeto (1,3%), cor branca/outras (1,5%), e renda mensal inferior a um salário mínimo (1,4%). Contudo, nenhuma das diferenças observadas foram estatisticamente significantes.

Conforme análise dos hábitos de vida (etilismo, hábito de fumar e atividade de lazer), verificou-se que entre os trabalhadores que apresentaram CAGE positivo a prevalência de TCAP foi 2,94 vezes maior do que aqueles que tinham CAGE negativo ( $p=0,001$ ). Para BN essa diferença foi ainda mais acentuada: 3,9 vezes maior para os que tiveram CAGE positivo ( $p=0,059$ ). A prevalência dos transtornos estudados foi maior entre os não-fumantes. Não se percebeu diferença significativa na prevalência de TCAP em relação a realizar ou não atividade de lazer. Por outro lado, a prevalência de BN foi um pouco mais elevada entre os que não exerciam atividade de lazer (Tabela 4). Entretanto, estas diferenças não apresentaram significância estatística.

De acordo com a Tabela 4, a prevalência de TCAP foi 4,22 vezes maior entre os que estavam insatisfeitos com o peso/aparência ( $p=0,000$ ) quando comparados com os que estavam satisfeitos. Em relação a BN esta diferença foi mais acentuada: 6,19 vezes maior para os que estavam insatisfeitos ( $p=0,002$ ). Entre os que se auto-referiram obesos, a prevalência de TCAP foi de 13,5% e a BN foi de 1,9%. A prevalência de TCAP foi 4,49 vezes maior entre os que se auto-referiram obesos em comparação aos que se consideraram com peso normal ( $p=0,000$ ). Entre os que afirmaram ter sofrido agressão na infância, a prevalência de TCAP foi 2,79 vezes maior quando comparados com os que negaram ( $p=0,001$ ). Para BN esta diferença foi de 2,07, porém sem significância estatística. Observou-se que as prevalências de TCAP e BN foram mais elevadas entre os que relataram problemas financeiros ou preocupações (4,7% e 3,7%, respectivamente).

Na Tabela 5, observa-se que a prevalência de TCAP foi mais elevada entre os trabalhadores da indústria manufatureira (6,4%), comércio (5,0%) e serviços domésticos (4,5%). Trabalhadores da construção civil apresentaram a menor prevalência de TCAP (2,3%). Ou seja, foi quase três vezes maior no primeiro grupo de trabalho do que neste último. As prevalências de TCAP também foram mais elevadas entre os trabalhadores com vínculo informal (4,3%), as ocupações de biscateiro e empregador/empresário (respectivamente, 5,5% e 7,1%) e os que tinham carga horária de até 30 horas semanais (5,4%) (Tabela 5).

A prevalência de BN foi mais acentuada entre aqueles que trabalhavam nos setores do comércio (1,8%) e serviços domésticos (1,1%), os que tinham vínculo de trabalho informal (1,3%), os biscateiros, autônomos e empregados domésticos (em média 1,8%) e os que possuíam uma carga horária de até 30 horas semanais (2,3%). Observou-se que a prevalência de BN foi 4,12 vezes maior entre os que tinham carga horária semanal de até 30 horas quando comparados com os que tinham carga horária semanal superior a 30 horas ( $p=0,007$ ). Apresentaram menor prevalência do transtorno os trabalhadores dos setores de ensino (0,9%) e serviços gerais (estética, saúde, segurança, laboratório, esporte) (0,8%) e os assalariados (0,2%) (Tabela 5).

Em relação aos aspectos psicossociais do trabalho, observou-se maior prevalência de **TCAP** no grupo de trabalho de alta exigência (5,9%). A prevalência de TCAP foi 2,10 vezes maior para o grupo de alta exigência quando comparado com o de baixa exigência ( $p=0,05$ ). A prevalência de **BN** também foi mais elevada no grupo de alta exigência (4,15%), chegando a ser 4,15 vezes maior em relação ao grupo de trabalho de baixa exigência ( $p=0,109$ ) (Tabela 6).

## DISCUSSÃO

O trabalho além de ser uma atividade que ocupa importante espaço na vida das pessoas pode ter vários sentidos para o ser humano, representando fonte de satisfação ou o seu oposto. Tendo em vista as transformações ocorridas no mundo do trabalho e suas repercussões nas condições e organização do mesmo, buscou-se avaliar os possíveis impactos dessas mudanças sobre a saúde do trabalhador, tendo como foco principal os transtornos alimentares. Nessa perspectiva, buscou-se investigar outros elementos, ainda pouco investigados, relacionados à atividade laboral que pudessem estar associados à ocorrência desses transtornos e/ou a sua manutenção.

### Limites do Estudo

Dentre os principais limites do presente estudo, ressalta-se o seu próprio desenho: corte transversal. Uma das dificuldades consiste em estabelecer relação temporal entre causa e consequência, uma vez que as observações (de exposição e doença) são feitas num mesmo instante (MEDRONHO, 2006). Outro aspecto importante é a possibilidade de ocorrência do viés de prevalência ou sobrevivência, pois os estudos transversais fornecem dados dos casos existentes, não incluindo óbitos ou curas (PEREIRA, 2005). Sendo os transtornos alimentares doenças que podem ter duração transitória ou crônica (MORGAN; VECCHIATTI; NEGRÃO, 2002), este viés não pode ser completamente afastado.

Aspectos metodológicos (população e desenho de estudo, instrumento de coleta de dados e critérios diagnósticos) podem influenciar nos resultados dos estudos sobre TA, seja subestimando ou superestimando as taxas de prevalência ou incidência (HSU, 1996; BORGES et al., 2006; DIXE, 2007). Nesse sentido, cabe ressaltar que o estudo que originou o banco aqui analisado não foi desenhado especificamente para investigar os transtornos alimentares. Dessa forma, o instrumento selecionado para a coleta de dados não permite analisar mais detalhadamente as patologias de interesse, o que pode ter colocado uma série de limitações, dentre as mais relevantes pode ser destacado a avaliação de TA (que não se baseou em exame clínico).

Também é importante salientar que os TA são doenças de baixa prevalência e o desenho de estudo mais adequado seria o de caso-controle. Entretanto, como citado acima, o estudo-mãe não foi desenhado com o intuito de investigar os transtornos

alimentares e, dessa forma, embora com um número grande de trabalhadores (N=1.273), não foi possível realizar inferências estatísticas (o que necessitaria de uma amostra maior da população de trabalhadores de Feira de Santana). Assim, os resultados obtidos se limitam à população estudada. Também é possível que a ausência de associações esteja relacionada com o fato da amostra ter sido pequena em relação ao evento estudado. Por outro lado, por se tratar de um estudo epidemiológico de base populacional, considera-se que seu caráter exploratório e descritivo é pertinente e relevante. Além disso, fornece oportunidade para estudar os TA em indivíduos não-expostos aos vieses inerentes aos estudos com populações clínicas (HAY, 2002).

Outra limitação encontrada foi a lacuna existente na literatura sobre os transtornos alimentares em trabalhadores em geral, o que impossibilitou a obtenção de parâmetros de comparação com população semelhante à estudada.

### **Prevalência dos transtornos do comportamento alimentar**

Entre os trabalhadores que apresentaram transtornos do comportamento alimentar, predominaram as mulheres (correspondendo, em média, 61,3% dos casos identificados). A diferença entre os sexos, embora exista, não se mostrou tão acentuada como preconiza a literatura (a qual refere que 90% dos casos são mulheres) (BUCHARETCHI; CORDÁS, 2003). A mulher parece ser mais vulnerável ao ideal cultural da magreza, o qual é considerado um dos fatores predisponentes a esses transtornos (MORGAN; VECCHIATTI; NEGRÃO, 2002).

Para além dos aspectos estéticos, pode-se considerar que outros elementos ligados ao contexto profissional (como dupla jornada de trabalho, multiplicidade de papéis, sentimento de desqualificação e insatisfação, desigualdades devido ao sexo do trabalhador) podem comprometer o bem-estar psicológico das mulheres, tornando-as mais vulneráveis ao desgaste, estresse, ansiedade e outros transtornos (PINHO, 2007; SORJ, 2005; DEJOURS, 1987). Nesse sentido, é possível que essas questões também influenciem no comportamento alimentar, principalmente em relação à compulsão.

A prevalência de TCAP entre os trabalhadores (4,3%) foi mais elevada do que a prevista na população geral (2 a 3%) (CORDÁS, 2001). Observou-se similaridade entre homens e mulheres: 4,2% e 4,3%, respectivamente. Este achado é confirmado por Hsu (2004) que considera que o TCAP afeta homens e mulheres de forma equivalente.

Outros estudos também apresentaram prevalência mais elevada de TCAP, a exemplo do realizado por Johnson, Spitzer e Willians (2001), com 4.651 mulheres atendidas na atenção básica e em clínicas de ginecologia e obstetrícia nos EUA, cuja prevalência foi de 5,3%. Este estudo também utilizou o PHQ para rastrear os transtornos do comportamento alimentar. É possível que a variação das taxas de prevalência encontradas nas pesquisas esteja relacionada com a variedade de materiais e métodos utilizados nas mesmas, assim como a adoção de critérios mais rígidos ou mais flexíveis (parciais) do transtorno.

Diferentemente do referido pela literatura, observou-se prevalência similar de BN entre os sexos (1,1%). Embora a prevalência de BN entre os homens ainda não tenha sido totalmente definida, refere-se uma proporção na relação homem/ mulher de 1:10 (MCNULTY, 1997). Estudo realizado com 1.425 oficiais da marinha do sexo masculino, também revelou elevada prevalência de BN (6,8%) e de outros transtornos (transtornos alimentares sem outra especificação - TASOE: 40,8% e AN: 2,5%). Algumas especificidades dessa profissão parecem interferir em tais achados: regulamentos, restrições e estilo de vida regrado (MCNULTY, 1997). No presente estudo, a prevalência de BN para o sexo masculino foi consideravelmente maior do que o esperado, sugerindo tratar-se de um evento de maior magnitude na população masculina estudada.

Na presente pesquisa, semelhante à maioria dos estudos existentes, os transtornos alimentares foram mais prevalentes entre os mais jovens (BORGES et al, 2006; MANUAL, 2002).

Observou-se discreta ascendência da prevalência de TCAP e BN entre aqueles que tinham menor nível escolar. Estudo realizado por Nunes (2003) também não observou diferença significativa quanto ao grau de escolaridade. A escolaridade é considerada um fator protetor uma vez que amplia possibilidades de escolhas na vida, realizações pessoais, auto-estima e melhores condições de vida (LUDERMIR; MELO-FILHO, 2002).

Não foi observada diferença significativa na prevalência de TCAP em relação à raça. Para BN, entretanto, verificou-se uma prevalência maior para pessoas de cor autodeclarada branca. De acordo com Nunes (2006, p.52) “embora se acredite que ocorram mais freqüentemente entre indivíduos da raça branca, existem vários estudos demonstrando sua ocorrência em outros grupos raciais”.

O TCAP foi mais prevalente entre os solteiros, chegando a uma prevalência 2,98 vezes maior do que os divorciados/separados/viúvos ( $p=0,077$ ). Os casados tiveram uma prevalência 1,88 vezes maior do que o grupo de referência ( $p=0,454$ ). Quanto à prevalência de BN, observou-se que estar solteiro representou fator de proteção para este transtorno. Entretanto, na literatura considera-se que os casados dispõem de maior suporte social e familiar, o que contribui para um melhor enfrentamento e ajustamento às situações do dia-a-dia (COSTA; LUDERMIR, 2005). Por outro lado, a viuvez ou separação pode contribuir para mudanças no estilo de vida, principalmente para as mulheres, quando passam a cuidar mais de si mesmas e a se preocupar menos com a casa e a família, além de realizarem mais atividades de lazer (PINHO, 2007). Entretanto, a falta de dados equivalentes na literatura consultada inviabiliza comparação dos dados encontrados neste estudo com outros similares.

As prevalências de TCAP e BN foram discretamente mais elevadas entre aqueles que tinham renda mensal de até dois salários mínimos. Estes dados diferem de alguns estudos que consideram os transtornos alimentares mais freqüentes entre indivíduos financeiramente favorecidos (HSU, 1996). A distribuição dos aspectos socioeconômicos em relação aos TA é ampla, não se restringindo a uma classe específica. Embora os TA sejam classicamente associados às classes mais altas da sociedade, recentemente, vários autores têm questionado essa relação e demonstrado que ela não é tão consistente quanto parecia ser (NUNES, 2006). De um modo geral, pode-se inferir que a restrição monetária implica em limitações, insegurança e estresse, ou seja, condições onde o bem-estar físico e mental pode ser afetado. Nesta perspectiva, observou-se que as prevalências de TCAP e BN foram mais elevadas entre os trabalhadores que informaram possuir problemas financeiros ou outras preocupações.

No presente estudo, a distribuição dos TA, segundo características sociodemográficas, apontou um perfil de indivíduos portadores destes transtornos bastante heterogêneo. Borges et al. (2006), ressaltam que, geralmente, o perfil dos portadores de TA é adolescente do sexo feminino, raça branca e alto nível sócio econômico cultural. Contudo, observa-se que esse grupo tem se modificado: adolescentes do sexo masculino, raça negra e pessoas com nível socioeconômico e cultural baixo também têm sido diagnosticadas em relação aos TA.

Os achados referente a maior prevalência de TA entre trabalhadores que apresentaram CAGE positivo estão em consonância com a literatura, a qual aponta relação existente entre abuso de álcool e transtornos alimentares (MANUAL, 2002).

Dado ausência de outros estudos sobre TA que tenham avaliado hábito de fumar e atividade de lazer não se teve parâmetro comparativo para estas variáveis. Porém, sabe-se que a atividade de lazer é algo importante para a saúde bio-psico-social do indivíduo, pois pode favorecer a saída da rotina (geradora de tédio), o relaxamento das tensões diárias, a socialização, dentre outras coisas. Nessa lógica, a ausência de lazer pode ser considerada um fator prejudicial à saúde.

As prevalências de TCAP e BN foram significativamente maiores entre aqueles que estavam insatisfeitos com o peso/aparência, especialmente em relação a BN. Pessoas obesas ou insatisfeitas com o peso costumam fazer dieta para emagrecer, o que é considerado um dos fatores precipitantes mais freqüente no desenvolvimento dos TA (MORGAN; VECCHIATTI; NEGRÃO, 2002). A percepção do peso corporal tem um papel importante na determinação dos comportamentos alimentares anormais, que por sua vez representam fator de risco para desenvolvimento de TA (NUNES et al., 2001; NUNES et al., 2003)

Observou-se que entre os que se auto-referiram obesos, a prevalência de TCAP foi 4,49 vezes maior quando comparados com os que se consideravam com peso normal ( $p=0,000$ ). Para BN esta diferença apesar de ser expressiva (2,06 vezes maior entre os que se auto-referiram obesos) não apresentou significância estatística. A literatura aponta que o TCAP pode estar presente em indivíduos com peso normal ou com obesidade, entretanto, é mais comum entre pessoas com excesso de peso ou obesidade (FREITAS et al. 2001; HSU, 2004). Estima-se uma prevalência de 5 a 30 % entre pacientes em tratamento para emagrecer, sendo que na população geral varia de 2 a 3% (CORDÁS, 2001). Embora a referência utilizada para a obesidade tenha sido a autopercepção do indivíduo, considera-se que os dados possam ser confiáveis, uma vez que estudos epidemiológicos permitem afirmar que o peso e a altura referida pelo indivíduo possuem boa correlação com os dados aferidos (SCHMIDT et al.,1993). Por outro lado, mais do que o índice de massa corporal, *o sentir-se gordo*, tem mais influência sobre comportamentos alimentares inadequados e utilização de métodos inapropriados para perda de peso (NUNES et al., 2003).

Os trabalhadores que relataram ter sofrido agressão na infância apresentaram maiores prevalências de TCAP e BN do que aqueles que não tiveram este tipo de experiência. Para Nodin (1999), a agressão física ou sexual é considerada responsável por vários problemas psíquicos. Apesar de não apresentarem dados conclusivos, alguns resultados apontam relação entre agressão na infância e transtorno do comportamento

alimentar. Por se tratar de um tema delicado, deve-se considerar a possibilidade de omissão de informações e, conseqüentemente, da subestimação dos dados.

Os setores com as maiores prevalências de TCAP foram: indústria manufatureira comércio, serviços domésticos, O setor de transporte não teve nenhum caso desta patologia. Em relação à BN, os setores que tiveram maiores prevalências foram: comércio, serviços domésticos e ensino. Os setores da construção civil, indústria manufatureira e transporte não apresentaram casos de BN.

Os trabalhadores informais tiveram maior prevalência de TCAP e BN. Empregadores/empresários, biscateiros, autônomos e funcionários públicos, em ordem decrescente, foram as ocupações com maiores prevalências de TCAP. Para BN as ocupações que apresentaram maiores prevalências foram: os biscateiros, autônomos e empregados domésticos.

Não foi possível, dado a lacuna existente na literatura, estabelecer comparação entre os achados sobre os aspectos do trabalho deste estudo (setor de trabalho, vínculo, ocupação e carga horária semanal) com outras pesquisas similares. Os trabalhos realizados com grupos ocupacionais de risco para TA (atletas, modelos, dançarinos) enfocam questões relacionadas à imagem corporal e ou peso corpóreo (aspectos que exercem influência no desempenho ou sucesso profissional). Contudo, estudos sobre os TA realizados com outras populações/amostra de estudo permitem fazer algumas inferências, especialmente em relação ao efeito do estresse sobre o comportamento alimentar. Souza et al.(2002), em pesquisa realizada com estudantes de medicina da faculdade do Ceará (UFC), consideraram que a elevada taxa de prevalência de TA encontrada estava relacionada com alto nível de estresse dos estudantes em decorrência de elevada carga horária, atividades curriculares e extracurriculares e auto-cobrança. Vitolo, Bortolini e Horta (2006), ao realizarem pesquisa com universitárias das áreas de exatas, humanas e saúde, encontraram uma prevalência de 18% para compulsão alimentar, superando valores indicados na literatura. Um outro estudo de Maranhão-Neto e Miranda (2003), realizado com servidoras universitárias apontou o estresse ocupacional como uma das variáveis de risco para o sobrepeso na população em estudo, uma vez que o estresse estaria relacionado com uma maior ingestão calórica.

No presente estudo, buscou-se avaliar o estresse ocupacional através do modelo demanda-controle (Karasek, 1979). Observou-se maior prevalência de BN e TCAP no grupo de trabalho de alta exigência. Segundo este modelo, essa situação de trabalho acontece quando a atividade laboral é realizada sob alta demanda psicológica e baixo

controle. Esta situação é considerada prejudicial à saúde e, de acordo com vários estudos, é responsável por efeitos negativos sobre a saúde, incluindo transtornos mentais comuns (TMC) (ARAÚJO et al, 2003; ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2003).

Segundo Magalhães e Mendonça (2005), os transtornos do comportamento alimentar parecem estar associados aos TMC. Dados da pesquisa realizada por Johnson, Spitzer e Willians (2001), com mulheres atendidas na atenção básica e clínicas de ginecologia e obstetrícia, corroboram com essas autoras ao afirmarem que mulheres com BN ou TCAP apresentaram níveis mais altos de incapacidade, problemas de saúde, insônia e estresse do que aquelas que não tinham esses transtornos. Nessa perspectiva, buscou-se avaliar possível relação entre estresse ocupacional, TCAP e BN.

Embora não tenha sido localizado, até o momento, outras pesquisas que abordem relação entre transtornos alimentares e aspectos psicossociais do trabalho, parece possível inferir que os dados encontrados são concordantes com os achados em outros estudos sobre saúde do trabalhador: a atividade laboral exercida em condições de baixo controle e alta demanda (alta exigência) é um fator de exposição para o bem-estar e para a saúde dos trabalhadores.

## CONCLUSÃO

Entre os trabalhadores estudados apresentaram maior prevalência de TCAP os mais jovens, os que tinham ensino médio, os com pele parda/preta, os solteiros e os que recebiam até dois salários mínimos. Não se observou diferença significativa quanto ao sexo e escolaridade. A prevalência de BN foi mais elevada entre os jovens, os casados/união estável, os que tinham ensino fundamental/analfabeto, cor branca/outras e renda até dois salários mínimos. Não houve diferença na prevalência de BN entre os sexos.

As prevalências de TCAP e BN foram maiores entre os que tinham CAGE positivo (uso abusivo de álcool). As prevalências de TCAP e BN foram mais acentuadas entre os não-fumantes. Não houve diferença na prevalência de TCAP entre os que realizavam ou não atividade de lazer. A prevalência de BN foi um pouco mais elevada entre os que não tinham atividade de lazer.

As prevalências de BN e TCAP foram maiores nos grupo de trabalho de alta exigência, entre os que tinham vínculo de trabalho informal e carga horária de trabalho de até 30 horas. Dentre os setores e as ocupações estudadas, o comércio e os biscateiros apresentaram as maiores prevalências tanto de TCAP como de BN. Os assalariados tiveram as menores prevalências de TCAP e BN.

Observou-se maior prevalência de TCAP e BN entre os que se sentiam insatisfeitos com o peso/aparência, os que se auto-referiram obesos, os que sofreram agressão na infância e aqueles que tinham problemas financeiros ou preocupações.

Estudos têm buscado investigar a interface entre o trabalho e o processo saúde-doença (ARAÚJO, T.M. et al., 2003; COUTO; VIEIRA; LIMA, 2007; PINHO, 2007). Apesar do crescente número de pesquisas sobre os TA, percebe-se que esta relação – trabalho e TA - ainda é pouco explorada.

O perfil obtido dos trabalhadores, segundo as variáveis estudadas, revelou prevalências de TCAP e BN acima das previstas pela literatura. Cabe ressaltar que as estimativas de prevalência ou incidência dos transtornos alimentares dependem da população e desenho de estudo, assim como a adoção de critérios diagnósticos mais rígidos ou mais flexíveis (quadros parciais) (PINZON; NOGUEIRA, 2004; NUNES, 2006). Sendo assim, deve-se considerar a possibilidade desses fatores terem influenciado os resultados encontrados nos diferentes estudos citados.

Trata-se de um estudo epidemiológico e pioneiro sobre os TA em trabalhadores no município de Feira de Santana. Os estudos epidemiológicos possibilitam a identificação de uma dada condição de saúde, o que é fundamental para o planejamento de estratégias de intervenção. Cabe também ressaltar que a presente investigação foi de base populacional, diferentemente da maioria dos estudos sobre TA que foram feitos em serviços de saúde.

Considera-se que este estudo deu visibilidade a aspectos até então pouco explorados e que poderão servir de subsídios para o planejamento e intervenção voltados para a saúde do trabalhador. Entretanto, por se tratar de um estudo inicial e de caráter exploratório, faz-se necessária a continuidade de investigações na área, a fim de ampliar e dar consistência ao conhecimento existente.

## REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, T.M.; GRAÇA, C.C.; ARAÚJO, E. Estresse ocupacional e saúde: contribuições do Modelo Demanda-Controlle. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.8, n.4, p.991-1003, 2003.
- ARAÚJO, T.M. et al. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. **Revista de Saúde Pública**, v.37, n.4, p.424-33, 2003.
- BORGES, N.J.B.G. et al. Transtornos alimentares – Quadro clínico. **Medicina**, Ribeirão Preto, v.39, n.3, p. 340-348, 2006.
- BUCARETCHI, H.A.; CORDÁS, T.A. Distúrbios alimentares: anorexia e bulimia. In: QUAYLE, J. e LÚCIA, M. C. S.(org). **Adoecer: as interações do doente com a sua doença**. São Paulo: Atheneu, 2003.
- BRITO, J.C.; D'ACRI, V. Referencial de análise para o estudo da relação trabalho, mulher e saúde. **Caderno Saúde Pública**, RJ, v.7, n.2, p. 210-214, abr./jun. 1991.
- CORDÁS, T.A. Transtornos alimentares em discussão. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.23, n.4, p.178-79, 2001.
- COSTA, A.G. ; LUDERMIR, A.B. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da zona da mata de Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, p.73-79, jan-fev. 2005.
- COUTO, H.A.; VIEIRA, F.L.H.; LIMA, E.G. Estresse ocupacional e hipertensão arterial sistêmica. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v.14, n.2, p.112-115, abr./jun. 2007.
- DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. São Paulo, Oboré Editorial, 1987.
- FREITAS, S. et al. Tradução e adaptação para o português da Escala de Compulsão Alimentar Periódica. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.23, n.4, p.215-220, 2001.
- GALVÃO, A.L.; PINHEIRO, A.P.; SOMENZI, L. Etiologia dos transtornos alimentares. In: NUNES, M.A. et al. **Transtornos alimentares e obesidade**. 2.ed, Porto Alegre: Artmed, 2006.

GRUCZA, R.A.; PRYBECK, T.R.; CLONINGER, C.R. Prevalence and correlates of binge eating disorder in a community sample. **Comprehensive Psychiatry**, v.48, p.124-131, 2007.

HAY, P.J. Epidemiológicos transtornos alimentares: estado atual e desenvolvimentos futuros. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.24 (Supl III), p.13-17, 2002.

HSU, L.K.G. Epidemiology of eating disorders. **Psychiatry Clin. North Am**, v.19, p.681-700, 1996.

HSU, L.K.G. Eating Disorders: Practical Interventions. **JAMWA**, v.59, p.113-124, 2004.

JOHNSON, J.G.; SPITZER, R.L.; WILLAMS, J.B.W. Health problems, impairment and illnesses associated with bulimia nervosa and binge eating disorder among primary care and obstetric gynaecology patients. **Psychological Medicine**, New York (USA), v.31, p.1455-1466, 2001.

KARASEK, R.A. Job Demand, Job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. **Administrative Science Quarterly**, v.24, p.285-308, 1979.

KARASEK, R.A. **Job Content Questionnaire and User's Guide**. University of Massachusetts, 1985.

LUDERMIR, A. B.; MELO-FILHO, D.A. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.36, p.213-221, jan. 2002.

MAGALHÃES, V.C.; MENDONÇA, G.A.S. Transtornos alimentares em universitárias: um estudo de confiabilidade da versão brasileira de questionários autopreenchíveis. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.8, n.3, p.236-45, 2005.

MANUAL diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. **DSM-IV-TR<sup>TM</sup>**: texto revisado. 4.ed, Porto Alegre: Artemed, 2002.

MARANHÃO-NETO; MIRANDA, C.J.M. Detecção do Risco de Sobrepeso em Servidoras Universitárias: Um Estudo Exploratório. **Revista Brasileira de Fisiologia do Exercício**, v. 2, p.166-171, 2003.

MCNULTY, P.A.F. Prevalence and Contributing Factors of Eating Disorder Behaviors in Active Duty Navy Men. **Military Medicine**, v.162,n.11, p.753-758,1997.

MEDRONHO, R.A. et al. **Epidemiologia**. São Paulo: Ed. Ateneu, 2006.

MORGAN, C.M.; VECCHIATTI, I.R.; NEGRÃO, A.B. Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.24, supl.III, p.18-23, 2002.

NODIN, N. A depressão nas perturbações da alimentação. **Análise Psicológica**, v.17, n.4, p.687-694, 1999.

NUNES, M.A. et al. Prevalence of abnormal eating behaviors and inappropriate methods of weight control in young women from Brazil: A population-based study. **Eating Weight Disord.**, v.8, p.100-106, 2003.

NUNES, M.A. Epidemiologia dos transtornos alimentares. In: NUNES, M.A. et al. **Transtornos Alimentares e Obesidade**. 2.ed. - Porto Alegre: Artmed, 2006.

PEREIRA, M.G. **Epidemiologia teoria e prática**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 1995.

PINHO, P.S. **Sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns em mulheres**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, 2007.

PINZON, V.; NOGUEIRA, F.C. Epidemiologia, curso e evolução dos transtornos alimentares. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v.31, n.4, p.158-160, 2004.

REBELO, A.; LEAL, I. Factores de personalidade e comportamento alimentar em mulheres portuguesas com obesidade mórbida: Estudo exploratório. **Análise Psicológica**, v.25, n.3, p.467-477, 2007.

SCHMIDT, M.I. et al. Validity of self-reported weight: a study of urban Brazilian adults. **Revista de Saúde Pública**, v.27, n.4, p.271-276, 1993.

SILVA, C.M. Perturbações alimentares em contextos desportivos: Um estudo comparativo. **Análise Psicológica**, v.19, n.1, p.131-141, 2001.

SORJ, B. Percepções sobre esferas separadas de gênero. In: ARAÚJO, C.; SCALON, C. (org). **Gênero, família e trabalho no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005.

SOUZA, F.G.M. et al. Anorexia e bulimia nervosa em alunas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará – UFC **Revista de Psiquiatria Clínica**, v.29, n.4, p.172-180, 2002.

SPITZER, L.R.; KROENKE, K.; WILLIAMS, J.B.W. Validation and Utility of a Self-report Version of PRIME-MD: The PHQ Primary Care Study. **JAMA**, Nov.10, v. 282, n.18, p.1737-1744, 1999.

VITOLO, M.R.; BORTOLINI, G.A.; HORTA, R.L. Prevalência de compulsão alimentar entre universitárias de diferentes áreas de estudo. **Revista de Psiquiatria RS**, v.28, n.1, p.20-26, jan./abr.2006.

## TABELAS

**Tabela 1** - Caracterização dos trabalhadores da zona urbana segundo variáveis do trabalho profissional. Feira de Santana, Bahia, 2007.

Variáveis (N)	n	%
<b>Setor de trabalho (1.248)</b>		
Outros serviços*	397	31,8
Comércio	381	30,5
Serviços domésticos	176	14,1
Indústria manufatureira	109	8,7
Ensino	107	8,6
Construção civil	43	3,4
Transporte	35	2,8
<b>Ocupação (1.232)</b>		
Autônomo	447	36,3
Assalariado com/sem comissão	422	34,3
Empregado doméstico	120	9,7
Funcionário público	110	8,9
Biscateiro	110	8,9
Empregador/empresário	14	1,1
Profissional liberal	9	0,7
<b>Vínculo (1.260)</b>		
Formal	365	29,0
Informal	895	71,0
<b>Carga horária semanal (1.255)</b>		
Até 20h	198	15,8
21 a 30h	153	12,2
31 a 40h	346	27,6
41h ou mais	558	44,5

\* Inclui atividades de serviços gerais como estética, saúde, segurança, esporte, laboratório.

**Tabela 2** - Distribuição das características sociodemográficas, segundo setor de trabalho entre trabalhadores da zona urbana de Feira de Santana, BA, 2007.

Variáveis	Serviços domésticos		Construção civil		Indústria manufatureira		comércio		transporte		ensino		Outros serviços <sup>2</sup>	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Sexo (1.273)</b>														
Masculino	7	4,0	41	95,3	52	47,7	171	44,9	33	94,3	18	16,8	173	43,6
Feminino	169	96,0	2	4,7	57	52,3	210	55,1	2	5,7	89	83,2	224	56,4
<b>Faixa etária (1.273)</b>														
15 a 25 anos	47	26,7	8	18,6	25	22,9	103	27,0	7	20,0	17	15,9	71	17,9
26 a 35 anos	53	30,1	14	32,6	40	36,7	117	30,7	7	20,0	32	29,9	105	26,4
36 a 45 anos	39	22,2	10	23,3	22	20,2	74	19,4	10	28,6	30	28,0	104	26,2
46 anos ou mais	37	21,0	11	25,6	22	20,2	87	22,8	11	31,4	28	31,4	117	29,5
<b>Situação conjugal (1.269)</b>														
Casado/união livre	76	43,4	26	60,5	54	49,5	195	51,3	26	74,3	57	53,3	226	57,2
Solteiro (a)	77	44,0	13	30,2	39	35,8	147	38,7	5	14,3	33	30,8	119	30,1
Divorc/desq/separ/viúv.	22	12,6	4	9,3	16	14,7	38	10,0	4	11,0	17	15,9	50	2,7
<b>Escolaridade (1.269)</b>														
Analfabeto	7	4,0	1	2,3	1	0,9	4	1,1	-	-	-	-	8	2,0
Ensino fundamental	113	64,6	29	67,4	36	33,0	148	38,9	16	45,7	7	6,5	175	44,3
Ensino médio	55	31,4	13	30,2	70	64,2	222	58,4	18	51,4	62	57,9	203	51,4
Superior	-	-	-	-	2	1,8	6	1,6	1	2,9	38	35,5	9	2,3
<b>Renda mensal<sup>1</sup> (1.270)</b>														
Menos que 1 SM	131	74,4	14	32,6	30	27,5	142	37,3	4	11,4	28	26,2	138	34,8
1-2 SM	44	25,0	22	51,2	66	60,6	170	44,6	13	37,1	37	34,6	175	44,1
>2-3 SM	1	0,6	4	9,3	4	3,7	37	9,7	11	31,4	14	13,1	52	13,1
Mais que 3 SM	-	-	3	7,0	9	8,3	32	8,4	7	20,0	28	26,2	32	8,1

<sup>1</sup> Salário Mínimo (SM) na época = R\$ 380,00<sup>2</sup> Inclui atividades de serviços gerais como estética, saúde, segurança, esporte, laboratório.

**Tabela 3** – Distribuição das características sociodemográficas, segundo ocupação profissional entre trabalhadores da zona urbana de Feira de Santana, BA, 2007.

Variáveis (N)	Autônomo		Profissional Liberal		Assalariado c/ e s/ comissão		Biscaiteiro		Empregado doméstico		Funcionário público		Empregador/empresário	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Sexo (1.273)</b>														
Masculino	176	39,4	4	44,4	213	50,5	52	47,3	1	0,8	39	35,5	9	64,3
Feminino	271	60,6	5	55,6	209	49,5	58	52,7	119	99,2	71	64,5	5	35,7
<b>Faixa etária (1.273)</b>														
15 a 25 anos	59	13,2	4	44,4	128	30,3	29	26,4	37	30,8	6	5,5	1	7,1
26 a 35 anos	118	26,4	3	33,3	157	37,2	27	24,5	35	29,2	23	20,9	2	14,3
36 a 45 anos	125	28,0	2	22,2	70	16,6	25	22,7	27	22,5	32	29,1	7	50,0
46 anos ou mais	145	32,4	-	-	67	15,9	29	26,4	21	17,5	49	44,5	4	28,6
<b>Situação conjugal (1.269)</b>														
Casado/união livre	268	60,1	4	44,4	206	48,8	54	50,0	44	36,7	70	63,6	10	71,4
Solteiro (a)	118	26,5	5	55,6	176	41,7	36	33,3	60	50,0	27	24,5	1	7,1
Divorc/desq/separ/viúv.	60	13,5	-	-	40	9,5	18	16,7	16	13,3	13	11,8	3	21,4
<b>Escolaridade (1.269)</b>														
Analfabeto	5	1,1	-	-	3	0,7	10	9,1	4	3,4	-	-	1	7,1
Ensino fundamental	231	51,8	1	11,1	120	28,6	58	52,7	82	68,9	24	21,8	5	35,7
Ensino médio	207	46,4	4	44,4	278	66,2	42	38,2	32	26,9	62	56,4	8	57,1
Superior	3	0,7	4	44,4	19	4,5	-	-	1	0,8	24	21,8	-	-
<b>Renda mensal* (1.270)</b>														
Menos que 1 SM	179	40,0	2	22,2	92	21,8	82	74,5	103	85,8	14	12,7	3	21,4
1-2 SM	182	40,7	2	22,2	256	60,7	27	24,5	16	13,3	43	39,1	1	7,1
>2-3 SM	56	12,5	2	22,2	37	8,8	1	0,9	1	0,8	18	16,4	4	28,6
Mais que 3 SM	30	6,7	3	33,3	37	8,8	-	-	-	-	35	31,8	6	42,9

\* Salário Mínimo (SM) na época = R\$ 380,00

**Tabela 4** – Prevalência (%), razões de prevalência e seus respectivos intervalos, de Transtornos do comportamento alimentar (TCAP e BN) entre trabalhadores da zona urbana segundo características sociodemográficas, hábitos de vida, obesidade (auto-referida), insatisfação com peso/aparência, problema financeiro/preocupações e agressão na infância. Feira de Santana, BA, 2007.

Variáveis	TA							
	TCAP				BN			
	Prev.(%)	RP	IC	Valor de p	Prev.(%)	RP	IC	Valor de p
<b>Sexo</b>								
Feminino	4,3	1,04	0,61-1,78	0,884	1,0	1,06	0,35-3,22	0,919
Masculino	4,2	*	*	*	1,0	*	*	*
<b>Faixa Etária</b>								
Até 35 anos	5,8	<b>2,22</b>	<b>1,25-3,93</b>	0,005	1,5	3,12	0,86-11,27	0,093 <sup>1</sup>
Mais que 35 anos	2,6	*	*	*	0,5	*	*	*
<b>Escolaridade</b>								
Analfab./ fundam.	4,3	1,01	0,60-1,71	0,965	1,3	1,48	0,50-4,38	0,475
Ensino médio/sup.	4,2	*	*	*	0,8	*	*	*
<b>Cor da pele</b>								
Branca/outras <sup>3</sup>	4,2	0,93	0,55-1,59	0,798	1,4	2,38	0,66-8,60	0,258 <sup>1</sup>
Parda/preta	4,5	*	*	*	0,6	*	*	*
<b>Situação Conjugal</b>								
Casado/união estável	3,7	1,88	0,58-6,16	0,454 <sup>1</sup>	1,3	*	*	*
Div./sep./desq/ viu	2,0	*	*	*	-	-	-	-
Solteiro	5,9	2,98	0,92-9,71	0,077 <sup>1</sup>	0,9	0,68	0,21-2,19	*
<b>Renda<sup>2</sup></b>								
Até 2 SM	4,4	1,14	0,57-2,30	0,712	1,1	1,27	0,28-5,70	1,00 <sup>1</sup>
Mais que 2 SM	3,8	*	*	*	0,8	*	*	*
<b>CAGE</b>								
Sim	11,0	<b>2,94</b>	<b>1,53-5,66</b>	0,001	3,3	<b>3,90</b>	<b>1,09-13,91</b>	0,059 <sup>1</sup>
Não	3,7	*	*	*	0,8	*	*	*
<b>Hábito de fumar</b>								
Sim	2,4	0,52	0,14-1,43	0,302 <sup>1</sup>	0,6	0,54	0,07-4,15	1,00 <sup>1</sup>
Não	4,5	*	*	*	1,1	*	*	*
<b>Atividade de lazer</b>								
Sim	4,3	*	*	*	1,0	*	*	*
Não	4,0	0,93	0,41-2,14	0,867	1,3	1,36	0,30-6,07	0,659 <sup>1</sup>
<b>Obesidade (auto-referida)</b>								
Sim	13,5	<b>4,49</b>	<b>2,35-8,58</b>	<b>0,000</b>	1,9	2,06	0,45-9,43	0,340 <sup>1</sup>
Não	3,3	*	*	*	0,9	*	*	*
<b>Insatisfação com peso ou aparência</b>								
Sim	8,3	<b>4,22</b>	<b>2,35-7,59</b>	<b>0,000</b>	2,2	<b>6,19</b>	<b>1,70-22,62</b>	<b>0,002<sup>1</sup></b>
Não	2,1	*	*	*	0,4	*	*	*
<b>Prob. financeiro ou preocupações</b>								
Sim	4,7	1,33	0,73-2,42	0,345	1,4	3,07	0,68-13,90	0,126 <sup>1</sup>
Não	3,6	*	*	*	0,4	*	*	*
<b>Sofreu agressão na infância</b>								
Sim	9,3	<b>2,79</b>	<b>1,5-5,19</b>	<b>0,001</b>	1,9	2,07	0,56-7,62	0,262 <sup>1</sup>
Não	3,5	*	*	*	0,9	*	*	*

<sup>1</sup>Teste Exato de Fisher

<sup>2</sup> Salário mínimo na época: R\$ 380,00

<sup>3</sup> Amarela/indígena

\*Grupo de referência

**Tabela 5** – Prevalência (%), razões de prevalência e seus respectivos intervalos, de Transtornos do comportamento alimentar (TCAP e BN) entre trabalhadores da zona urbana segundo características ocupacionais. Feira de Santana, BA, 2007.

Variáveis	TA							
	TCAP				BN			
	%	RP	IC	Valor de p	%	RP	IC	Valor de p
<b>Setor de Trabalho</b>								
Serv. Domésticos	4,5	1,95	0,25-15,21	1,0 <sup>1</sup>	1,1	1,50	0,25-8,92	0,645 <sup>1</sup>
Construção Civil	2,3	*	*	*	-	-	-	-
Ind. Manufatureira	6,4	2,76	0,35-21,78	0,442 <sup>1</sup>	-	-	-	-
Comércio	5,0	2,16	0,30-15,71	1,0 <sup>1</sup>	1,8	2,43	0,63-9,33	0,215 <sup>1</sup>
Outros serv. <sup>2</sup>	3,5	1,52	0,20-11,28	1,0 <sup>1</sup>	0,8	*	*	*
Ensino	3,5	1,67	0,19-14,51	1,0 <sup>1</sup>	0,9	1,24	0,13-11,77	1,0 <sup>1</sup>
Transporte	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Tipo de vínculo</b>								
Formal	3,8	*	*	*	1,3	4,89	0,64-37,5	0,124 <sup>1</sup>
Informal	4,3	1,11	0,61-2,02	0,741	0,3	*	*	*
<b>Ocup. principal</b>								
Biscateiro	5,5	1,77	0,69-4,54	0,236	1,8	7,67	0,70-83,85	0,11 <sup>1</sup>
Autônomo	4,9	1,60	0,82-3,14	0,166	1,8	7,55	0,95-60,13	0,039 <sup>1</sup>
Profissional liberal	-	-	-	-	-	-	-	-
Assalariado	3,1	*	*	*	0,2	*	*	*
Emp. Doméstico	3,3	1,08	0,36-3,25	1,00 <sup>1</sup>	1,7	7,03	0,64-76,91	0,125 <sup>1</sup>
Func. Público	4,5	1,47	0,54-4,04	0,452	-	-	-	-
Empregador	7,1	2,31	0,32-16,47	0,372 <sup>1</sup>	-	-	-	-
<b>Carga horária</b>								
Até 30h	5,4	1,43	0,83-2,48	0,196	2,3	<b>4,12</b>	<b>1,36-12,51</b>	<b>0,007</b>
Mais que 30h	3,8	*	*	*	0,6	*	*	*

<sup>1</sup> Teste Exato de Fisher

<sup>2</sup> Inclui atividades de serviços gerais como estética, saúde, segurança, esporte, laboratório.

\*Grupo de referência

**Tabela 6** - Prevalência (%), razões de prevalência e seus respectivos intervalos, de Transtornos do comportamento alimentar (TCAP e BN) entre trabalhadores da zona urbana segundo aspectos psicossociais do trabalho. Feira de Santana, BA, 2007.

Variáveis	TA							
	TCAP				BN			
	%	RP	IC	Valor de p	%	RP	IC	Valor de p
<i>Baixa exigência</i>	2,8	*	*	*	0,6	*	*	*
<i>Trabalho ativo</i>	4,0	1,42	0,60-3,35	0,425	0,8	1,42	0,20-9,99	1,00 <sup>1</sup>
<i>Trabalho passivo</i>	3,8	1,34	0,59-3,07	0,480	0,9	1,68	0,28-9,99	0,671 <sup>1</sup>
<i>Alta exigência</i>	5,9	2,10	0,98-4,47	0,05	1,7	4,15	0,81-21,23	0,109 <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Teste exato de Fisher

\*Grupo de referência

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O principal objetivo desse estudo foi descrever o perfil dos trabalhadores da zona urbana de Feira de Santana segundo características sociodemográficas e do trabalho, assim como estimar a prevalência de comportamentos sugestivos de bulimia nervosa (BN) e transtorno da compulsão alimentar periódica (TCAP) nessa população. Também se buscou investigar a relação entre características sociodemográficas e do trabalho, aspectos psicossociais do trabalho, com destaque para os transtornos alimentares.

O trabalho humano pode ter vários sentidos, representando fonte de satisfação ou sofrimento. Segundo Araujo (2004), embora a vida do homem não se reduza ao trabalho, não é possível compreender a existência humana sem levar em consideração a esfera laboral. O mundo do trabalho vem sofrendo várias transformações produtoras de estresse. A relação entre situações estressantes e repercussões na saúde tem sido constantemente evidenciada na literatura para os transtornos mentais, dor musculoesquelética e doenças cardiovasculares (ARAÚJO, T.M. et al., 2003; GASPARINI; BARRETO; ASSUNÇÃO, 2006; COUTO; VIEIRA; LIMA, 2007; GRAÇA; ARAÚJO; SILVA, 2006).

O capitalismo tem gerado vários problemas sociais, os quais introduzem novos impactos para a saúde mental de indivíduos, grupos e comunidades. O desemprego e a instabilidade nas condições de trabalho convocam o estudo das novas situações críticas e traumáticas para o trabalhador. Nesse sentido, novas investigações sobre as condições que determinam o processo saúde-doença poderão auxiliar na construção de estratégias que promovam a saúde do trabalhador (FIORINI, 2004).

Nesta perspectiva, este estudo contempla a interface entre trabalho e o processo saúde-doença, tendo como foco os transtornos alimentares. Sendo os TA patologias de origem multifatorial, considerou-se relevante investigar alguns fatores relacionados a atividade laboral que pudessem influenciar no desenvolvimento e ou manutenção dos mesmos.

Além dos aspectos relacionados à atividade laboral, refere-se que o processo de globalização e urbanização pode aumentar a chance de TA por levar a uma maior exposição ao ideal de magreza, mudanças nos hábitos alimentares (“fast-foofs”), sedentarismo, sobrepeso e obesidade (VILELA et al., 2004; MORGAN; VECCHIATTI; NEGRÃO, 2002).

Neste sentido, sendo os trabalhadores estudados residentes na zona urbana, deve-se estar atento a possível interferência deste aspecto nos resultados encontrados.

O aumento ou não da prevalência e/ou incidência dos TA na modernidade divide opiniões e a discussão circula, dentre outros pontos, em torno de questões metodológicas e a escassez de estudos epidemiológicos que possam oferecer base comparativa mais sólida (PIZON; NOGUEIRA, 2204; NUNES, 2006).

Estudos epidemiológicos são de grande importância para a estruturação racional de serviços assistenciais e para elaboração de políticas de saúde. Porém um estudo epidemiológico de base populacional é complexo e caro, não havendo no Brasil um estudo epidemiológico representativo de base populacional para avaliar as taxas de prevalência dos TA. Apesar disso, algumas evidências apontam para a possibilidade dos TA serem de relevância para a saúde pública do país, a exemplo da grande demanda de pacientes em alguns serviços especializados (APPOLINARIO; MOYA, 2006).

A relevância deste estudo consiste no fato do mesmo ser um estudo de base populacional, diferente da maioria dos estudos sobre TA que são realizados em serviços de saúde, e também por fornecer novos dados e introduzir novas questões que poderão servir de subsídio para reflexões e intervenções voltadas para saúde do trabalhador. Além disso, pretende-se dar visibilidade a necessidade de se ter um olhar mais atento sobre os TA e de se investir em serviços especializados e na capacitação de profissionais para assistir essa clientela de forma mais adequada.

**REFERÊNCIAS**

APPOLINARIO, J.C.; CLAUDINO, A. M. “Transtornos alimentares”, **Revista Brasileira de Psiquiatria**. V.22, n.2, p.28-31, 2000.

APPOLINARIO, J.C.; MOYA, T. Serviços de transtornos alimentares no Brasil e no mundo. In: NUNES, M.A et al. **Transtornos alimentares e obesidade**. 2.ed, Porto Alegre: Artmed, 2006.

ARAÚJO, T.M.; GRAÇA, C.C.; ARAÚJO, E. Estresse ocupacional e saúde: contribuições do Modelo Demanda-Controle. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.8, n.4, p.991-1003, 2003.

ARAÚJO, T.M. et al. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. **Revista de Saúde Pública**, v.37, n.4, p.424-33, 2003.

ASSUMPÇÃO, C.L.; CABRAL, M.D. Complicações clínicas da anorexia nervosa e bulimia nervosa. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.24, Supl III, p.29-33, 2002.

BORGES, N.J.B.G. et al. Transtornos alimentares – Quadro clínico. **Medicina**, Ribeirão Preto, v.39, n.3, p. 340-348, 2006.

BUCARETCHI, H.A.; CORDÁS, T.A. Distúrbios alimentares: anorexia e bulimia. In: QUAYLE, J. e LÚCIA, M. C. S.(org). **Adoecer: as interações do doente com a sua doença**. São Paulo: Atheneu, 2003.

BRITO, J.C.; D’ACRI, V. Referencial de análise para o estudo da relação trabalho, mulher e saúde. **Caderno Saúde Pública**, RJ, v.7, n.2, p. 210-214, abr./jun. 1991.

CLAUDINO, A.M.; BORGES, M.B.F. Critérios diagnósticos para os transtornos alimentares: conceitos em evolução. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.24, supl III, p.7-12, 2002.

CORDÁS, T.A. Transtornos alimentares em discussão. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.23, n.4, p.178-79, 2001.

CORDÁS, T.A.; CLAUDINO, A.M. Transtornos alimentares: fundamentos históricos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.24, supl. III, p.3-6, 2002.

COUTO, H.A.; VIEIRA, F.L.H.; LIMA, E.G. Estresse ocupacional e hipertensão arterial sistêmica. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v.14, n.2, p.112-115, abr./jun. 2007.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. São Paulo, Oboré Editorial, 1987.

DIXE, M.A. Prevalência das doenças do comportamento alimentar. **Análise Psicológica** v.25, n.4, p. 559-569, 2007.

FIATES, G.M.R.; SALLES, R.K. Fatores de risco para o desenvolvimento de distúrbios alimentares: um estudo em universitárias. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.14 (supl), p.3-6, 2001.

FIORINI, H.J. **Teoria e técnica de psicoterapias**. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

FREITAS, R.S. Curso e prognóstico dos transtornos alimentares. In: NUNES, M.A. et al. **Transtornos alimentares e obesidade**. 2.ed, Porto Alegre: Artmed, 2006.

GALVÃO, A.L.; CLAUDINO, A.M.; BORGES, M.B.F. Aspectos históricos e evolução do diagnóstico. In: NUNES, M.A et al. **Transtornos alimentares e obesidade**. 2.ed, Porto Alegre: Artmed, 2006.

GALVÃO, A.L.; PINHEIRO, A.P.; SOMENZI, L. Etiologia dos transtornos alimentares. In: NUNES, M.A. et al. **Transtornos alimentares e obesidade**. 2.ed, Porto Alegre: Artmed, 2006.

GASPARINI, S.M.; BARRETO, S.M.; ASSUNÇÃO, A.A. Prevalência de transtornos mentais comuns em professores da rede municipal de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.22, n.12, p.2679-2691, dez. 2006.

GRAÇA, C.C.; ARAÚJO, T.M.; SILVA, C.E.P. Prevalência de dor musculoesquelética em cirurgiões-dentistas. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.30, n.1, p.59-76, jan./jun. 2006.

GRUCZA, R.A.; PRYBECK, T.R.; CLONINGER, C.R. Prevalence and correlates of binge eating disorder in a community sample. **Comprehensive Psychiatry**, v.48, p.124-131, 2007.

HAY, P.J. Epidemiologia dos transtornos alimentares: estado atual e desenvolvimentos futuros. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.24 (Supl III), p.13-17, 2002.

HSU, L.K.G. Epidemiology of eating disorders. **Psychiatry Clin. North Am**, v.19, p.681-700, 1996.

HSU, L.K.G. Eating Disorders: Practical Interventions. **JAMWA**, v.59, p.113-124, 2004.

JOHNSON, J.G.; SPITZER, R.L.; WILLIAMS, J.B.W. Health problems, impairment and illnesses associated with bulimia nervosa and binge eating disorder among primary care and obstetric gynaecology patients. **Psychological Medicine**, New York (USA), v.31, p.1455-1466, 2001.

KARASEK, R.A. Job Demand, Job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. **Administrative Science Quarterly**, v.24, p.285-308, 1979.

- KARASEK, R.A. **Job Content Questionnaire and User's Guide**. University of Massachusetts, 1985.
- LUDERMIR, A. B.; MELO-FILHO, D.A. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.36, p.213-221, jan. 2002.
- MANUAL diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. **DSM-IV-TR<sup>TM</sup>**: texto revisado. 4.ed, Porto Alegre: Artmed, 2002.
- MARANHÃO-NETO; MIRANDA, C.J.M. Detecção do Risco de Sobrepeso em Servidoras Universitárias: Um Estudo Exploratório. **Revista Brasileira de Fisiologia do Exercício**, v. 2, p.166-171, 2003.
- MCNULTY, P.A.F. Prevalence and Contributing Factors of Eating Disorder Behaviors in Active Duty Navy Men. **Military Medicine**, v.162,n.11, p.753-758,1997.
- MEDRONHO, R.A. et al. **Epidemiologia**. São Paulo: Ed. Ateneu, 2006.
- MELIN, P.; ARAÚJO, A.M. Transtornos alimentares em homens: um desafio diagnóstico. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.24, Supl III, p.73-76, 2002.
- MORGAN, C.M.; VECCHIATTI, I.R.; NEGRÃO, A.B. Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.24, supl.III, p.18-23, 2002.
- NODIN, N. A depressão nas perturbações da alimentação. **Análise Psicológica**, v.17, n.4, p.687-694, 1999.
- NUNES, M.A. et al. Prevalence of abnormal eating behaviors and inappropriate methods of weight control in young women from Brazil: A population-based study. **Eating Weight Disord.**, v.8, p.100-106, 2003.
- NUNES, M.A. Epidemiologia dos transtornos alimentares. In: NUNES, M.A. et al. **Transtornos Alimentares e Obesidade**. 2.ed. - Porto Alegre: Artmed, 2006.
- PEREIRA, M.G. **Epidemiologia teoria e prática**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 1995.
- PINHO, P.S. **Sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns em mulheres**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, 2007.
- PINZON, V.; NOGUEIRA, F.C. Epidemiologia, curso e evolução dos transtornos alimentares. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v.31, n.4, p.158-160, 2004.

POSSATI, I. C.; DIAS, M. R. Multiplicidade de Papéis da Mulher e seus Efeitos para o Bem-Estar Psicológico. **Psicologia: Reflexões e Crítica**, v.15, n.2, p. 293-301, 2002.

PRITTS, S.D.; SUSMAN, J. Diagnosis of Eating Disorders in Primary Care. **American Family Physician**, v.67, n 2, 2003. Disponível em <<http://www.aafp.org/afp/20030115/297.html>> Acesso em: 25 nov. 2008.

REBELO, A.; LEAL, I. Factores de personalidade e comportamento alimentar em mulheres portuguesas com obesidade mórbida: Estudo exploratório. **Análise Psicológica**, v.25, n..3, p.467-477, 2007.

SCHMIDT, M.I. et al. Validity of self-reported weight: a study of urban brazilian adults. **Revista de Saúde Pública**, v.27, n.4, p.271-276, 1993.

SILVA, C.M. Perturbações alimentares em contextos desportivos: Um estudo comparativo. **Análise Psicológica**, v.19, n.1, p.131-141, 2001.

SORJ, B. Percepções sobre esferas separadas de gênero. In: ARAÚJO, C.; SCALON, C. (org). **Gênero, família e trabalho no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005.

SOUZA, F.G.M. et al. Anorexia e bulimia nervosa em alunas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará – UFC **Revista de Psiquiatria Clínica**, v.29, n.4, p.172-180, 2002.

SPITZER, L.R.; KROENKE, K.; WILLIAMS, J.B.W. Validation and Utility of a Self-report Version of PRIME-MD: The PHQ Primary Care Study. **JAMA**, Nov.10, v. 282, n.18, p.1737-1744, 1999.

SPSS (Statistical Package for Social Sciences) Base 9.0 for Windows. **User's Guide** (1996).

VILELA, J.E.M. et al., Transtornos alimentares em escolares. **Jornal de Pediatria**, v.80, n.1, p.49-54, 2004.

VITOLO, M.R.; BORTOLINI, G.A.; HORTA, R.L. Prevalência de compulsão alimentar entre universitárias de diferentes áreas de estudo. **Revista de Psiquiatria RS**, v.28, n.1, p.20-26, jan./abr.2006.

## **APÊNDICE**

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO**

**ANA PAULA KALIL PRISCO**

**TRANSTORNOS DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR EM TRABALHADORES DA  
ZONA URBANA DE FEIRA DE SANTANA – BA, 2007**

Projeto de pesquisa apresentado à Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS como requisito parcial para avaliação do programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde (Mestrado acadêmico).

Área de concentração: Epidemiologia

Linha de Pesquisa: Saúde, ambiente e trabalho

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr.<sup>a</sup> Tânia Maria de Araújo

Co-orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr.<sup>a</sup> Maura Maria G. de Almeida

Feira de Santana  
2007

## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO</b>	54
2	<b>OBJETIVOS</b>	58
2.1	OBJETIVO GERAL	58
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	58
3	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b>	59
3.1	COMPORTAMENTO ALIMENTAR HUMANO: ASPECTOS EMOCIONAIS E SÓCIO-CULTURAIS	59
3.2	TRANSTORNOS ALIMENTARES: BREVE HISTÓRICO E CARACTERÍSTICAS GERAIS	60
3.3	CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA OS TRANSTORNOS ALIMENTARES	63
3.4	AVALIAÇÃO DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES: LIMITES E POSSIBILIDADES	68
3.5	INSTRUMENTOS PARA A AVALIAÇÃO DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES	70
3.6	INTERFACE ENTRE DISTÚRBIOS ALIMENTARES E TRABALHO	75
3.7	TRANSTORNOS ALIMENTARES VERSUS ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DO TRABALHO: CONTRIBUIÇÕES DO MODELO DEMANDA-CONTROLE	78
4	<b>MATERIAIS E MÉTODOS</b>	81
4.1	TIPO DE ESTUDO	81
4.2	CAMPO DO ESTUDO	81
4.3	POPULAÇÃO DO ESTUDO	82
4.4	AMOSTRA	83
4.5	INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	83
4.5.1	<b>Ficha domiciliar</b>	83
4.5.2	<b>Questionário individual</b>	84
4.6	VARIÁVEIS DO ESTUDO	84
4.6.1	<b>Variável dependente</b>	84
4.6.2	<b>Variáveis descritoras</b>	84
4.7	ANÁLISE DE DADOS	85
4.8	ASPECTOS ÉTICOS	86
4.9	CRONOGRAMA	87
4.10	ORÇAMENTO	88
5	<b>REFERÊNCIAS</b>	89

## 1 INTRODUÇÃO

Na atualidade observa-se aumento da incidência dos transtornos alimentares. (HSU, 1996), despertando o interesse de profissionais das diversas áreas do saber. A preocupação com esses distúrbios é devido às conseqüências que acarretam no campo físico e psíquico (KAHTÁLIAN, 1992; FREITAS, 2006). Por outro lado, alguns autores chamam a atenção para a possibilidade de esse aumento estar também relacionado com o maior conhecimento e divulgação do assunto, levando a um maior reconhecimento dos casos. Dessa forma, a ascensão ou não das taxas de incidência deve ser vista com cautela (BORGES et al., 2006).

Os transtornos alimentares (TA) são patologias caracterizadas por alterações no comportamento alimentar que, dentre outras conseqüências, podem levar à extrema magreza (BORGES et al., 2006) ou à obesidade. Dentre os transtornos alimentares, os mais comuns são: anorexia, bulimia e compulsão alimentar periódica. De um modo geral, fatores orgânicos, familiares, psicológicos e sócio-culturais estão articulados à etiologia dos mesmos (BUSSE; SILVA, 2004; GALVÃO, PINHEIRO; SOMENZI, 2006). A complexa interação desses fatores aponta para a necessidade de uma abordagem integrada e multiprofissional desses eventos.

Os TA ocorrem mais freqüentemente no sexo feminino, representando 90% dos casos. Estudos têm demonstrado aumento no número de pacientes com essas patologias, especialmente nas últimas décadas, representando um grande desafio para profissionais de saúde (BUCARETCHI; CORDÁS, 2003). A prevalência dessas patologias é baixa, variando de 0,5 a 4,2%, segundo a maior parte dos estudos (CORDÁS, 2001; HSU, 1996). Entretanto, são apontadas como uma das desordens mais comum entre mulheres jovens e com elevados índices de morbidade e mortalidade (ASSUMPÇÃO; CABRAL, 2002; HSU, 1996; PINZON; NOGUEIRA, 2004).

Ao levar em consideração que a etiologia das perturbações alimentares é multifatorial (APPOLINÁRIO; CLAUDINO, 2000), considera-se pertinente investigar sua possível relação com o trabalho, uma vez que a inserção no mercado de trabalho pode favorecer a saúde ou a doença, a depender do lugar que a atividade laboral ocupe na vida do sujeito e das condições nas quais o trabalho é realizado. Em algumas situações, o trabalho pode ser fonte de prazer e realização, porém em outras situações pode produzir conflito, estresse, insatisfação (BRITO; D'ACRI, 1991).

Existe uma carência de informações sobre o nexos entre distúrbios alimentares e aspectos do trabalho. Refere-se maior número de ocorrência desses distúrbios em determinados grupos ocupacionais: modelos, atores, bailarinos, atletas e nutricionistas, onde, de algum modo, a imagem e/ou o peso corporal parece ter relevância no desempenho ou sucesso profissional (MELIN; ARAÚJO; MALHEIROS, 2006; SILVA, 2001). Para além dos aspectos corporais e estéticos, seja com outros grupos ocupacionais ou até mesmo com os grupos considerados de risco, é possível que o estresse contínuo, a pressão social em relação à performance e a rotina de trabalho sejam elementos que tornem certos profissionais mais vulneráveis ao desenvolvimento de perturbações no comportamento alimentar.

Ao investigar a relação entre trabalho e transtornos alimentares é importante levar em consideração questões de gênero, pois homens e mulheres estão expostos a condições de trabalho diferenciadas no processo produtivo, prevalecendo, nas relações hierárquicas do trabalho, a sujeição da mulher em relação ao homem. Os preconceitos ainda existentes em relação à mulher dificultam seu desenvolvimento e realização plena enquanto pessoa. (BRITO; D'ACRI, 1991). Apesar da crescente inserção da mulher no mercado de trabalho, a desconstrução dos “lugares” socialmente construídos para o homem e para a mulher não acontece na mesma velocidade, representando uma fonte usual de frustração e insatisfação. Além disso, muitas mulheres, embora inseridas no mercado de trabalho, continuam exercendo atividades domésticas, o que gera uma sobrecarga e, conseqüentemente, prejuízos ao seu bem-estar (POSSATI; DIAS, 2002).

A reflexão sobre trabalho, gênero e processo saúde-doença amplia o entendimento do aumento de diversos sintomas na modernidade como: ansiedade, depressão, compulsões, insônia, estresse, dentre outros, principalmente no sexo feminino. De acordo com Possati e Dias (2002), pode-se inferir que os novos papéis incorporados pela mulher, somados aos seus papéis historicamente construídos, sejam parcialmente responsáveis por alguns desses transtornos.

O ascendente interesse pelo conhecimento dos determinantes do adoecimento psíquico das populações tem gerado uma maior investigação sobre o tema; entretanto, o campo da saúde mental ainda demanda estudos populacionais que, ao ampliar o saber existente, possam melhor balizar suas ações e políticas. Alguns estudos epidemiológicos (ARAÚJO et al, 2002; FARIAS, 2007; PINHO, 2007; SILVA, 2006) sobre trabalho e saúde mental, realizados em Feira de Santana-BA, fornecem subsídios para uma avaliação mais adequada sobre esta temática, principalmente nesta cidade. Estes trabalhos enfatizam os transtornos mentais

comuns (insônia, queixas psicossomáticas, irritabilidade, dificuldade de concentração) na população e em grupos específicos.

De um modo geral, os dados encontrados apontam significativa prevalência de transtornos mentais comuns (TMC) nas populações estudadas, evidenciando preocupante dimensão desses transtornos no município. Este contexto e a provável relação entre TMC e os transtornos alimentares (MAGALHÃES; MENDONÇA, 2005) fortalece a relevância do presente estudo. Além disso, existe uma importante questão de cunho científico relacionada com a carência de dados populacionais, no Brasil, sobre a prevalência e a incidência de transtornos alimentares, assim como registros consistentes do número de pacientes que são diagnosticados como portadores desse problema na rede pública (NUNES, 2006).

Também não foi encontrada na literatura, até o momento, referência sobre os transtornos alimentares e atividades laborais onde a imagem/peso do corpo não exerce, de forma explícita, maiores influências. Entretanto, para além da exigência estética de determinadas ocupações, podemos considerar que outros fatores ligados à atuação profissional funcionem como agentes estressores, podendo influenciar no comportamento alimentar.

Nesse sentido, surgem alguns questionamentos:

- Qual a prevalência de Transtornos do comportamento alimentar entre trabalhadores de Feira de Santana - BA?
- Qual a prevalência de Transtornos do comportamento alimentar, segundo características do trabalho, sociodemográficas e comportamentais?
- Existe relação entre Transtornos do comportamento alimentar e aspectos psicossociais do trabalho?

A lacuna existente em relação a esses dados justifica os esforços de novos estudos que possam servir como embasamento empírico para ampliar o conhecimento sobre questões referentes aos transtornos alimentares, e mais especificamente sobre o Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica (TCAP) e a Bulimia Nervosa (BN). Espera-se ainda poder contribuir para reflexão sobre possível relação entre estes distúrbios e o trabalho, uma vez que as condições e a organização da atividade laboral, podem favorecer ou comprometer o bem-estar do sujeito.

O presente estudo não se propõe a diagnosticar casos de transtornos do comportamento alimentar, o que exigiria também uma avaliação clínica. Pretende-se, a partir dos dados coletados, descrever a prevalência de comportamentos sugestivos de bulimia nervosa e transtorno da compulsão alimentar periódica em trabalhadores de Feira de Santana -

BA. Trata-se de um estudo pioneiro com essa temática nesta cidade, a partir do qual poder-se-á fornecer subsídios para se repensar as ações e políticas voltadas para a saúde do trabalhador, além da ampliação do conhecimento sobre os transtornos alimentares com base em estudos populacionais.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

- Descrever a prevalência de alguns transtornos do comportamento alimentar (bulimia e transtorno da compulsão alimentar periódica) entre trabalhadores da zona urbana de Feira de Santana, Bahia, segundo características sócio-demográficas, do trabalho profissional e comportamental.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Estimar a prevalência de Transtornos do comportamento alimentar entre trabalhadores da zona urbana de Feira de Santana –BA, segundo gênero;
- Estimar a prevalência de comportamentos sugestivos de Bulimia Nervosa (BN) e Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP);
- Avaliar a prevalência de Transtornos do comportamento alimentar entre trabalhadores da zona urbana de Feira de Santana, segundo aspectos psicossociais do trabalho (níveis de demanda e controle sobre o trabalho realizado).

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 COMPORTAMENTO ALIMENTAR HUMANO: ASPECTOS EMOCIONAIS E SÓCIO-CULTURAIS

Tendo em vista que para o homem o alimento pode ter muitos significados, considera-se importante apontar sua relação com o comportamento alimentar e com as dimensões emocionais e sócio-culturais. Nesse sentido, o ato de comer também envolve aspectos subjetivos, não se restringindo aos aspectos observáveis, ou seja, o que se come, o quanto se come e como se come.

Para Kahtalian (1992), a comida vai além das satisfações biológicas de sobrevivência, pois o comer para o humano é marcado pelo afeto presente desde as primeiras experiências do bebê ao ser alimentado por sua mãe. Ascencio (2006) além de corroborar com essa perspectiva afetiva, acrescenta que a alimentação também possui uma dimensão social.

O aspecto social fica evidente nas refeições realizadas em conjunto, nas celebrações em torno da mesa, dos preparos especiais para visitas e datas comemorativas, dentre outras coisas. Nesse sentido, o ato de comer é algo complexo, visto que ultrapassa a simples seleção de alimentos saudáveis e acessíveis. O comer também envolve prazer, lembranças, relação com algo e/ou pessoas (NASCIMENTO, 2007).

A relação do homem com seus alimentos ultrapassa o âmbito da necessidade. Estudos antropológicos com primitivos revelaram que o nome do alimento e seus atributos simbólicos têm um papel na subjetividade do humano. O alimento possui valores diversos nas diferentes culturas, o que irá demarcar as escolhas dos alimentos, seu preparo e modos de serem servidos (HADDAD, 2004).

Nakamura (2004) destaca que a cultura tem grande influência sobre os comportamentos e hábitos alimentares, assim como nas representações sobre o corpo e os padrões estéticos socialmente aceito. Nessa perspectiva, a cultura define a possível integração ou estigmatização social do sujeito.

Atualmente, percebe-se um número cada vez maior de indivíduos em dieta ou com alguma preocupação em relação ao “excesso” de peso e a mulher parece ser mais vulnerável à aceitação das pressões sociais associadas aos padrões estéticos. Para Birman (1999), a contemporaneidade é marcada pelo autocentramento e estetização do eu. Para ele, na sociedade do espetáculo, a beleza do corpo é supervalorizada e os padrões estéticos são cada vez mais rigorosos. O ideal de beleza aponta para um corpo cada vez mais magro.

Matos (2006) considera que variáveis naturais, variáveis do meio ambiente e variáveis da história de vida do indivíduo estão atreladas a conduta alimentar. Refere que a literatura psicológica tem apontado o comportamento alimentar como produto de um aprendizado e/ou uma forma de defesa psíquica. Pode-se dizer que na espécie humana o alimento, além de satisfazer a fome fisiológica, pode servir como conforto, afeto, compensação. Corroborando com este autor, Espíndola & Blay (2006), aponta que:

O sintoma [de compulsão alimentar] parece assumir variadas funções. Pode surgir como calmante, anestésico e como conforto para momentos de solidão. Outro aspecto evidenciado ao longo dos estudos foi o uso da comida como satisfação de outras necessidades que não a fome fisiológica, figurando, assim, como uma forma de compensação. (p.270).

Arantes (2007) enfatiza a importância da satisfação das necessidades vitais para que se possa usufruir secundariamente de algumas condições do existir humano. A saciedade da fome é algo primordial e indispensável à vida. Satisfeita esta condição, pode-se pensar no alimento não apenas como necessidade, mas também como prazer, incorporando outros elementos como a escolha e o desejo.

### 3.2 TRANSTORNOS ALIMENTARES: BREVE HISTÓRICO E CARACTERÍSTICAS GERAIS

Estudos apontam que na atualidade o comportamento alimentar vem sofrendo alterações, transformando-se em transtornos alimentares que variam desde um consumo excessivo de alimentos a uma total recusa alimentar. Estas perturbações podem acarretar diversos problemas à saúde, incapacidades e até mesmo a morte nos casos mais graves (MATOS, 2006). Sendo assim, considera-se importante e necessário que os profissionais de saúde identifiquem e tratem esses transtornos (JOHNSON; SPITZER; WILLIAMS, 2001).

Considera-se que a etiologia dos transtornos alimentares (TA) é multidimensional, onde fatores situacionais, culturais, comportamentais, orgânicos, familiares, sociais e psicológicos podem estar associados ao problema (FIATES; SALLES, 2001). Entretanto não há consenso nem dados conclusivos sobre a forma como cada fator interfere no estabelecimento da doença. Estudos têm questionado a real influência de fatores sociais e culturais nos TA. Refere-se que não se trata de um fenômeno apenas “ocidental” nem das classes mais favorecidas; os fatores genéticos também são considerados importantes no desenvolvimento desses transtornos (HAY, 2002; PINHEIRO et al., 2006).

Dentre os TA, os mais comuns são: anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN). Dentre os transtornos alimentares sem outra especificação (TASOE) ou transtornos alimentares não especificados (TANE), o diagnóstico mais investigado é o transtorno de compulsão alimentar periódica (TCAP), seguido dos quadros atípicos de AN e BN (manifestações mais leves ou parciais, de maior prevalência (5:1) do que as síndromes completas e que podem evoluir para os quadros completos). Também fazem parte dos TASOE os quadros de ruminação (ato de engolir e retornar o alimento à boca para remastigar e engolir novamente), pica (ingestão de substâncias consideradas não alimentares para o humano: fezes, giz, madeira, terra, tecido e outras), hiperfagia reativa (aumento de apetite devido a questões emocionais: perdas, separações, estresse) e vômitos psicogênicos (vômitos repetidos, de fundo emocional, na ausência de doença gastrointestinal). Recentemente a síndrome do comer noturno também tem sido investigada (CLAUDINO; BORGES, 2002).

Apesar de serem classificados separadamente, a AN e BN possuem uma psicopatologia comum: preocupação em excesso com o peso e a forma corporal devido ao medo de engordar, o que leva as pessoas anoréxicas e bulímicas a adotarem dietas restritivas e comportamentos que visam a perda e/ou controle do peso. Outro ponto em comum é a freqüente insatisfação com a aparência física. Tanto na AN como na BN o sujeito faz um julgamento de si mesmo indevido com base na forma física, a qual geralmente é percebida de forma distorcida; por exemplo, na anorexia nervosa, apesar da extrema magreza, o indivíduo percebe-se acima do peso (MANUAL, 2002; CLAUDINO; BORGES, 2002). Para Schilder (1999), a imagem corporal é o resultado da vida social. Ela não é uma entidade rígida, podendo ser construída e desconstruída. A cultura da imagem de um corpo magro como ideal presente na nossa sociedade, contribui para o aparecimento dos distúrbios alimentares (BUCARETCHI; CORDÁS, 2003). Em relação ao TCAP, não se observa excessiva preocupação com o peso e a forma física, nem a utilização de métodos compensatórios após grande ingesta alimentar. Geralmente os indivíduos portadores de TCAP apresentam sobrepeso ou obesidade (SPITIZER et al., 1992).

A palavra “anorexia” deriva do grego “orexis” (apetite) acrescido do “an-” (deficiência ou ausência de), significando inapetência ou aversão à comida; já o termo “anorexia nervosa” aponta para perda de apetite devido perturbação no estado mental do sujeito. Entretanto, considera-se esta terminologia inadequada, pois na anorexia não se trata de uma “perda de apetite”, mas de uma luta contra a fome, pelo menos no início do problema (CLAUDINO; BORGES, 2002; CORDÁS; CLAUDINO, 2002; GALVÃO; CLAUDINO; BORGES, 2006).

Embora os TA também sejam referidos como “sintomas da modernidade”, há referências de comportamentos similares à anorexia entre os séculos V e XIII, onde mulheres faziam “jejum voluntário” de fundo religioso. O primeiro relato médico de anorexia foi feito por Morton em 1689 e a primeira descrição da AN como entidade nosológica foi feita pelo médico inglês Gull e o psiquiatra francês Lasègue, em 1873. O conceito de anorexia, ao longo da história, passou por diversos ajustes; a partir da década de 1970, os critérios alcançaram uma maior padronização. Apesar disso, alguns pontos relacionados aos critérios diagnósticos ainda são motivos de discussão (CLAUDINO; BORGES, 2002; CORDÁS, 2004; CORDÁS; CLAUDINO, 2002; GALVÃO; CLAUDINO; BORGES, 2006). No próximo capítulo, serão abordadas algumas questões polêmicas sobre os critérios adotados para diagnosticar os TA, em especial, o TCAP.

Etimologicamente, o termo bulimia deriva do grego “bou” (grande) ou “boul” (boi) e “limos” (fome), indicando uma fome tão intensa a ponto de levar alguém a comer um boi. Russel foi o primeiro a descrever a bulimia nervosa no ano de 1979. Desde então, as investigações e o conhecimento desta entidade nosológica vem avançando com rapidez. Foi descrita inicialmente entre pacientes com AN e depois entre obesos. A partir da década de 70, sintomas de bulimia foram identificados entre mulheres jovens com peso adequado. Entretanto, como bem lembrado por alguns autores, o comportamento de forçar o vômito é antigo, datando períodos desde a Antiguidade. Para os egípcios, o ato de vomitar continha virtudes e era estimulado por ser considerado benéfico à saúde. Hipócrates, na medicina grega, também recomendava o vômito. Os romanos utilizavam o *vomitorium* (espaço reservado para se vomitar os excessos alimentares dos banquetes). Os purgantes também eram comuns na Idade Média, assim como os eméticos (medicamentos para indução do vômito) (CORDÁS; CLAUDINO, 2002; GALVÃO; CLAUDINO; BORGES, 2006).

O TCAP ou, em inglês, *Binge Eating Disorder* (BED), é uma nova categoria diagnóstica de TA, descrita em 1994 no Apêndice B do DSM-IV (MANUAL, 2002), e se encontra em fase de pesquisa e possível inclusão entre as categorias principais dos TA. O TCAP foi descrito pela primeira vez por Stunkard nos anos 1950. Anjos (2006), destaca que a compulsão alimentar pode favorecer a oscilação do peso corporal e o desenvolvimento da obesidade. Porém cabe ressaltar que, segundo Freitas et al. (2001), a CAP pode ocorrer tanto em pessoas com peso normal quanto em indivíduos obesos. Entre obesos que buscam programa para emagrecer, observa-se uma prevalência de 30% para TCAP e 46% para CAP.

Os critérios diagnósticos para os transtornos alimentares podem ser encontrados nos principais sistemas classificatórios atualmente em voga: o Manual Diagnóstico Estatístico de

Transtornos Mentais - DSM-IV-TR (MANUAL, 2002) e a Classificação Internacional das Doenças - CID-10 (OMS, 1998). Neste estudo, os critérios diagnósticos para AN, BN e TCAP terá como referência os referidos sistemas de classificação. A seguir os critérios diagnósticos serão vistos mais detalhadamente.

### 3.3 CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA OS TRANSTORNOS ALIMENTARES

A anorexia nervosa caracteriza-se pela recusa alimentar voluntária que pode levar a um estado de desnutrição grave e extrema magreza (caquexia). O Quadro 1 detalha os critérios utilizados para diagnosticar anorexia nervosa, segundo o DSM-IV-TR e CID-10.

ANOREXIA NERVOSA	
DSM-IV-TR	CID-10
<p>A) Recusa em manter o peso corporal dentro ou acima do mínimo normal adequado à idade e à altura (por exemplo, perda de peso, levando à manutenção do peso abaixo de 85% do esperado; ou fracasso em ter o peso esperado durante o período de crescimento, levando a um peso corporal menor que 85% do esperado).</p> <p>B) Intenso medo de ganhar peso ou de vir a ser gordo, mesmo estando muito abaixo do peso esperado.</p> <p>C) Perturbação no modo de vivenciar o peso ou a forma do corpo, influência indevida do peso ou da forma do corpo sobre a auto-avaliação, ou negação da gravidade do baixo peso do corpo.</p> <p>D) Entre as mulheres, amenorréia pós-menarca (ausência de pelo menos três ciclos menstruais consecutivos e com retorno destes apenas com uso de hormônio, por exemplo, estrógeno).</p> <p><b>Tipos de anorexia</b>  <i>Restritivo:</i> o indivíduo não se envolve com regularidade em compulsões periódicas ou purgações (vômitos auto-induzidos ou uso indevido de laxantes, diuréticos e enemas); a perda de peso é conseguida através de restrição drástica da alimentação, jejuns e/ou exercícios excessivos.</p> <p><i>Purgativo:</i> o indivíduo se envolve regularmente em compulsões periódicas e/ou purgações (geralmente o comer compulsivo é seguido de purgações). Entretanto, mesmo na ausência do comer compulsivo, pode haver purgações após o consumo de pequenas quantidades de alimento.</p>	<p>A) Há perda de peso ou, em crianças, uma falta de ganho de peso, levando a um peso corporal pelo menos 15% abaixo do normal ou do peso esperado para a idade e altura.</p> <p>B) A perda de peso é auto-induzida pela evitação de “comidas que engordam”.</p> <p>C) Há uma autopercepção de estar muito gordo(a), com um pavor intrusivo de engordar, o qual leva a um baixo limiar de peso auto-imposto.</p> <p>D) Um transtorno endócrino generalizado envolvendo o eixo hipotalâmico-hipofisário-gonadal e manifestado em mulheres como amenorréia e em homens como uma perda do interesse e potenciais sexuais (uma exceção aparente e a persistência de sangramentos vaginais em mulheres anoréticas que estão recebendo terapia de reposição hormonal, mais comumente tomada como pílula contraceptiva)</p> <p><b>Comentários</b></p> <p>Se o início e pré-puberal, a seqüência de eventos da puberdade e demorada ou mesmo detida (o crescimento cessa; nas garotas, os seios não se desenvolvem e há uma amenorréia primária; nos garotos, os genitais permanecem juvenis). Com a recuperação, a puberdade e com freqüência completada normalmente, porem a menarca e tardia.</p>

**Quadro 1: Critérios diagnósticos para anorexia nervosa segundo o DSM-IV-TR e CID-10.**

Embora os critérios diagnósticos para AN sejam os menos questionados, cabem algumas ressalvas. Por exemplo, em algumas culturas a distorção da imagem corporal pode não ser proeminente e o elemento motivador da restrição alimentar ser devido a outros fatores como desconforto epigástrico ou antipatia por certos alimentos (MANUAL, 2002). A percepção corporal, por envolver elementos neurológicos, afetivos e outros, é algo complexo de ser avaliado; além disso, a distorção corporal pode estar presente em outras patologias e até mesmo em pessoas normais. Numa tentativa de minimizar esta questão, o DSM-IV-TR incluiu nesse critério mais dois aspectos: negação dos riscos da perda de peso e auto-avaliação basicamente centrada no peso e na forma física.

Por fim, tendo em vista que até 30% das pacientes podem ter quadro completo de AN sem amenorréia e que 20 a 30% apresentam amenorréia antes ter perda significativa de peso, tornam esta disfunção endócrina questionável enquanto critério diagnóstico de anorexia nervosa (CLAUDINO; BORGES, 2002).

A bulimia nervosa caracteriza-se pela ingestão descontrolada de uma grande quantidade de alimentos (*binge eating*), que atende a uma série de estados emocionais ou situações estressantes. As pessoas que apresentam esse tipo de problema costumam realizar verdadeiras “orgias” alimentares, geralmente rápidas e secretas, seguidas, na maioria das vezes, de comportamento purgativo. Diferente dos anoréxicos, que apresentam um peso abaixo do esperado, os bulímicos costumam ter um peso considerado adequado (CORDÁS; CLAUDINO, 2002). O Quadro 2 apresenta critérios diagnósticos, de acordo com o DSM-IV-TR, para bulimia nervosa.

Dentre os critérios diagnósticos apresentados como necessários para diagnóstico de BN (Quadro 2), discute-se, principalmente, a frequência, a duração e a definição de compulsão alimentar. Em virtude do aspecto subjetivo presente na percepção da quantidade de comida ingerida (comer muito e achar que come “normal” e vice-versa), prefere-se o critério “perda de controle” para identificar o transtorno. A definição da frequência e duração dos episódios bulímicos é vista como arbitrária; enfatiza-se a importância de um maior esclarecimento sobre o ponto de corte adotado (CLAUDINO; BORGES, 2002).

Para uma desordem alimentar que não possui um quadro completo de AN ou BN – também identificados de quadros atípicos, subclínicos, parciais – é aplicada a categoria Transtornos Alimentares Sem Outra Especificação (TASOE) ou Transtornos Alimentares Não Especificados (TANE). Conforme citado anteriormente, o diagnóstico mais pesquisado entre os TASOE ou TANE é o transtorno de compulsão alimentar periódica (TCAP), cujo episódio central é a compulsão alimentar com episódios recorrentes da ingestão excessiva de alimento,

com perda de controle e ausência de comportamentos compensatórios (GALVÃO; CLAUDINO; BORGES, 2006). Como citado anteriormente, o TCAP é uma nova categoria diagnóstica de TA que se encontra em fase de pesquisa e de possível inclusão entre as categorias principais dos TA.

<b>BULIMIA NERVOSA</b>	
DSM-IV-TR	CID-10
<p>A) Episódios recorrentes de compulsão periódica, caracterizados pelos seguintes aspectos:</p> <p>A1) Ingestão, em um período limitado de tempo (aproximadamente duas horas), de uma quantidade de alimento definitivamente maior do que a maioria dos indivíduos consumiria sob circunstâncias similares.</p> <p>A2) Sentimento de falta de controle; não consegue controlar o que come e o quanto come.</p> <p>B) Comportamentos compensatórios inadequados e recorrentes para prevenir o ganho de peso. A técnica compensatória mais comum é a indução de vômito após um episódio de compulsão periódica. Outros recursos: uso indevido de laxantes, diuréticos, enemas ou outros medicamentos, dietas restritas, jejuns ou exercícios excessivos.</p> <p>C) A compulsão periódica e os comportamentos compensatórios inadequados devem ocorrer, em média, pelo menos duas vezes por semana por 3 meses.</p> <p>D) A auto-avaliação é indevidamente influenciada pela forma e peso do corpo, fatores importantes na determinação da auto-estima.</p> <p>E) O distúrbio não ocorre exclusivamente durante episódios de anorexia nervosa.</p> <p><b>Tipos de bulimia</b></p> <p><i>Purgativo</i>: apresenta auto-indução de vômito e/ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas.</p> <p><i>Sem purgação</i>: uso de outros comportamentos compensatórios inadequados, tais como jejuns ou exercícios excessivos, mas sem práticas purgativas.</p>	<p>A) Há episódios recorrentes de hiperfagia (pelo menos duas vezes por semana durante um período de três meses) nos quais grandes quantidades de comida são consumidas em curtos períodos de tempo.</p> <p>B) Há uma preocupação persistente com o comer e um forte desejo ou sentimento de compulsão a comer.</p> <p>C) O paciente tenta neutralizar os efeitos 'de engordar' da comida por meio de um ou mais dos seguintes</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) vômitos auto-induzidos;</li> <li>(2) purgação auto-induzida/</li> <li>(3) períodos alternados de inanição;</li> <li>(4) uso de drogas tais como anorexígenos, preparados tireoidianos ou diuréticos; quando a bulimia ocorre em pacientes diabéticos, eles podem optar por negligenciar seu tratamento insulínico.</li> </ol> <p>D) Há uma autopercepção de estar muito gordo(a), com um pavor intrusivo de engordar (usualmente levando a baixo peso).</p>

**Quadro 2: Critérios diagnósticos para bulimia nervosa segundo o DSM-IV-TR.**

Discussões em relação aos critérios diagnósticos para TCAP, ressaltam a dificuldade dos seus portadores delimitarem o tempo de duração dos episódios de compulsão (por não estarem atrelados a métodos compensatórios) e, conseqüentemente, a quantidade dos mesmos.

Entretanto, existe consenso quanto a importância do critério “perda de controle” para definição de compulsão alimentar. Assim como na BN, também se discute a arbitrariedade da frequência mínima de compulsão (duas vezes por semana) uma vez que este aspecto parece não justificar as diferenças de gravidade clínica dos pacientes. Porém, é reconhecida a importância de se estabelecer um limiar que viabilize a padronização da população estudada e se evite diagnósticos falso-positivos. Por fim, destaca-se a delicada distinção entre BN não purgativa e o TCAP (CLAUDINO; BORGES, 2002). O Quadro 3, abaixo, apresenta os critérios diagnósticos para TASOE (e dentre estes o TCAP) propostos pelo DSM-IV-TR.

DSM-IV-TR
<b>Transtornos alimentares sem outra especificação</b>
<p>Refere-se aos transtornos da alimentação que não satisfazem os critérios para qualquer Transtorno Alimentar específico:</p> <p>A) Mulheres para as quais são satisfeitos todos os critérios para AN, exceto amenorréia.</p> <p>B) Preenche critérios para AN, exceto que, apesar de uma perda de peso significativa, o peso atual do indivíduo está na faixa normal.</p> <p>C) São satisfeitos todos os critérios para BN, exceto que a compulsão periódica e os mecanismos compensatórios inadequados ocorrem menos de duas vezes por semana ou por menos de 3 meses.</p> <p>D) Uso de comportamento compensatório inadequado após consumo de pequenas quantidades comida.</p> <p>E) Mastigar e cuspir repetidamente, sem engolir, grandes quantidades de alimentos.</p> <p>F) <b>Transtorno de compulsão periódica:</b> episódios recorrentes de compulsão periódica na ausência do uso regular de comportamentos compensatórios inadequados, característico de BN.</p>
<b>Transtorno da compulsão alimentar periódica DSM-IV-TR (Apêndice B)</b>
<p>Episódios recorrentes de compulsão alimentar periódica (excesso alimentar e perda de controle)</p> <p>Comportamentos associados à compulsão alimentar, pelo menos três:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Comer rapidamente</li> <li>2. Comer até sentir-se cheio</li> <li>3. Comer grandes quantidades de comida mesmo sem estar com fome</li> <li>4. Comer sozinho por embaraço pela quantidade de comida</li> <li>5. Sentir repulsa por si mesmo, depressão ou demasiada culpa após a compulsão</li> </ol> <p>Acentuada angústia pela compulsão alimentar            Frequência e duração da compulsão alimentar deve ser, em média, dois dias por semana, durante seis meses            Não se utiliza de métodos compensatórios inadequados</p>

**Quadro 3: Critérios diagnósticos para transtornos alimentares sem outra especificação e transtorno da compulsão alimentar periódica, segundo o DSM-IV-TR.**

Cabe ressaltar que Compulsão Alimentar Periódica (CAP) e TCAP, embora tenham alguns pontos em comum, são categorias distintas. A CAP caracteriza-se pela ingestão de

grande quantidade de comida em um curto período de tempo (até 2h), acompanhado da sensação de *perda de controle* sobre o que come e o quanto come. Como visto no Quadro 3, para caracterizar o TCAP, além das características presentes na CAP, estas devem ocorrer com uma frequência mínima de duas vezes por semana, com duração, pelo menos, de seis meses. Os “beslicadores”, aqueles que ingerem pequenas porções de comida durante todo o dia, não estão incluídos nesse diagnóstico (FREITAS et al, 2001; GALVÃO; CLAUDINO; BORGES, 2006).

A título informativo, considera-se pertinente mencionar que sintomas alimentares são relativamente freqüentes em crianças, não representando necessariamente um transtorno. Entretanto, a depender da freqüência e persistência destes, deve-se atentar para possíveis perturbações alimentares como: recusa alimentar, a seletividade alimentar, disfagia funcional (dificuldade de deglutição dos alimentos) e compulsão. Dada uma maior plasticidade do comportamento alimentar infantil, a distinção entre o normal e o patológico torna-se mais complexa (MORGAN; FONTES; MORAES, 2006).

A prevalência de anorexia e bulimia entre mulheres é de aproximadamente 0,5% e 1-3%, respectivamente. Estas taxas podem variar a depender da adoção de uma definição do transtorno mais restrita ou mais abrangente (MANUAL, 2000). Em relação aos TCAP, estima-se uma prevalência de 5 a 30% entre pacientes em tratamento para emagrecer, sendo que na população geral varia de 2 a 3%. (CORDÁS, 2001). Os transtornos alimentares não especificados (TANE) ou “sem outra especificação” (TASOE) têm uma prevalência de 2 a 5% em mulheres jovens (HAY, 1998). Conforme Bucarechi e Cordás (2003), 90% dos casos de transtornos alimentares ocorrem nas mulheres.

Segundo Assumpção e Cabral (2002, p.29), pessoas portadoras de TA podem apresentar diversas complicações decorrentes do estado nutricional e comportamentos compensatórios para evitar ganho de peso (AN e BN). Nos TA, a morbidade e mortalidade são significativas: “[...] a anorexia nervosa apresenta a maior taxa de mortalidade dentre todos os distúrbios psiquiátricos, cerca de 0,56% ao ano [...]. As principais causas de morte são: complicações cardiovasculares, insuficiência renal e suicídio[...]”. Outras complicações clínicas podem ser observadas, com destaque para alterações metabólicas, endócrinas, ósseas e do crescimento, hidroeletrólíticas, hematológicas, visuais, cardiovasculares, pulmonares, renais e gastrointestinais.

Nascimento et al. (2006) referem ser comum a presença de outros transtornos psiquiátricos associados aos transtornos alimentares. Dentre eles, os mais freqüentes são:

transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), transtornos do humor, transtornos de ansiedade, abuso de substâncias, transtornos de controle de impulsos e transtornos de personalidade.

Estudos apontam uma maior frequência de ansiedade e depressão em pacientes com transtornos alimentares do que na população em geral. Aproximadamente 50% ou mais dos pacientes que sofrem de AN e BN tem ansiedade e/ou depressão. Refere-se também abuso de álcool e outras drogas (MANUAL, 2002; HERZOG; NUSSBAUM; MARMOR, 1996). O TCAP também é frequentemente associado a quadros de ansiedade e depressão (GALVÃO; CLAUDINO; BORGES, 2006). A ansiedade tem uma ocorrência duas vezes maior no sexo feminino e se estima que até 5% da população geral tenha um distúrbio generalizado de ansiedade (BALLONE, 2002).

Ballone (2002) aponta que a simples participação do indivíduo na sociedade contemporânea já é suficiente para o surgimento da ansiedade, uma condição do homem moderno. Para ele a ansiedade sempre esteve presente na vida humana – “ansiedade normal” – o que chama a atenção é a intensidade, duração e efeitos da mesma sobre o organismo e psiquismo humano na atualidade.

Pode-se inferir que o mundo moderno exerce influência na vida das pessoas de diversas formas. De um modo geral, percebe-se mudanças de valores, comportamentos e hábitos em várias esferas: no trabalho, na família e nas relações interpessoais. Essas mudanças imprimem novas demandas ao homem, as quais nem sempre são facilmente integradas à sua realidade, podendo gerar conflitos, estresse e adoecimento físico e mental.

### 3.4 AVALIAÇÃO DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES: LIMITES E POSSIBILIDADES

Existem controvérsias em relação à real situação dos TA na população. O aumento da incidência desses distúrbios divide opiniões. Considera-se que este aumento pode estar atrelado a um maior e melhor esclarecimento sobre estas patologias pelas comunidades leiga e científica, favorecendo tanto uma maior procura por serviços especializados como a melhoria do diagnóstico por parte dos profissionais de saúde. Por outro lado, não se descarta a possibilidade de uma subestimação de taxas (NUNES, 2006; BORGES, 2006). A seguir alguns autores apontam elementos que ajudam a entender este “dilema”.

Johson, Spitzer e Williams (2001) consideram que, apesar de uma maior consciência por parte dos profissionais sobre a importância de se ampliar as investigações sobre os TA, ainda se carece de estudos epidemiológicos em grandes populações. Para Pinzon e Nogueira

(2004, p.158), “[...] estudos com metodologias e amostras diversas dificultam a obtenção de dados epidemiológicos acurados [...]”.

Nunes (2006) corrobora com estes autores e acrescenta que os dados sobre os transtornos alimentares apresentam-se distintos a depender do tipo de estudo adotado, principalmente para a prevalência de anorexia. Os estudos sobre incidência baseados em serviços de saúde também são questionados quanto a uma possível subestimação de taxas, uma vez que apenas uma minoria de indivíduos procura atendimento especializado:

A epidemiologia dos transtornos alimentares permanece um tópico impreciso e complexo [...] os estudos epidemiológicos apresentam alguns problemas metodológicos, como a seleção da população e a identificação dos casos [...] São problemas específicos dos transtornos alimentares a baixa prevalência na população geral, a tendência dos indivíduos de ocultar a doença e a evitação da busca de profissionais [...], tornando necessário estudar um grande número de indivíduos para obter dados confiáveis. (Nunes, 2006, p.52)

Embora Nunes (2006) aponte para uma possível subestimação de taxas de incidência dos TA, esta mesma autora salienta que ainda não há consenso se as taxas de incidência dos TA estão realmente em ascensão ou não. Conforme citado anteriormente, outros autores também chamam a atenção para esta questão.

Desse modo, parece inquestionável a necessidade e importância de se realizar estudos que contemplem as lacunas e ampliem o conhecimento já existente, especialmente no Brasil, que de acordo com Nunes (2006, p.55) não possui “[...] dados populacionais sobre prevalência e incidência dos transtornos alimentares, tampouco registros fidedignos do número de pacientes que recebem esses diagnósticos na rede pública [...]”.

Segundo Galvão, Claudino e Borges (2006) também existem poucos estudos com relação a outras desordens que não apresentam quadros tradicionais de transtorno alimentar como a hiperfagia decorrente de um estresse psicológico, perda de apetite psicogênica (de fundo emocional), pica (ingestão de substâncias não-nutritivas como terra, papel) e ruminação (regurgitação e mastigação dos alimentos).

Considera-se que os estudos epidemiológicos também fornecem contribuições importantes sobre a distribuição dos transtornos alimentares e os fatores a eles associados: questões de gênero (mais prevalentes em mulheres), raça (mais frequentemente na cor branca), nível socioeconômico (mais associados às classes mais altas). Entretanto esses dados têm sido questionados por vários autores, requerendo maiores estudos para seu esclarecimento e melhor compreensão. Também tem sido investigada a prevalência do desejo de ser mais

magro, a insatisfação corporal, história da dieta e outras atitudes que visam o emagrecimento. (HSU, 1996).

Outro ponto importante a ser ressaltado é a dificuldade de avaliar com precisão, através de questionários, alguns conceitos/elementos relacionados com o TCAP: sensação de perda de controle (aspecto subjetivo), o tempo de duração do episódio e a quantidade de consumo alimentar (aspecto objetivo). Estes critérios são considerados imprecisos, dificultando a formação de um grupo mais homogêneo capaz de delinear uma categoria diagnóstica. Sendo assim, novos estudos tornam-se imprescindíveis (FREITAS; GORENSTEIN; APPOLINÁRIO, 2002; STUNKARD; ALLISON, 2003).

### 3.5 INSTRUMENTOS PARA A AVALIAÇÃO DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES

Neste item pretende-se informar sobre os principais recursos disponíveis para avaliação dos transtornos alimentares (TA), enfatizando, entretanto, o *Patient Health Questionnaire* (PHQ), por ser o instrumento utilizado neste estudo para o rastreamento dos transtornos alimentares (BN e TCAP) em trabalhadores.

Os instrumentos para avaliação dos TA foram desenvolvidos a partir da necessidade de sistematizar e ampliar o conhecimento sobre os mesmos. A maioria destes utilizou os critérios diagnósticos propostos pelos principais sistemas classificatórios – o Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR) e a Classificação Internacional das Doenças (CID-10). Os portadores de TA geralmente possuem outros transtornos psiquiátricos associados que podem interferir no tratamento dos TA, assim como na procura de ajuda especializada.

Dessa forma, para uma melhor compreensão desses distúrbios, sugere-se a utilização concomitante de instrumentos que também avaliem aspectos relacionados à sua etiologia e comorbidades. Em suma, deve-se investigar também a presença de sintomas depressivos e/ou ansiosos, a imagem corporal, a qualidade de vida, dentre outros (FREITAS; GORENSTEIN; APPOLINÁRIO, 2002; FREITAS, 2006) (QUADRO 4).

De acordo com Freitas (2006, p.241), no Brasil, o crescente interesse no campo dos TA, levou a busca por instrumentos que permitissem uma mensuração satisfatória dos mesmos em nosso contexto cultural. Segundo a autora, isto pode ser percebido através do aumento de “instrumentos em processo de tradução para o português ou já traduzidos e validados na população brasileira, propiciando uma abordagem epidemiológica mais

apropriada e a obtenção de informações relevantes sobre a real situação desses transtornos no Brasil”.

De um modo geral, os recursos disponíveis para avaliação específica dos transtornos alimentares podem ser subdivididos em: *entrevistas clínicas semi-estruturadas* (Eating Disorder Examination-EDE), *autoavaliação e monitoração* (diários alimentares) e *questionários auto-aplicáveis*. Cada método guarda em si vantagens e desvantagens, o que reforça a necessidade de cautela na escolha do mesmo (FREITAS, 2006).

Etiologia (multifatorial)*	Co-morbidades Psiquiátricas
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fatores socioculturais (padrões de beleza rígidos, modernidade, qualidade de vida)</li> <li>• Fatores familiares e hereditários (famílias superprotetoras, rígidas, padrões de interação familiar, histórico de TA, genética)</li> <li>• Fatores individuais (experiências adversas, personalidade e outros transtornos psiquiátricos, fatores somáticos)</li> <li>• Fatores precipitantes (dietas)</li> <li>• Eventos estressores</li> <li>• Fatores mantenedores (fisiológicos, psicológicos e culturais)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transtorno obsessivo-compulsivo</li> <li>• Transtornos de ansiedade</li> <li>• Transtornos do humor</li> <li>• Abuso de substâncias</li> <li>• Transtorno de controle de impulsos</li> <li>• Transtornos da personalidade</li> </ul>

**Quadro 4: Etiologia dos transtornos alimentares e suas principais co-morbidades psiquiátricas.**

(\*Modificado e adaptado de Morgan; Vecchiatti; Negrão, 2002)

Os questionários auto-aplicáveis caracterizam-se pela fácil administração, eficiência e baixo custo na avaliação de muitas pessoas. Além disso, pode facilitar a obtenção de informações que dificilmente seriam reveladas numa entrevista face a face. Porém, a avaliação de vários conceitos (por exemplo, o de TCAP) é difícil de ser realizada com precisão através destes instrumentos. As entrevistas clínicas são bons instrumentos para identificar e diagnosticar os distúrbios alimentares; entretanto, por sua aplicação demandar um maior tempo, nem sempre seu uso é viável. Além disso, requer entrevistadores capacitados em relação à técnica de aplicação da entrevista e dos conceitos avaliados pela mesma. O diário alimentar (automonitoramento) é uma técnica que permite identificar situações que irão nortear as intervenções voltadas para as mudanças no comportamento alimentar. Como dificuldades deste método, podem-se citar a resistência por parte do paciente

e a fidedignidade dos registros (CORDÁS; NEVES, 1999; FREITAS; GORENSTEIN; APPOLINÁRIO, 2002; FREITAS, 2006).

O Quadro 5 destaca alguns dos instrumentos de pesquisa utilizados para investigar os transtornos alimentares, onde é possível constatar a existência e disponibilidade de uso de um grande número de instrumentos autoperenchíveis .

<b>INSTRUMENTOS</b>
<b>Questionários Autoperenchíveis</b>
1) <b>Eating Attitudes Test (EAT)</b> (Garner; Garfinkel, 1979); duas versões: uma com 40 e outra com 26 itens. A menor foi traduzida e validada no Brasil (Teste de Atitudes Alimentares) (Nunes et al., 1994). Uso: rastreamento de AN e BN.
2) <b>Eating Disorders Inventory (EDI)</b> (Garner; Olmsted; Polivy, 1983): 64 itens para avaliar AN e BN, validado e muito utilizado. Possui versão revisada (EDI-2) (Garner, 1991).
3) <b>Eating Disorders Examination</b> versão questionário ( <b>EDE-Q</b> ) (Fairburn; Beglin, 1994): 38 itens que avaliam comportamentos específicos dos TA. Em processo de tradução e validação no Brasil.
4) <b>Binge Eat Scale (BES)</b> (Gormally et al., 1982): escala Likert, com 16 itens, para avaliar a gravidade da compulsão alimentar em obesos. Versão validada para o português: Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP) (Freitas et al., 2001).
5) <b>Binge Scale (BS)</b> (Hawkins; Clement, 1980): questionário desenvolvido para rastrear BN em populações de alto risco.
6) <b>Bulimia Test (BULIT)</b> (Smith; Thelen, 1984): 36 itens (escala de múltipla escolha); segunda versão: BULIT-R (Thelen; Farmer, 1991), validada
7) <b>Bulimic Investigatory Test, Edinburgh (BITE)</b> (Henderson; Freeman, 1987): 2 escalas: uma de sintomas e outra de gravidade para BN. Tradução para o português: Teste de Avaliação Bulímica de Edinburgo (Cordas; Hochgraf, 1993) e validado em população brasileira (Nunes, 2003).
8) <b>Questionnaire on Eating and Weight Patterns (QEWP)</b> (Spitzer et al., 1992): 27 questões para diagnóstico do TCAP. Versão revisada: QEWP-R (Yanovski et al., 1993); versão em português validada: Questionário sobre Padrões de Alimentação e Peso – Revisado) (Morgan; Borges; Jorge, 1998).
9) <b>Three-factor Eating Questionnaire (TFEQ)</b> ou Eating Inventory (Stunkard; Messick, 1985): 51 questões sobre comportamento alimentar, bastante utilizado nos estudos sobre obesidade e TA. Versão em português: Questionário dos Três fatores Alimentares (Oliveira et al., 2005), em processo de validação.
10) <b>PRIME-MD PHQ</b> ou, simplesmente <b>PHQ</b> , é uma versão autoperenchível do PRIME-MD ( <i>Primary Care Evaluation of Mental Disorders</i> ; SPTIZER et al., 1994); validado e usado para avaliar BN e TCAP, dentre outras desordens mentais, segundo os critérios diagnósticos do DSM-IV (Spitzer et al., 1994).
<b>Automonitoração</b>
<b>Diários alimentares:</b> registro detalhado por parte do paciente sobre sua ingestão diária, geralmente durante uma semana
<b>Entrevistas Clínicas</b>
1) <b>Eating Disorders Examination (EDE)</b> (Fairburn; Cooper, 1993): padrão ouro para TA; semi-estruturada; traduzido e em processo de validação no Brasil (Freitas et al., 2005)
2) <b>Strutred Clinical Interview for DSM-IV, SCID-I/P</b> (First et al., Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV (Tavares, 1996; Versiani, 1996), utilizada para diagnósticos psiquiátricos; pode aplicar apenas o módulo de interesse, no caso os dos TA.
3) <b>The Eating Disorder Section of the Development and well-Being Assessment (DAWBA)</b> (Goodman et al., 2000): conjunto de questionários, entrevistas e técnicas para diagnóstico de AN e BN em estudos epidemiológicos em jovens de 7 a 17 anos. Validada no Brasil.

**Quadro 5: Descrição de instrumentos utilizados para rastreamento dos transtornos alimentares.**  
(Modificado e adaptado de Freitas, 2006)

No presente estudo, o rastreamento dos transtornos alimentares foi realizado através do *Patient Health Questionnaire* (PHQ) ou PRIME-MD PHQ. Trata-se de uma versão do PRIME-MD (SPITZER et al., 1994), primeiro instrumento construído para uso em cuidados primários para diagnosticar desordens específicas usando critérios postulados pelo DSM-III e DSM-IV, em entrevistas clínicas. O PRIME-MD PHQ apresenta-se em quatro versões: a versão completa é composta por 16 blocos de questões usados para avaliar desordens mentais (ansiedade, transtornos alimentares (BN e TCAP), distúrbios do humor (depressão), etilismo (abuso ou dependência), sintomas somáticos); deterioração funcional; estresse; distúrbios reprodutivos, gravidez e parto; a reduzida com apenas questões sobre desordens mentais e deterioração funcional; a Brief PHQ (versão contendo questões sobre depressão e pânico; deterioração funcional, estresse, distúrbios reprodutivos, gravidez e parto); e a versão mais simplificada do Brief PHQ (incluindo avaliação apenas de depressão e pânico). O questionário inclui blocos de questões de respostas do tipo dicotômica (sim/não) e do tipo Likert, fornecendo, além do diagnóstico, o grau de severidade de alguns distúrbios. (JOHNSON; SPITZER; WILLIAMS, 2001; SPITZER; KROENKE; WILLIMAS, 1999). O Quadro 6, a seguir, sintetiza as quatro versões do PHQ.

De acordo com estudo comparativo realizado por Spitzer et al. (1999), o PHQ mostrou-se ser um teste com uma validade semelhante ao instrumento original para o rastreamento das desordens mentais mais comuns (sensibilidade 75%, especificidade 90%) em entrevistas clínicas. Para os transtornos alimentares, a sensibilidade foi de 89% e a especificidade de 96%.

PHQ	
VERSÕES	ESCALAS AVALIADAS
<b>Completa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Desordens mentais (somatização, depressão, ansiedade, transtorno alimentar, alcoolismo)</li> <li>✓ Deterioração funcional</li> <li>✓ Estresse</li> <li>✓ Distúrbios reprodutivos, gravidez e parto</li> </ul>
<b>Reduzida 1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Desordens mentais (somatização, depressão, ansiedade, transtorno alimentar, alcoolismo)</li> <li>✓ Deterioração funcional</li> </ul>
<b>Reduzida 2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Depressão e pânico</li> <li>✓ Deterioração funcional</li> <li>✓ Estresse</li> <li>✓ Distúrbios reprodutivos, gravidez e parto</li> </ul>
<b>Reduzida 3</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Depressão e pânico</li> </ul>

Quadro 6: Síntese das versões do *Patient Health Questionnaire* (PHQ)

Outra vantagem do PHQ em relação ao rastreamento dos TA, refere-se ao fato do mesmo, além de detectar os transtornos em si, também contemplar algumas co-morbidades comuns aos TA (ansiedade e depressão). Ou seja, com um único instrumento é possível realizar uma investigação ampliada dos TA. Entretanto, cabe ressaltar que o número de questões voltadas para o comportamento alimentar é mais restrito do que na maioria dos outros instrumentos; por outro lado, de acordo com o estudo acima referido, isso não comprometeu a sua acurácia geral (96%).

<i>Grupo I</i>	<i>Grupo II</i>
1) Você normalmente sente que não consegue controlar <u>o que</u> você come e <u>quanto</u> come?	4) Forçou o vômito?
2) Você freqüentemente come, <u>dentro de um período de 2 horas</u> , o que a maioria das pessoas consideraria uma grande quantidade de comida?	5) Tomou mais do que duas vezes a dose recomendada de laxantes?
3) Isso ocorreu, em média, com uma freqüência de duas vezes na semana pelos últimos 3 meses	6) Jejuou — não comeu absolutamente nada por pelo menos 24 horas?
	7) Fez exercícios físicos por mais de uma hora especificadamente para deixar de ganhar peso depois de comer exageradamente?

**Quadro 7: Itens do bloco de pergunta sobre comportamento alimentar do *Patient Health Questionnaire* (PHQ) subdivididos em dois grupos: questões comuns para TCAP e BN (*Grupo I*) e questões específicas para BN (*Grupo II*).**

O Quadro 7 destaca o bloco de pergunta sobre o comportamento alimentar do PHQ, cujas questões estão subdivididas em dois grupos: **Grupo I** (questões comuns para TCAP e BN) e **Grupo II** (questões específicas para BN)

Respostas afirmativas para todos os três itens do primeiro bloco de questões sugerem TCAP. Para BN, além de responder “sim” para esses três itens, o entrevistado deve responder afirmativamente para, pelo menos, um item do segundo bloco de questões (GRUCZA; PRYBECK; CLONINGER, 2007). Respostas afirmativas para apenas os dois primeiros itens do primeiro bloco de questões serão consideradas como sugestivas de CAP, mas não são suficientes para caracterizar um TCAP.

Para o presente estudo, será utilizado do PHQ apenas o bloco de questões referente ao comportamento alimentar, pois as demais variáveis de interesse (características sociodemográficas e do trabalho) serão mensuradas por outros instrumentos.

### 3.6 INTERFACE ENTRE DISTÚRBIOS ALIMENTARES E TRABALHO

As investigações sobre as desordens alimentares, também referidas por alguns estudiosos como sintomas da contemporaneidade, têm focado o efeito das pressões sociais atuais, principalmente as questões voltadas para os padrões de beleza. O corpo magro acaba ocupando um lugar no imaginário que simboliza o sucesso, como se o fato de ser magro fosse uma garantia de realização e felicidade. Embora os estudos apontem para essa direção, entende-se que outros caminhos precisam ser percorridos a fim de ampliar o entendimento sobre o tema, afinal, o homem moderno no seu cotidiano está exposto a uma série de fatores estressores inerentes ao próprio viver em sociedade.

Nesse sentido, considerando que o trabalho é uma atividade que ocupa importante espaço na vida das pessoas, torna-se pertinente estudar sua possível relação com os transtornos alimentares. A atividade laboral pode ter vários sentidos para o ser humano, representando fonte de satisfação ou o seu contrário:

[...] compreende-se o trabalho como possibilidade de felicidade, de liberdade, de prazer, de satisfação, de sofrimento e de adoecimento mental, tanto quanto outras esferas de construção dos sujeitos como a infância, a sexualidade ou a família [...] compreende-se que a vida dos homens embora não se reduza ao trabalho, também não pode ser compreendida na sua ausência. (ARAÚJO, 2004, p.237)

O mundo do trabalho vem sofrendo várias transformações ao longo do tempo. Na atualidade, pode-se apontar: contínua informatização dos processos de trabalho, terceirização, trabalhos temporários, mudanças dos direitos trabalhistas, acúmulo de funções, maior carga de trabalho, competitividade, dentre outros. Pode-se inferir que essas mudanças, além de imprimirem alterações na condição e organização do trabalho, também afetam de algum modo o trabalhador, sua relação com o trabalho, e o processo saúde-doença. Para Rangel e Pena (2004, p.3):

Os processos históricos de produção, de trabalho e de saúde/doença se constituem, no seu conjunto, em processos sociais que se inserem na complexa formação social e histórica de cada sociedade e determinam as formas de adoecimento, bem como as características organizacionais da atenção à saúde do trabalhador.

O trabalho, ao mesmo tempo em que viabiliza a satisfação de necessidades humanas, possibilitando a vida, também pode levar ao adoecimento. Vários estudos tentam dar conta da relação mente-corpo, apontando para a multicausalidade do adoecimento, incluindo, dentre

outros, aspectos individuais, meio ambiente, hereditariedade e a atividade do trabalho (ARANTES, 2007).

Segundo Ferraz (2007, p.196), o processo de civilização exige que o homem contenha certas satisfações e impulsos libidinais em prol de uma convivência possível entre os homens. Para que isso ocorra, o psiquismo deve lançar mão de um mecanismo denominado sublimação, onde parte da energia libidinal é deslocada para algo socialmente valorizado e aceito. Sendo o trabalho “[...] em quase todas as culturas uma atividade central na organização social e econômica, imaginamos que ele deva fornecer ao homem a oportunidade de tal satisfação [substitutiva]”.

Entretanto, várias questões envolvendo a relação do homem com o seu trabalho podem inviabilizar a ocorrência da sublimação. Muitas situações de trabalho dificultam ou impossibilitam aos homens se realizarem, tornando a atividade laboral em tarefa destituída de prazer; nesses casos, é muito provável que a mesma seja executada apenas por uma questão de necessidade (FERRAZ, 2007). Conforme Araújo (2004), muitas vezes é a doença somática que sinaliza a existência de um estado de insatisfação.

A inserção no mercado de trabalho pode gerar prazer ou sofrimento. Aspectos relacionados com a *organização do trabalho* (aumento da produtividade, divisão inadequada das tarefas, ambiente de trabalho inapropriado), e com *as relações do trabalho* (relações com a hierarquia, com as chefias, com a supervisão, com outros trabalhadores) às vezes são desagradáveis e também geradores de ansiedade. Geralmente o sofrimento físico é reconhecido, mas o sofrimento mental, e em particular a ansiedade, não têm a mesma legitimidade (DEJOURS, 1987).

No sistema de produção capitalista, o corpo é apreendido enquanto força de trabalho, instrumento através do qual se pode garantir a própria sobrevivência. Nessa perspectiva, ter um corpo sadio torna-se um imperativo. O corpo doente ao comprometer o funcionamento produtivo do sujeito, representa uma ameaça e por isso mesmo a doença muitas vezes é negada (ARAÚJO, 2000).

Na sociedade atual, marcada pela alta competitividade, não há “espaço” nem “tempo” para o adoecimento. Para atender as demandas da atualidade, as pessoas têm negligenciado os limites do corpo e do psiquismo, gerando sofrimento físico e mental.

Uma outra característica comum na contemporaneidade é a multiplicidade de papéis exercida por homens e mulheres. Várias pesquisas têm enfatizado as conseqüências desta situação para a saúde física e mental de ambos os sexos. O interesse, especialmente em relação às mulheres, surgiu à medida que estas foram ingressando no mercado de trabalho, em

posições antes só ocupadas pelo sexo masculino, assumindo *mais um* papel na sociedade e também por estas apresentarem um índice de depressão mais elevado do que os homens (POSSATI; DIAS, 2002).

As transformações recentes no âmbito das relações de gênero, da família e do trabalho feminino permeiam todos os estratos e segmentos sociais, o que repercute na organização da vida social como um todo. Conciliar o trabalho desejado ou necessário da mulher com a maternidade e outros papéis não é algo simples para a maioria das mulheres. Alguns aspectos podem legitimar ou perturbar essa conciliação (ARAÚJO; SCALON, 2005).

Picanço (2005) aponta que a entrada e permanência das mulheres no mercado de trabalho são processos inseridos em distintos contextos societários e que têm distintas motivações. Pode-se colocar em evidência dois conjuntos de motivações: o primeiro agrega motivações, como realização individual, o desejo de autonomia e de independência; o segundo agrega a necessidade econômica, o imperativo econômico, para a complementação da renda ou mesmo a sustentação financeira da família.

A família padrão, onde a mulher é dona de casa em tempo integral e o marido é o único provedor, tem perdido a predominância frente às novas condições sociais, econômicas e culturais (OLIVEIRA, 2005). Entretanto, o mercado de trabalho ainda é organizado com base no sexo dos trabalhadores. As desigualdades existentes em relação à participação masculina e feminina no trabalho podem ser mensuradas por alguns indicadores como: renda, horas trabalhadas, formalização da ocupação etc. (SORJ, 2005). Além disso, a mulher trabalhadora enfrenta, na maioria das vezes, a dupla jornada de trabalho (doméstica e profissional), o que a torna mais suscetível ao desgaste, fadiga, estresse, irritabilidade, insônia, ansiedade (PINHO, 2007).

Pode-se inferir que estas questões comprometem a satisfação que a mulher, enquanto trabalhadora, poderia extrair a partir do seu exercício profissional. A insatisfação está presente em numerosos trabalhos por motivos diversos. A vivência *depressiva* condensa de alguma maneira os sentimentos de indignidade, de inutilidade e de desqualificação, produzindo assim prejuízos para o bem-estar psicológico (DEJOURS, 1987).

De um modo geral, frente a situações adversas da própria vivência humana, o indivíduo é de algum modo afetado. Pode-se inferir que sintomas físicos e/ou psicológicos são formas de responder a certo sofrimento. Cada pessoa tem um jeito particular de lidar com aquilo que faz sofrer, de acordo com sua história de vida, valores, crenças, fantasias, condições socioeconômicas, desejos e medos. Como citado anteriormente, a vida não se

restringe ao trabalho, mas não é possível pensá-la sem a inserção do mesmo (ARAÚJO, 2004).

Inicialmente as investigações sobre a saúde mental do trabalhador centraram-se na *demanda* do trabalho; a ênfase estava na associação entre *estresse* no trabalho (alta demanda e falta de recursos psicológicos para enfrentar a situação) e *sofrimento psíquico*. Posteriormente a questão do controle passa a ser amplamente estudada na literatura sobre estresse ocupacional. De acordo com Sato (2007), a impossibilidade de controlar as condições nas quais as atividades são realizadas aumenta a chance de o indivíduo adoecer.

Esta breve incursão sobre alguns dos aspectos que atravessam a atividade laboral, denota que a relação do homem com o seu trabalho é complexa e que, apesar dos vários estudos realizados em torno desta temática, ainda existem questões pouco exploradas, a exemplo da possível relação entre características do trabalho e os transtornos alimentares. Esta lacuna convoca maiores investigações.

O presente estudo espera, através do modelo teórico-metodológico Demanda-Controle proposto por Robert Karasek (1979), dar visibilidade ao processo saúde-doença pertinentes ao mundo do trabalho, com foco no comportamento alimentar humano. Conforme citado neste capítulo, o trabalho pode ser fonte de satisfação ou sofrimento; neste último caso, é comum o surgimento de sintomas como ansiedade, depressão, estresse, insônia e outros. Também foi referido no capítulo anterior que estes sintomas são bastante prevalentes nos transtornos alimentares. Sendo assim, pretende-se verificar se os aspectos psicossociais do trabalho podem ser considerados fatores que influenciam no ato de comer.

### 3.7 TRANSTORNOS ALIMENTARES E ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DO TRABALHO: CONTRIBUIÇÕES DO MODELO DEMANDA-CONTROLE.

Investigar as possíveis relações entre situação do trabalho e adoecimento é algo complexo, pois envolve tanto aspectos do trabalho como da singularidade de cada trabalhador, de cada sujeito (GLINA et al., 2001). Entender porque numa dada situação algumas pessoas adoecem e outras não, requer diversos “olhares”. Dentre os modelos de estudo que visam contribuir para o entendimento do processo saúde-doença do trabalhador, será adotado, neste estudo, o modelo Demanda-Controle para análise do nexos entre trabalho e estresse.

O estresse é considerado um fator que pode levar ao aumento da ingestão alimentar (REBELO; LEAL, 2007). Além do estresse proveniente do exercício profissional, no seu dia-a-dia, o homem moderno se depara com outras demandas (pessoais, sociais, familiares, entre outras) nem sempre conciliáveis entre si. Como dito anteriormente, as várias esferas da vida humana estão em constante interação, produzindo níveis variados de estresse. O trabalho, por ser uma importante atividade humana, tem sido alvo de interesse de diversas áreas do saber.

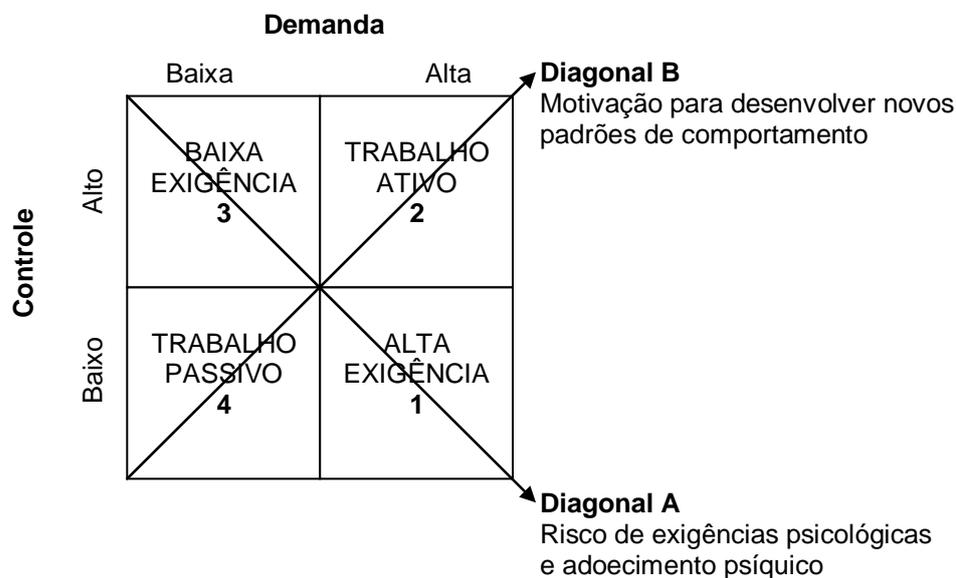
Segundo Faria (2007), a maioria dos estudos sobre estresse tem buscado entender como os aspectos psicossociais do trabalho comprometem o equilíbrio dos mecanismos psiconeuroendócrinos. Conforme Araújo et al (2003), as investigações centravam-se na relação entre demanda e capacidade do indivíduo, ficando o controle fora da análise dos processos de produção de estresse. Karasek (1979), visando superar as limitações dos modelos unidimensionais, propôs um novo modelo onde demanda e controle são abordados simultaneamente.

De acordo com Araújo et al (2003), dentre os diversos modelos teórico-metodológicos que investigam as relações entre trabalho e o processo saúde-doença, o Modelo Demanda-Controle (Job Strain Model) proposto por Robert Karasek (1979), vem se tornando uma referência. Trata-se de um modelo bidimensional que leva em consideração as *demandas psicológicas* envolvidas na tarefa (exigências psicológicas na realização das tarefas como tempo, ritmo e concentração) e o *controle* sobre o próprio trabalho (nível de controle no uso de habilidades – o grau pelo qual o trabalho envolve aprendizagem de coisas novas, repetitividade, criatividade - e autonomia/autoridade de decisão).

A partir da combinação entre os níveis de controle e de demanda, têm-se quatro tipos básicos de experiência no trabalho: **baixa exigência** (alto controle e baixa demanda), **trabalho ativo** (alto controle e alta demanda), **trabalho passivo** (baixo controle e baixa demanda) e **alta exigência** (baixo controle e alta demanda). Este modelo pode ser representado por quatro quadrantes e duas diagonais: a *diagonal A* parte do 3º quadrante (baixa exigência) para o 1º quadrante (alta exigência), indicando risco de adoecimento físico e psíquico; a *diagonal B* parte do 4º quadrante (trabalho passivo) para o 2º quadrante (trabalho ativo), apontando motivação para desenvolver novos padrões de comportamento (Figura 1). Considera-se que grande parte dos efeitos indesejáveis (fadiga, ansiedade, depressão e doença física) das exigências psicológicas ocorre quando se tem uma alta demanda e um baixo controle sobre o próprio trabalho (ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2003).

Para medir os aspectos psicossociais do trabalho utiliza-se o Job Content Questionnaire (Questionário sobre Conteúdo do Trabalho) – JCQ, idealizado por Karasek.

Trata-se de um instrumento aplicável a todos os tipos de trabalho e que compreende 49 questões que abordam aspectos psicossociais do trabalho: o controle, a demanda psicológica, demanda física, suporte social proveniente da chefia e dos colegas de trabalho e insegurança no emprego (ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2003).



**Figura 1** – Modelo bidimensional de demanda controle.  
Fonte: Karasek (1979).

Estudos apontam uma associação positiva entre alta exigência no trabalho e adoecimento psíquico (depressão, ansiedade, estresse e outros) (ARAÚJO et al., 2003; SILVA, 2007). Alguns desses sintomas também atrelados a vários transtornos psiquiátricos, inclusive aos distúrbios alimentares. Como citado anteriormente, a alimentação para o humano, além de ser algo necessário, está envolta por questões culturais e emocionais. Na clínica não é raro escutar relatos de pacientes que já tiveram alguma experiência de desordem alimentar quando emocionalmente instáveis, principalmente uma maior ingestão de alimentos quando ansiosos.

Sendo o comportamento alimentar vulnerável a agentes estressores, e considerando que a atividade laboral pode favorecer ou não a existência destes, é importante investigar a possível relação entre a ocorrência de perturbações alimentares e aspectos do trabalho. Como se trata de algo complexo, o modelo de estudo eleito para avaliar esta relação não esgota o assunto em questão. Entretanto, considera-se que os dados provenientes deste estudo, somados a outros conhecimentos existentes, poderão colaborar para a construção de um saber cada vez mais consistente sobre esta relação.

## 4 MATERIAIS E MÉTODOS

Esta pesquisa é um recorte do estudo intitulado “Caracterização da situação de saúde mental da população de Feira de Santana Bahia, Brasil”, desenvolvido no Núcleo de Epidemiologia (NEPI) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) sob a responsabilidade da Professora Doutora Tânia Maria de Araújo.

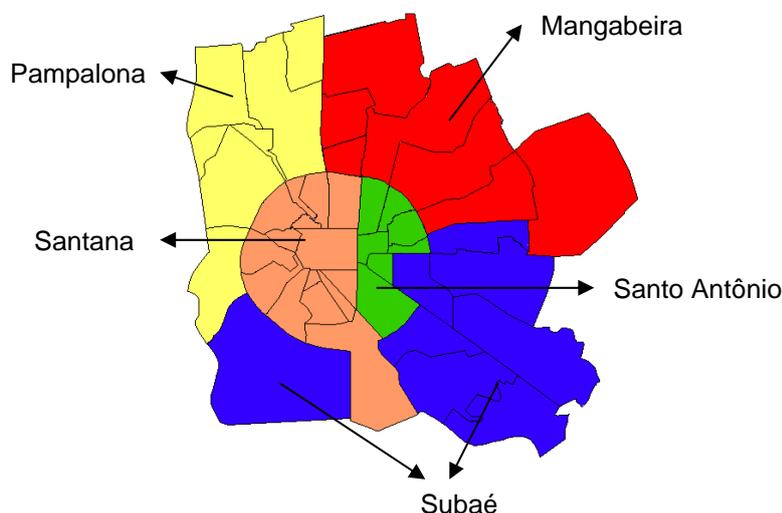
### 4.1 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo é uma investigação epidemiológica de corte transversal descritiva e exploratória. O estudo de corte transversal, ou seccional, é considerado um método apropriado para descrever características e distribuição de um agravo de saúde em uma população, fornecendo dados importantes e necessários para balizar as ações em saúde (KLEIN; BLOCH, 2006). Caracteriza-se pela avaliação simultânea de exposição e doença em um ponto do tempo ou num período curto de tempo. Trata-se de estudo simples, de baixo custo e rápido. Apesar dessas vantagens, apresenta algumas limitações como: não estabelecimento de relações causais (visto que causa e efeitos são avaliados num mesmo momento) e viés de prevalência (pessoas curadas ou falecidas não aparecem na amostra, podendo fornecer um quadro incompleto da doença) (PEREIRA, 1995).

### 4.2 CAMPO DO ESTUDO

O local da investigação foi a zona urbana do município de Feira de Santana, uma cidade plana, com 1344 km<sup>2</sup>, situada entre o Recôncavo e os tabuleiros semi-áridos do nordeste baiano. Segundo o IBGE (2000) possui cinco subdistritos na área urbana (Santana, Santo Antônio, Subaé, Pampalona e Mangabeira), onde cada subdistrito encontra-se dividido em setores censitários que incluem agrupamentos de ruas. Conforme dados do DATASUS (2005), o município possui uma população de 527.625 habitantes, sendo que 52,25% são mulheres. Considerada portal do sertão da Bahia (por estar situada no início do agreste brasileiro), encontra-se a 108 km de distância da capital Salvador e apresenta clima quente e

úmido. Situa-se num entroncamento rodoviário e tem como pontos fortes de sua economia o comércio e a pecuária.



**Figura 2:** Mapa de Feira de Santana subdividida em subdistritos  
Fonte: IBGE, 2000.

#### 4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Para o projeto-mãe foi selecionada uma amostra, por procedimento aleatório, da população com idade de 15 anos ou mais residente na zona urbana de Feira de Santana. A definição das áreas estudadas foi feita a partir de dados disponíveis no Núcleo de Epidemiologia da UEFS que realizou, no ano de 2002, inquérito domiciliar para obtenção de estimativas de prevalência de transtornos mentais comuns. A seleção das áreas foi feita por amostragem estratificada por subdistritos, adotando-se procedimento aleatório, a partir de dados censitários da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); tendo o domicílio como unidade amostral. A amostragem foi feita por etapas múltiplas sucessivas.

O presente estudo avaliará uma sub-amostra da população geral do projeto supracitado, composta por trabalhadores da zona urbana de Feira de Santana – BA, com 15 anos de idade ou mais, que desenvolviam atividade laboral remunerada com ou sem vínculo empregatício na época da entrevista.

#### 4.4 AMOSTRA

A seleção da amostra na pesquisa “Caracterização da situação de saúde Mental em Feira de Santana, Bahia, Brasil” foi feita conforme os seguintes procedimentos:

- 1) Determinação da representação percentual da população por subdistrito da zona urbana;
- 2) Definição do percentual na amostra de cada subdistrito, a partir dos dados de população residente em cada subdistrito;
- 3) Listagem dos setores censitários em cada subdistrito;
- 4) Seleção aleatória dos setores censitários a serem incluídos na amostra em cada subdistrito;
- 5) Seleção aleatória das ruas a serem incluídas na amostra em cada setor censitário;
- 6) Todos os domicílios nas ruas sorteadas foram incluídos na amostra;
- 7) Todos os indivíduos com 15 anos ou mais de idade, residentes nos domicílios das ruas sorteadas, foram considerados indivíduos elegíveis, compondo a amostra a ser estudada.

Desse modo, todos os domicílios das ruas sorteadas foram visitados e todos os indivíduos com 15 anos ou mais de idade foram elegíveis para o estudo, sendo entrevistados por pesquisadores previamente treinados. Para reduzir o percentual de perdas, foi adotado o procedimento de realizar até três visitas por domicílio.

#### 4.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para realização do estudo, foram utilizados dois tipos de instrumentos previstos na metodologia do projeto-mãe: ficha domiciliar e questionário individual.

##### 4.5.1 Ficha domiciliar

Incluiu informações sobre o domicílio (endereço, número de cômodos, infra-estrutura existente) e sobre os seus residentes (lista de todos os moradores identificando sexo e idade).

#### 4.5.2 Questionário individual

Composto por blocos de questões sobre: características sociodemográficas (sexo, situação conjugal, escolaridade, cor da pele, renda), características do trabalho profissional (ocupação, tempo de trabalho, tipo de vínculo, remuneração, carga horária), atividades domésticas, saúde reprodutiva, atividades de lazer, doenças auto-referidas, uso de bebidas alcoólicas, hábito de fumar e atos de violência. Também constam neste questionário as questões específicas sobre a saúde avaliadas através do *Patient Health Questionnaire* (PHQ). Os aspectos psicossociais do trabalho foram avaliados através do *Job Content Questionnaire* (JCQ) e as questões sobre saúde mental através do *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20).

Para o presente estudo serão utilizados os blocos de questões referentes às características sociodemográficas e do trabalho profissional, hábitos de vida (etilismo, tabagismo e atividade de lazer), bloco sobre alimentação do PHQ e aspectos psicossociais do trabalho, avaliados pelo JCQ.

No projeto-mãe foi utilizado o PHQ na versão reduzida, modificada e adaptada, com apenas questões sobre distúrbios mentais (somatização, depressão, ansiedade, transtorno alimentar, alcoolismo) e deterioração funcional, perfazendo um total de 15 questões; no presente estudo apenas as questões sobre alimentação deste instrumento serão analisadas.

### 4.6 VARIÁVEIS DO ESTUDO

#### 4.6.1 Variável dependente

▪ **Transtornos Alimentares (TA)** – dentre os TA, serão investigados neste estudo o Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP) e a Bulimia Nervosa (BN) através de dois grupos de questões que perfazem um total de sete itens com respostas dicotômicas (sim/não) que compõem o bloco de perguntas sobre o comportamento alimentar do *Patient Health Questionnaire* (PHQ) ou Questionário de Saúde do Paciente, conforme detalhado anteriormente no Quadro 6.

#### 4.6.2 Variáveis descritoras

Por se tratar de um estudo exploratório descritivo, pretende-se estimar as prevalências dos TA segundo alguns possíveis fatores de exposição. Nessa perspectiva, este estudo incluirá as seguintes variáveis:

- **Características sociodemográficas** – idade, sexo, situação conjugal, escolaridade, renda, cor da pele;
- **Características do trabalho profissional** – setor de trabalho (comércio, indústria, transporte, educação, serviços domésticos), ocupação, vínculo de trabalho (formal e informal), carga horária semanal;
- **Características psicossociais do trabalho** – serão avaliadas através do *Job Content Questionnaire (JCQ)*, questionário estruturado proposto por Karasek (1985), composto de 49 questões avaliadas em escalas do tipo *Likert* que variam de 1 (discordo fortemente) a 4 (concordo fortemente). As questões são divididas em blocos: a) **Controle sobre o trabalho**, incluindo: uso de habilidades, autoridade decisória e autoridade decisória no nível macro; b) **Demanda Psicológica**; c) **Demanda Física**; d) **Suporte social** - proveniente da chefia e dos colegas de trabalho; e) **Insegurança no trabalho** e f) **nível de qualificação exigida para o trabalho que é executado** (corresponde ao nível de instrução que é requerido no posto de trabalho ocupado). (ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2003).
- **Características comportamentais** - hábitos de vida: uso de bebida alcoólica (avaliado pelo CAGE) e hábito de fumar.

#### 4.7 ANÁLISE DE DADOS

Inicialmente será realizada a caracterização da população estudada, a partir de frequências dos dados de interesse, com objetivo de analisar o perfil da população estudada. Posteriormente, para estimar a prevalência dos Transtornos Alimentares em trabalhadores, serão calculadas as taxas de prevalência. Para verificar os fatores associados serão calculadas as razões de prevalência e respectivos intervalos de confiança, quando indicados, observando a significância estatística dos dados para um nível de 95% de confiança.

Para auxiliar a análise dos dados serão utilizados os programas estatísticos “Social Package for the Social Sciences – SPSS”, versão 9.0 *for* Windows e Epi Info versão 6.0.

#### 4.8 ASPECTOS ÉTICOS

Os entrevistadores foram treinados e orientados sobre os procedimentos éticos a serem seguidos para o desenvolvimento do projeto-mãe, resguardando os direitos dos indivíduos em participarem ou não da pesquisa. O entrevistado, após conhecer e concordar com os objetivos do estudo, declarou formalmente aceitar participar da pesquisa através de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O principal risco para os participantes é a possibilidade de constrangimento ao responder determinadas questões. Desse modo, durante todo o processo a equipe se preocupou em garantir confidencialidade das informações e evitar constrangimentos e/ou incômodos oriundos da natureza da investigação, deixando o participante à vontade para não responder ou desistir de participar do estudo a qualquer momento.

O projeto “Caracterização da situação de saúde mental da população de Feira de Santana Bahia, Brasil” já foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa com seres humanos da Universidade Estadual de Feira de Santana por atender a resolução 196/96 do ministério da saúde (BRASIL, 1996) sob o protocolo N° 042/2006 (CAAE – 0037.0.059.000-06).

Para este trabalho foi elaborado um documento de autorização para uso do banco da pesquisa-mãe sendo então este projeto encaminhado para apreciação do comitê de ética e pesquisas com seres humanos da Universidade Estadual de Feira de Santana –UEFS. O referido projeto foi aprovado sob o protocolo N° 028/2008 (CAAE 0028.050.000-08).

Trata-se um estudo pioneiro com essa temática em FSA. Os resultados produzidos sobre os transtornos alimentares poderão fornecer subsídios para intervenção em saúde e, principalmente, para se repensar as ações e políticas voltadas para a saúde do trabalhador.

Pretende-se socializar os resultados deste estudo com a comunidade estudada e os setores privado e público de saúde de Feira de Santana. Espera-se também favorecer a visibilidade da importância de se criar um espaço para investigação dos Transtornos Alimentares na população de Feira de Santana envolvendo os setores público e privado.



## 4.10 ORÇAMENTO

MATERIAL	QTD.	VALOR UNIT.	TOTAL
<b>MATERIAL DE CONSUMO</b>			
Cartuchos para impressora HP 5600			
Preto	2	70,00	140,00
Colorido	2	70,00	140,00
Papel A4 branco	2000	15,00	60,00
Classificadores c/ elástico	20	0,50	10,00
Grampos e Clips	10	2,00	20,00
Capa para encadernação	20	0,50	10,00
Espiraís para encadernação	10	0,50	5,00
<b>MATERIAL PERMANENTE</b>			
Computador			850,00
<b>REMUNERAÇÃO DE SERVIÇOS PESSOAIS</b>			
Xérox	1000	0,10	100,00
Encadernação Gráfica (versão final)	5	30,00	150,00
Digitador	1	400,00	400,00
<b>OUTROS</b>			
Serviços de Correios, telefone, fax, encadernação e fotocópia			850,00
Assinatura de periódico para divulgação de artigo	1 periódico nacional		200,00
<b>TOTAL</b>			<b>2.935,00</b>

Este estudo está vinculado ao Núcleo de Epidemiologia (NEPI) da Universidade Estadual de Feira de Santana–BA. Os recursos financeiros para execução do projeto-mãe foram disponibilizados pelo Ministério da Saúde e pela FAPESB.

**REFERÊNCIAS**

ANJOS, L. A.dos. **Obesidade e saúde pública**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

APPOLINÁRIO, J.C.; CLAUDINO, A. M. “Transtornos alimentares”, **Revista Brasileira de Psiquiatria**. v. 22, n. 2, p. 28-31, 2000.

ARANTES, M.A.A.C. Vida e morte no trabalho. In: VOLICH, M.R.; FERRAZ, F.C.; ARANTES, M.A.A.C. (org). **Psicossoma II: psicossomática psicanalítica**. 2ª ed., São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

ARAÚJO, C.; SCALON, C. **Percepções e atitudes de mulheres e homens sobre a conciliação entre família e trabalho pago no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005.

ARAÚJO, T. M. Subjetividade no trabalho: processos automatizados de trabalho e espaços de estruturação da esfera subjetiva. In: CABEDA, S.T.L., CARNEIRO, N.V.B., LARANJEIRA, D.H.P. **O corpo ainda é pouco**: seminário sobre contemporaneidade. Feira de Santana: NUC/UEFS, 2000.

ARAÚJO, T.M. O olhar do sujeito sobre o trabalho que executa: sua percepção sobre os riscos e as tarefas. In: SAMPAIO, J.R. (org.). **Qualidade de vida, saúde mental e psicologia social – Estudos Contemporâneos II**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

ARAÚJO, T.M. et al. Distúrbios psíquicos menores: estimativas de prevalência em população urbana de Feira de Santana (BA) – achados de um estudo piloto. **Revista de Saúde Coletiva da UEFS**, Feira de Santana, BA, v.1, n.1, p.90-97, 2002.

ARAÚJO, T.M. et al. Mal-estar docente: avaliação de condições de trabalho e saúde em uma instituição de ensino superior. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.29, n.1, p.6-21, 2005.

ARAÚJO, T.M.; GRAÇA, C.C.; ARAÚJO, E. Estresse ocupacional e saúde: contribuições do Modelo Demanda-Controlle. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 4, p.991-1003, 2003.

ARAÚJO, T.M. et al. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. **Revista de Saúde Pública**, v.37, n.4, p.424-33, 2003.

ASCENCIO, R.F.R. Utilizando fotografias: modos de reconstrução da própria história de vida. Em que momento surgiu a obesidade? In: FRANQUES, A.R.M.; LOLI, M.S.A. (org.) **Contribuições da psicologia na cirurgia da obesidade**. 1.ed. – São Paulo: Vetor, 2006.

AZEVEDO, A.P.; SANTOS, C.C.; FONSECA, D.C. Transtorno da compulsão alimentar periódica. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v.31, n.4, p.150-53, 2004.

BALLONE, G.J. Ansiedade. In: **PsiquWeb Psiquiatria Geral**. Internet, 2002. Disponível em <<http://www.psiqweb.med.br/ansitext.html>>. Acessado em: 01 nov.2006.

BIRMAN, J. **Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação**. Rio de Janeiro, Ed. Civilização Brasileira, 1999.

BORGES, N.J.B.G. et al. Transtornos alimentares – Quadro clínico. **Medicina**, Ribeirão Preto, v.39, n.3, p. 340-8, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde CNS, **Resolução n. 196/96 Diretrizes e norma regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Diário Oficial da União, D.F, 1996.

BRITO, J.C.; D'ACRI, V. Referencial de análise para o estudo da relação trabalho, mulher e saúde. **Caderno Saúde Pública**, RJ, v.7, n.2, p. 210-214, abr./jun. 1991.

BUCARETCHI, H.A.; CORDÁS, T.A. Distúrbios alimentares: anorexia e bulimia. In: QUAYLE, J. e LÚCIA, M. C. S.(org). **Adoecer: as interações do doente com a sua doença**. São Paulo: Atheneu, 2003.

BUSSE, S.R.; SILVA, B.L. Transtornos alimentares. In: BUSSE, S. R. (org). **Anorexia, bulimia e obesidade**, Barueri, SP: Manole, 2004.

CLAUDINO, A.M.; BORGES, M.B.F. Critérios diagnósticos para os transtornos alimentares: conceitos em evolução. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.24, supl III, p.7-12, 2002.

CORDÁS, T.A. Transtornos alimentares em discussão. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.23, n.4, p.178-79, 2001.

CORDÁS, T.A.; CLAUDINO, A.M. Transtornos alimentares: fundamentos históricos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.24, supl III, p.3-6, 2002.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. São Paulo, Oboré Editorial, 1987.

ESPÍNOLA, C. R.; BLAY, S.L. Bulimia e transtorno da compulsão alimentar periódica: revisão sistemática e metassíntese. **Revista de Psiquiatria RS**, v.28, n.3, p.265-75, set./dez. 2006.

FARIA, M.A.M. O trabalho e o processo saúde-doença. In: VOLICH, M.R.; FERRAZ, F.C.; ARANTES, M.A.A.C. (org). **Psicossoma II: psicossomática psicanalítica**. 2. ed., São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

FARIAS, M.D. **Transtornos mentais comuns entre trabalhadores**.(Mestrado em Saúde coletiva), Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, 2007.

FERRAZ, F.C. O mal-estar no trabalho. In: VOLICH, M.R.; FERRAZ, F.C.; ARANTES, M.A.A.C. (org). **Psicossoma II: psicossomática psicanalítica**. 2ª ed., São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

FIATES, G.M.R.; SALLES, R.K. Fatores de risco para o desenvolvimento de distúrbios alimentares: um estudo em universitárias. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.14 (suplemento), p.3-6, 2001.

FREITAS, S.R. Instrumentos para avaliação dos transtornos alimentares. In: NUNES, M.A et al. **Transtornos alimentares e obesidade**. 2.ed, Porto Alegre: Artmed, 2006.

FREITAS; GORENSTEIN; APPOLINÁRIO. Instrumentos para avaliação dos transtornos alimentares. **Rev. Bras. Psiquiatria**, São Paulo, v.24, suppl.3, 2002.

FREITAS et al. Tradução e adaptação para o português da Escala de Compulsão Alimentar Periódica. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.23, n.4, p. 215-20, 2001.

FREITAS, R.S. Curso e prognóstico dos transtornos alimentares. In: NUNES, M.A et al. **Transtornos alimentares e obesidade**. 2.ed, Porto Alegre: Artmed, 2006.

GALVÃO, A.L.; CLAUDINO, A.M.; BORGES, M.B.F. Aspectos históricos e evolução do diagnóstico. In: NUNES, M.A et al. **Transtornos alimentares e obesidade**. 2.ed, Porto Alegre: Artmed, 2006.

GALVÃO, A.L.; PINHEIRO, A.P.; SOMENZI, L. Etiologia dos transtornos alimentares. In: NUNES, M.A. et al. **Transtornos alimentares e obesidade**. 2.ed, Porto Alegre: Artmed, 2006.

GLINA, D.M.R. et al. Saúde mental e trabalho: uma reflexão sobre o nexa com o trabalho e o diagnóstico, com base na prática. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, n.3, p.607-616, mai./jun. 2001.

GRUCZA, R.A.; PRYBECK, T.R.; CLONINGER, C.R. Prevalence and correlates of binge eating disorder in a community sample. **Comprehensive Psychiatry**, v.48, p.124-131, 2007.

HADDAD, G. **Comer o Livro: ritos alimentares e função paterna**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2004.

HARDING, T.W. et al. Mental Disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four development countries. **Psychological Medicine**, Virginia (USA), v.10, p.231-241, 1980.

HAY, P.J. Epidemiologia dos transtornos alimentares: estado atual e desenvolvimentos futuros. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.24, suppl.3, São Paulo, 2002.

HERZOG, D.B.; NUSSBAUM, K.M.; MARMOR, A.K. Comorbidity and outcome disorders. **Psychiatric Clinics of North América**, v.19, Issue 4, December,1996.

HSU, L.K.G. Epidemiology of eating disorders. **Psychiatry Clin. North Am**, v.19, p.681-700, 1996.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Anuário estatístico de Feira de Santana, 2000.

JOHNSON, J.G.; SPITZER, R.L.; WILLAMS, J.B.W. Health problems, impairment and illnesses associated with bulimia nervosa and binge eating disorder among primary care and obstetric gynaecology patients. **Psychological Medicine**, New York (USA), v.31, p.1455-1466, 2001.

KAHTÁLIAN, A. Obesidade: um desafio. In MELLO, F. J. e col. **Psicossomática Hoje**. Porto Alegre: Artes médicas, 1992.

KARASEK, R.A. Job Demand, Job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. **Administrative Science Quarterly**, v.24, p. 285-308, 1979.

KARASEK, R.A. **Job Content Questionnaire and User's Guide**. University of Massachusetts. 1985.

KLEIN, C.H.; BLOCH, K.V. Estudos Seccionais. In: MEDRONHO, R.A. et al. **Epidemiologia**. São Paulo: Editora Atheneu, 2006.

MAGALHÃES, V.C.; MENDONÇA, G.A.S. Transtornos alimentares em universitárias: um estudo de confiabilidade da versão brasileira de questionários autopreenchíveis. **Rev Bras Epidemiologia**, v.8, n.3, p.236-45, 2005.

MANUAL diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. **DSM-IV-TR<sup>TM</sup>**: texto revisado. 4.ed, Porto Alegre: Artemed, 2002.

MATOS, M.I.R. Quando o hábito alimentar se transforma em transtorno alimentar. In: FRANQUES, A.R.M.; LOLI, M.S.A. (org.) **Contribuições da psicologia na cirurgia da obesidade**. 1ª ed. – São Paulo: Vetor, 2006.

MCNULTY, P.A.F. Prevalence and Contributing Factors of Eating Disorder Behaviors in Active Duty Navy Men. **Military Medicine**, v.162, v.11, p.753-758,1997.

MELIN, P.; ARAÚJO, A.M. Transtornos alimentares em homens: um desafio diagnóstico. **Rev. Bras. Psiquiatria**, v. 24, Supl III, p. 73-76, 2002.

MELIN, P.; ARAÚJO, A.M.; MALHEIROS, L.R. Transtornos alimentares em homens. In: NUNES, M.A. et al. **Transtornos Alimentares e Obesidade**. 2.ed. - Porto Alegre: Artmed, 2006.

MORGAN, C.M.; FONTES, B.V.; MORAES, D.E.B. Transtornos Alimentares em crianças e adolescentes. In: NUNES, M.A et al. **Transtornos Alimentares e Obesidade**. 2.ed. - Porto Alegre: Artmed, 2006.

MORGAN, C.M.; VECCHIATTI, I.R.; NEGRÃO, A.B. Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.24, supl.III, p.18-23, 2002.

NAKAMURA, E. Representações sobre o corpo e hábitos alimentares: o olhar antropológico sobre aspectos relacionados aos transtornos alimentares. In: BUSSE, S. R. (org). **Anorexia, bulimia e obesidade**, Barueri, SP: Manole, 2004.

NASCIMENTO, A.L.; LUZ, M.P.; FONTENELLE, L.F. Co-morbidade psiquiátrica nos transtornos alimentares. In: NUNES, M.A. et al. **Transtornos Alimentares e Obesidade**. 2.ed. - Porto Alegre: Artmed, 2006.

NASCIMENTO, A.A.B.S. **Comida: prazeres, gozos e transgressões**, 2.ed., Salvador: EDUFBA, 2007.

NUNES, M.A. Epidemiologia dos transtornos alimentares. In: NUNES, M.A. et al. **Transtornos Alimentares e Obesidade**. 2.ed. - Porto Alegre: Artmed, 2006.

OLIVEIRA, Z. L. C. A provisão da família: redefinição ou manutenção dos papéis? In: ARAÚJO, C.; SCALON, C. (org). **Gênero, família e trabalho no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de Transtornos Mentais e de comportamento da CID-10**: critérios diagnósticos para pesquisa. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

PEREIRA, M.G. **Epidemiologia teoria e prática**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 1995.

PICANÇO, F. S. Amélia e a mulher de verdade: representações dos papéis da mulher e do homem em relação ao trabalho e à vida familiar. In: ARAÚJO, C.; SCALON, C. (org). **Gênero, família e trabalho no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005.

PINHEIRO, A.P. et al. Genetics in eating disorders: extending the boundaries of research. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.28, n.3, p.218-225, 2006.

PINHO, P.S. **Sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns em mulheres**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, 2007.

PINZON, V.; NOGUEIRA, F.C. Epidemiologia, curso e evolução dos transtornos alimentares. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v.31, n.4, p.158-160, 2004.

POSSATI, I. C.; DIAS, M. R. Multiplicidade de Papéis da Mulher e seus Efeitos para o Bem-Estar Psicológico. **Psicologia: Reflexões e Crítica**, v.15, n.2, p. 293-301, 2002.

RANGEL, M.L.; PENA, P.G.L. **Saúde e processo de trabalho industrial**. Brasília: SESI/DN, 2004.

SANTOS, K.O.B. **Estresse Ocupacional e Saúde Mental: Desempenho de Instrumentos de Avaliação**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, 2007.

SATO, L. Trabalho como categoria explicativa dos problemas psicossomáticos e de saúde mental. In: VOLICH, M.R.; FERRAZ, F.C.; ARANTES, M.A.A.C. (org). **Psicossoma II: psicossomática psicanalítica**. 2 ed., São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

SCHILDER, P. **A imagem do corpo: as energias construtivas da psique** – 3 ed. - São Paulo, Martins Fontes, 1999. .

SILVA, A.C.C. **Aspectos psicossociais do trabalho e transtornos mentais comuns entre trabalhadores informais**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Departamento de Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Feira de Santana, 2006.

SILVA, K.P. et al. Transtornos alimentares: considerações clínicas e desafios do tratamento. **Infarma**, v.18, n.11/12, 2006.

SILVA, C. M. Perturbações alimentares em contextos desportivos: Um estudo comparativo. **Análise Psicológica**, v.1 (XIX), p.131-141, 2001.

SORJ, B. Percepções sobre esferas separadas de gênero. In: ARAÚJO, C.; SCALON, C. (org). **Gênero, família e trabalho no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005.

SOUZA, N.P.P.; OLIVEIRA, M.R.M.; MOTTA, D.G. Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica em Obesos sob Tratamento ou Não. **Saúde em Revista**, Piracicaba, v.8, n.19, p.21-26, 2006.

SPITZER, R.L. et al. Binge eating disorder: a multisite field trial of the diagnostic criteria. **International Journal Eat Disorder**, v.11, p.191-203, 1992.

SPITZER, R.L et al. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care: the PRIME-MD 1000 study. **Journal of the American Medical Association**, v.272, p.1749-1756, 1994.

SPITZER, L.R.; KROENKE, k.; WILLIAMS, J.B.W. Validation and Utility of a Self-report Version of PRIME-MD: The PHQ Primary Care Study. **JAMA**, v. 282, n.18, p.1737-1744 nov.10, 1999.

STUNKARD, A.J.; ALLISON, K.C. Two forms of disordered eating in obesity: binge eating and night eating. **International Journal of obesity**, v.27, p.1-12, 2003.

SPSS (Statistical Package for Social Sciences) Base 9.0 for Windows. **User's Guide** (1996).

**ANEXOS**



## ANEXO B – Ficha Domiciliar

**UEFS - DEPARTAMENTO DE SAÚDE**  
**NÚCLEO DE EPIDEMIOLOGIA**  
**PROJETO: Caracterização da Saúde Mental de Feira de Santana, BA, Brasil**

SUBDISTRITO \_\_\_\_\_ SETOR CENSITÁRIO     N° DE ORDEM

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nº do domicílio: \_\_\_\_\_

Hora de início: \_\_\_\_\_

1. Endereço:	Nº	Ap.	Bairro
--------------	----	-----	--------

2. Quantas pessoas moram na sua casa, incluindo você? \_\_\_\_\_ pessoas.

Nome	Sexo 0=fem. 1=mas.	Idade (anos)	Condição na família	Horário na residência	Controle da entrevista
01					
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					
10					
11					
12					
<b>Condição na família</b>			<b>Controle da entrevista</b>		
1-Chefe	2-Conjuge/Companheiro	3-Filho/Neto	1 -Não amostrado	2-Entrevista SIM	
4-Genitor(a)	5-Parente	6-hóspede	3-Entrevista NÃO	4. Recusou-se a participar	
7-empregado, etc.					

I - INFORMAÇÕES SOBRE O DOMICÍLIO	
<b>1. O seu domicílio é:</b> <sup>1</sup> ( ) próprio <sup>3</sup> ( ) cedido <sup>2</sup> ( ) alugado <sup>4</sup> ( ) outro _____	<b>2. Quantos cômodos possui?</b> ____ cômodos
<b>3. O domicílio possui:</b> <sup>1</sup> ( ) água encanada <sup>2</sup> ( ) luz elétrica <sup>3</sup> ( ) geladeira <sup>4</sup> ( ) TV <sup>5</sup> ( ) som/rádio <sup>6</sup> ( ) máquina de lavar roupa <sup>7</sup> ( ) DVD/vídeo <sup>10</sup> ( ) telefone <sup>11</sup> ( ) computador <sup>12</sup> ( ) microondas	<b>4. Quantos cômodos são usados como dormitório:</b> ____ cômodos
<b>5. Tipo de edificação</b> <sup>1</sup> ( ) barraco <sup>3</sup> ( ) casa de alvenaria <sup>2</sup> ( ) cortiço <sup>4</sup> ( ) apartamento	<b>6. Têm empregados domésticos:</b> <sup>0</sup> ( ) sim Quantos: _____ <sup>1</sup> ( ) não

Entrevistador: \_\_\_\_\_

Duração média da entrevista: \_\_\_\_\_

## ANEXO C – Questionário Individual

**UEFS - DEPARTAMENTO DE SAÚDE****NÚCLEO DE EPIDEMIOLOGIA****PROJETO: Caracterização da Saúde Mental de Feira de Santana, BA, Brasil**SUBDISTRITO \_\_\_\_\_ SETOR CENSITÁRIO  N° DE ORDEM 

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

N° do domicílio: \_\_\_\_\_ N° do morador: \_\_\_\_\_ Hora de início: \_\_\_\_\_

**I – INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS**1. Sexo: <sup>0</sup> ( ) Feminino <sup>1</sup> ( ) Masculino

2. Idade: \_\_\_ anos

3. Situação conjugal:

<sup>1</sup> ( ) Casado(a) <sup>2</sup> ( ) União estável <sup>3</sup> ( ) Solteiro/a<sup>4</sup> ( ) divorciado(a)/separado(a)/desquitado(a) <sup>5</sup> ( ) Viúvo/a

4. Na escola, qual a última série /grau que concluiu com aprovação?

<sup>1</sup> ( ) Nunca foi à escola <sup>2</sup> ( ) Lê e escreve o nome<sup>3</sup> Fundamental I ( ) 1<sup>a</sup> ( ) 2<sup>a</sup> ( ) 3<sup>a</sup> ( ) 4<sup>a</sup> <sup>4</sup> Fundamental II ( ) 5<sup>a</sup> ( ) 6<sup>a</sup> ( ) 7<sup>a</sup> ( ) 8<sup>a</sup><sup>5</sup> Ensino Médio ( ) 1<sup>a</sup> ( ) 2<sup>a</sup> ( ) 3<sup>a</sup> <sup>6</sup> Superior ( ) completo ( ) incompleto

5. Como você classificaria a cor da sua pele?

<sup>1</sup> ( ) branca <sup>2</sup> ( ) amarela (oriental) <sup>3</sup> ( ) parda <sup>4</sup> ( ) origem indígena<sup>5</sup> ( ) preta <sup>9</sup> ( ) não sabe

6. Cor da pele (entrevistador):

<sup>1</sup> ( ) branca <sup>2</sup> ( ) amarela (oriental) <sup>3</sup> ( ) parda <sup>4</sup> ( ) origem indígena<sup>5</sup> ( ) preta7. Quanto você ganha, em média, por mês? R\$ \_\_\_\_\_ <sup>8</sup> ( ) não se aplica**II - TRABALHO PROFISSIONAL**

1. Por favor, informe sobre os empregos/trabalhos no último ano:

Emprego/Atividade	Setor*	Carteira assinada?	Sofreu algum acidente de trabalho?***	Contribui com INSS**
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

\*Código SETOR: 1.serviços domésticos; 2.Construção civil; 3.Indústria manufatureira; 4.Comércio; 5. Transporte; 6.Ensino; 7.Outros serviços especificar)

\*\* 0 = sim 1 = não



### III - ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DO TRABALHO (OCUPAÇÃO PRINCIPAL)

Gostaríamos de saber agora sobre algumas características de seu trabalho atual. Abaixo nós temos algumas frases e gostaríamos que, para cada uma delas, você indicasse o seu grau de concordância ou discordância com que está sendo dito.

<b>1. Seu trabalho lhe possibilita aprender coisas novas?</b> <sup>1</sup> ( ) Discordo fortemente <sup>2</sup> ( ) Discordo <sup>3</sup> ( ) Concordo <sup>4</sup> ( ) Concordo fortemente <sup>8</sup> ( ) não se aplica
<b>2. Seu trabalho envolve muito trabalho repetitivo?</b> <sup>1</sup> ( ) Discordo fortemente <sup>2</sup> ( ) Discordo <sup>3</sup> ( ) Concordo <sup>4</sup> ( ) Concordo fortemente <sup>8</sup> ( ) não se aplica
<b>3. Seu trabalho requer que você seja criativo?</b> <sup>1</sup> ( ) Discordo fortemente <sup>2</sup> ( ) Discordo <sup>3</sup> ( ) Concordo <sup>4</sup> ( ) Concordo fortemente <sup>8</sup> ( ) não se aplica
<b>4. Seu trabalho exige um alto nível de habilidade?</b> <sup>1</sup> ( ) Discordo fortemente <sup>2</sup> ( ) Discordo <sup>3</sup> ( ) Concordo <sup>4</sup> ( ) Concordo fortemente <sup>8</sup> ( ) não se aplica
<b>5. Em seu trabalho, você pode fazer muitas coisas diferentes?</b> <sup>1</sup> ( ) Discordo fortemente <sup>2</sup> ( ) Discordo <sup>3</sup> ( ) Concordo <sup>4</sup> ( ) Concordo fortemente <sup>8</sup> ( ) não se aplica
<b>6. No seu trabalho, você tem oportunidade de desenvolver suas habilidades especiais?</b> <sup>1</sup> ( ) Discordo fortemente <sup>2</sup> ( ) Discordo <sup>3</sup> ( ) Concordo <sup>4</sup> ( ) Concordo fortemente <sup>8</sup> ( ) não se aplica
<b>7. O que você tem a dizer sobre o que acontece no meu trabalho é considerado?</b> <sup>1</sup> ( ) Discordo fortemente <sup>2</sup> ( ) Discordo <sup>3</sup> ( ) Concordo <sup>4</sup> ( ) Concordo fortemente <sup>8</sup> ( ) não se aplica
<b>8. Seu trabalho lhe permite tomar muitas decisões por sua própria conta?</b> <sup>1</sup> ( ) Discordo fortemente <sup>2</sup> ( ) Discordo <sup>3</sup> ( ) Concordo <sup>4</sup> ( ) Concordo fortemente <sup>8</sup> ( ) não se aplica
<b>9. Em seu trabalho, você tem pouca liberdade para decidir como fazer suas próprias tarefas?</b> <sup>1</sup> ( ) Discordo fortemente <sup>2</sup> ( ) Discordo <sup>3</sup> ( ) Concordo <sup>4</sup> ( ) Concordo fortemente <sup>8</sup> ( ) não se aplica
<b>10. Seu trabalho requer que você trabalhe muito duro?</b> <sup>1</sup> ( ) Discordo fortemente <sup>2</sup> ( ) Discordo <sup>3</sup> ( ) Concordo <sup>4</sup> ( ) Concordo fortemente <sup>8</sup> ( ) não se aplica
<b>11. Seu trabalho requer que você trabalhe muito rapidamente?</b> <sup>1</sup> ( ) Discordo fortemente <sup>2</sup> ( ) Discordo <sup>3</sup> ( ) Concordo <sup>4</sup> ( ) Concordo fortemente <sup>8</sup> ( ) não se aplica
<b>12. Você não é solicitado a realizar um volume excessivo de trabalho?</b> <sup>1</sup> ( ) Discordo fortemente <sup>2</sup> ( ) Discordo <sup>3</sup> ( ) Concordo <sup>4</sup> ( ) Concordo fortemente <sup>8</sup> ( ) não se aplica
<b>13. O tempo para realização das suas tarefas é suficiente?</b> <sup>1</sup> ( ) Discordo fortemente <sup>2</sup> ( ) Discordo <sup>3</sup> ( ) Concordo <sup>4</sup> ( ) Concordo fortemente <sup>8</sup> ( ) não se aplica
<b>14. Algumas demandas que você tem que atender no seu trabalho estão em conflito umas com as outras?</b> <sup>1</sup> ( ) Discordo fortemente <sup>2</sup> ( ) Discordo <sup>3</sup> ( ) Concordo <sup>4</sup> ( ) Concordo fortemente <sup>8</sup> ( ) não se aplica
<b>15. Você frequentemente trabalha durante o seu almoço ou durante as pausas para terminar seu trabalho?</b> <sup>1</sup> ( ) Discordo fortemente <sup>2</sup> ( ) Discordo <sup>3</sup> ( ) Concordo <sup>4</sup> ( ) Concordo fortemente <sup>8</sup> ( ) não se aplica

<b>16.</b> Seu trabalho é emocionalmente demandante?	<sup>1</sup> ( ) Discordo fortemente	<sup>2</sup> ( ) Discordo	<sup>3</sup> ( ) Concordo	<sup>4</sup> ( ) Concordo fortemente	<sup>8</sup> ( ) não se aplica
<b>17.</b> Seu trabalho envolve muita negociação/ conversa/ entendimento com outras pessoas?	<sup>1</sup> ( ) Discordo fortemente	<sup>2</sup> ( ) Discordo	<sup>3</sup> ( ) Concordo	<sup>4</sup> ( ) Concordo fortemente	<sup>8</sup> ( ) não se aplica
<b>18.</b> Em seu trabalho, você precisa omitir suas verdadeiras emoções?	<sup>1</sup> ( ) Discordo fortemente	<sup>2</sup> ( ) Discordo	<sup>3</sup> ( ) Concordo	<sup>4</sup> ( ) Concordo fortemente	<sup>8</sup> ( ) não se aplica
<b>19.</b> Seu trabalho exige muito esforço físico?	<sup>1</sup> ( ) Discordo fortemente	<sup>2</sup> ( ) Discordo	<sup>3</sup> ( ) Concordo	<sup>4</sup> ( ) Concordo fortemente	<sup>8</sup> ( ) não se aplica
<b>20.</b> Você é freqüentemente solicitado a mover ou levantar cargas pesadas no seu trabalho?	<sup>1</sup> ( ) Discordo fortemente	<sup>2</sup> ( ) Discordo	<sup>3</sup> ( ) Concordo	<sup>4</sup> ( ) Concordo fortemente	<sup>8</sup> ( ) não se aplica
<b>21.</b> Freqüentemente, seu trabalho exige que você mantenha seu corpo, por longos períodos, em posições fisicamente incômodas?	<sup>1</sup> ( ) Discordo fortemente	<sup>2</sup> ( ) Discordo	<sup>3</sup> ( ) Concordo	<sup>4</sup> ( ) Concordo fortemente	<sup>8</sup> ( ) não se aplica
<b>22.</b> Seu trabalho exige, por longos períodos, que você mantenha sua cabeça ou seus braços em posições fisicamente incômodas?	<sup>1</sup> ( ) Discordo fortemente	<sup>2</sup> ( ) Discordo	<sup>3</sup> ( ) Concordo	<sup>4</sup> ( ) Concordo fortemente	<sup>8</sup> ( ) não se aplica
<b>23.</b> Seu supervisor preocupa-se com o bem-estar de sua equipe de trabalho?	<sup>1</sup> ( ) Discordo fortemente	<sup>2</sup> ( ) Discordo	<sup>3</sup> ( ) Concordo	<sup>4</sup> ( ) Concordo fortemente	<sup>8</sup> ( ) não se aplica
<b>24.</b> Seu supervisor lhe ajuda a fazer seu trabalho?	<sup>1</sup> ( ) Discordo fortemente	<sup>2</sup> ( ) Discordo	<sup>3</sup> ( ) Concordo	<sup>4</sup> ( ) Concordo fortemente	<sup>8</sup> ( ) não se aplica
<b>25.</b> Seu supervisor lhe trata com respeito?	<sup>1</sup> ( ) Discordo fortemente	<sup>2</sup> ( ) Discordo	<sup>3</sup> ( ) Concordo	<sup>4</sup> ( ) Concordo fortemente	<sup>8</sup> ( ) não se aplica
<b>26.</b> As pessoas com quem você trabalha são amigáveis?	<sup>1</sup> ( ) Discordo fortemente	<sup>2</sup> ( ) Discordo	<sup>3</sup> ( ) Concordo	<sup>4</sup> ( ) Concordo fortemente	<sup>8</sup> ( ) não se aplica
<b>27.</b> As pessoas com quem você trabalha ajudam-se umas às outras para fazer o trabalho?	<sup>1</sup> ( ) Discordo fortemente	<sup>2</sup> ( ) Discordo	<sup>3</sup> ( ) Concordo	<sup>4</sup> ( ) Concordo fortemente	<sup>8</sup> ( ) não se aplica
<b>28.</b> Você é tratado/a com respeito pelos seus colegas de trabalho?	<sup>1</sup> ( ) Discordo fortemente	<sup>2</sup> ( ) Discordo	<sup>3</sup> ( ) Concordo	<sup>4</sup> ( ) Concordo fortemente	<sup>8</sup> ( ) não se aplica
<b>29.</b> Onde você trabalha, vocês tentam dividir igualmente as dificuldades do trabalho?	<sup>1</sup> ( ) Discordo fortemente	<sup>2</sup> ( ) Discordo	<sup>3</sup> ( ) Concordo	<sup>4</sup> ( ) Concordo fortemente	<sup>8</sup> ( ) não se aplica
<b>30.</b> Existe um sentimento de união entre as pessoas com quem você trabalha?	<sup>1</sup> ( ) Discordo fortemente	<sup>2</sup> ( ) Discordo	<sup>3</sup> ( ) Concordo	<sup>4</sup> ( ) Concordo fortemente	<sup>8</sup> ( ) não se aplica
<b>31.</b> A sua vida no trabalho e na família interferem uma na outra?	<sup>1</sup> ( ) Discordo fortemente	<sup>2</sup> ( ) Discordo	<sup>3</sup> ( ) Concordo	<sup>4</sup> ( ) Concordo fortemente	<sup>8</sup> ( ) não se aplica

<p><b>32.</b> Tem sido cada vez mais difícil encontrar, no trabalho, alguém em quem você possa confiar?</p> <p><sup>1</sup>( ) Discordo fortemente    <sup>2</sup>( ) Discordo    <sup>3</sup>( ) Concordo    <sup>4</sup>( ) Concordo fortemente    <sup>8</sup>( ) não se aplica</p>
<p><b>33.</b> Seus colegas de trabalho têm frequentemente encorajado uns aos outros a trabalharem mais e mais rapidamente?</p> <p><sup>1</sup>( ) Discordo fortemente    <sup>2</sup>( ) Discordo    <sup>3</sup>( ) Concordo    <sup>4</sup>( ) Concordo fortemente    <sup>8</sup>( ) não se aplica</p>
<p><b>34.</b> Seu trabalho é (escolha uma alternativa):</p> <p><sup>1</sup>( ) Regular e estável    <sup>2</sup>( ) Sazonal    <sup>3</sup>( ) Temporário    <sup>4</sup>( ) Temporário e Sazonal    <sup>9</sup>( ) outro    <sup>8</sup>( ) não se aplica</p>
<p><b>35.</b> Sua estabilidade no emprego é boa?</p> <p><sup>1</sup>( ) Discordo fortemente    <sup>2</sup>( ) Discordo    <sup>3</sup>( ) Concordo    <sup>4</sup>( ) Concordo fortemente    <sup>8</sup>( ) não se aplica</p>
<p><b>36.</b> Algumas pessoas perdem permanentemente os empregos que gostariam de manter. Qual a possibilidade de, nos próximos 2 anos, você vir a perder seu emprego atual?</p> <p><sup>1</sup>( ) muito improvável    <sup>2</sup>( ) pouco provável    <sup>3</sup>( ) provável    <sup>4</sup>( ) muito provável    <sup>8</sup>( ) não se aplica</p>
<p><b>37.</b> Suas possibilidades de desenvolvimento na carreira e de promoções são boas?</p> <p><sup>1</sup>( ) Discordo fortemente    <sup>2</sup>( ) Discordo    <sup>3</sup>( ) Concordo    <sup>4</sup>( ) Concordo fortemente    <sup>8</sup>( ) não se aplica</p>
<p><b>38.</b> Em 5 anos, suas qualificações ainda continuarão válidas?</p> <p><sup>1</sup>( ) Discordo fortemente    <sup>2</sup>( ) Discordo    <sup>3</sup>( ) Concordo    <sup>4</sup>( ) Concordo fortemente    <sup>8</sup>( ) não se aplica</p>

#### IV - ATIVIDADES DOMÉSTICAS

Abaixo, estão listadas algumas tarefas da casa. Avalie o grau de responsabilidade que você possui por cada uma delas. Nº DE PESSOAS NA CASA _____	1 Não	2 Sim, a menor parte	3 Sim, divide igualmente	4 Sim, a maior parte	5 Sim, inteiramente	8 Sem crianças pequenas* ou não se aplica
<b>ATIVIDADE</b>						
1. Cuidar das crianças?						
2. Cuidar da limpeza?						
3. Cozinhar?						
4. Lavar roupa?						
5. Passar roupa?						
6. Feira/compra de supermercado						
7. Levar filho ao médico						
8. Levar filho à escola						
9. Pequenos consertos						
10. Cuida de deficiente?						
11. Você recebe algum tipo de ajuda para a realização dos trabalhos da casa? <sup>0</sup> ( ) sim <sup>1</sup> ( ) não <sup>8</sup> ( ) não se aplica						
12. De quem você recebe ajuda? <sup>1</sup> ( ) Ninguém <sup>5</sup> ( ) Outra mulher (mãe/irmã/filha/vizinha) <sup>2</sup> ( ) Empregada <sup>6</sup> ( ) Outro homem (pai/irmão/filho/vizinho) <sup>3</sup> ( ) Marido/ companheiro <sup>7</sup> ( ) Outra mulher/ outro homem <sup>4</sup> ( ) Esposa/ companheira <sup>8</sup> ( ) não se aplica						
13. Quais os dias da semana que você realiza trabalhos da casa? <sup>1</sup> ( ) Todos os dias <sup>2</sup> ( ) Segunda a sexta <sup>3</sup> ( ) Nos finais de semana <sup>8</sup> ( ) não se aplica						

\*Crianças pequenas: até 5 anos de idade.

<b>V – SAÚDE REPRODUTIVA (FEMININA)</b>	
1. Idade 1ª relação sexual ____ anos 8 ( ) não se aplica      1 ( ) não teve relação sexual	2. Nº de gestações ____ 8 ( ) não se aplica
3. Sua 1ª gravidez foi planejada? 0 ( ) sim      1 ( ) não      8 ( ) não se aplica	4. Nº de partos ____ 8 ( ) não se aplica
5. Tipo do último parto 1 ( ) Natural      2 ( ) Cesáreo      3 ( ) Fórceps      8 ( ) não se aplica	
6. Idade no 1º parto ____ anos 8 ( ) não se aplica	7. Qual foi o peso ao nascer de seu último filho? 1 ( ) Menos de 2.500g      2 ( ) Mais de 2.500g      8 ( ) não se aplica
8. Nº de filhos N.V. e N.M. 0 ( ) N.V. ____      1 ( ) N.M. ____      8 ( ) não se aplica	
9. Nº de abortos 0 ( ) sim ____      1 ( ) não      8 ( ) não se aplica	
10. Tipo de aborto 1 ( ) provocado ____      2 ( ) espontâneo ____      8 ( ) não se aplica	
11. Gravidez atual 8 ( ) não se aplica      0 ( ) sim ____      1 ( ) não	
12. Menopausa 0 ( ) sim      1 ( ) não      8 ( ) não se aplica	
13. Uso de MAC 0 ( ) sim ____      1 ( ) não      8 ( ) não se aplica	
14. Número de Parceiro/a(s) sexual(is) atualmente: 1 ( ) apenas um      2 ( ) mais de um      3 ( ) vida sexual inativa      8 ( ) não se aplica	

<b>VI – SAÚDE REPRODUTIVA (MASCULINA)</b>		
1. Idade 1ª relação sexual ____ anos 8 ( ) não se aplica	2. Nº de filhos N.V. e N.M. 1 ( ) N.V. ____ 2 ( ) N.M. 8 ( ) não se aplica	3. Uso de MAC/ Proteção 0 ( ) sim ____ 1 ( ) não 8 ( ) não se aplica
4. Número de parceiro/a(s) sexual(is) atualmente: 1 ( ) apenas um      2 ( ) mais de um      3 ( ) vida sexual inativa      8 ( ) não se aplica		

<b>VII - ATIVIDADES DE LAZER</b>			
<b>1. Você participa de atividades regulares de lazer para se distrair ou relaxar?</b> <input type="checkbox"/> <sup>0</sup> ( ) sim <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> ( ) não			
<b>2. Você participa regularmente de algumas das atividades abaixo para relaxar ou se distrair?</b> <input type="checkbox"/> <sup>8</sup> ( ) não participa			
<b>Atividades sócio-culturais:</b>			
<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> ( ) jogos*	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup> ( ) cinema/teatro	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup> ( ) festa	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup> ( ) seresta
<input type="checkbox"/> <sup>5</sup> ( ) barzinho	<input type="checkbox"/> <sup>6</sup> ( ) praia/piscina	<input type="checkbox"/> <sup>7</sup> ( ) visita a amigos	<input type="checkbox"/> <sup>10</sup> ( ) viagens
<input type="checkbox"/> <sup>11</sup> ( ) museus/teatro/exposições/bibliotecas	<input type="checkbox"/> <sup>12</sup> ( ) igreja	<input type="checkbox"/> <sup>13</sup> ( ) assistir TV	
<input type="checkbox"/> <sup>14</sup> ( ) ler livro	<input type="checkbox"/> <sup>15</sup> ( ) ouvir rádio		
<b>Atividades físicas:</b>			
<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> ( ) ginástica	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup> ( ) caminhada	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup> ( ) futebol/vôlei	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup> ( ) natação/bicicleta
<input type="checkbox"/> <sup>5</sup> ( ) hidroginástica	<input type="checkbox"/> <sup>6</sup> ( ) Yoga/dança	Outros: _____	
<b>3. O tempo que você tem para o lazer é suficiente?</b> <input type="checkbox"/> <sup>0</sup> ( ) sim <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> ( ) não <input type="checkbox"/> <sup>8</sup> ( ) não se aplica			
<b>4. Em relação ao esforço físico das atividades de lazer para relaxar e se distrair, como classificaria suas atividades?</b> <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> ( ) Leve (lê, ouve rádio, assiste TV) <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> ( ) Moderada (caminha, anda de bicicleta, aula de dança ou atividade física, pelo menos, 2 horas semanais) <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> ( ) Pesada (corre, faz ginástica, natação, jogos com bola ou atividade física, pelo menos, 4 horas semanais) <input type="checkbox"/> <sup>8</sup> ( ) não se aplica			

\* Jogos: baralho, dominó, dama etc.

<b>VIII – DOENÇAS AUTO-REFERIDAS</b>	
<b>1. Você sentiu alguma dor nos últimos 4 meses?</b> 0 ( ) sim 1 ( ) não <b>Se NÃO, salte para a Questão 4</b>	
<b>2. Qual a intensidade da dor?</b> ( 0 ) sem dor ( 1 ) fraca ( 2 ) moderada ( 3 ) forte ( 4 ) violenta ( 5 ) insuportável 	
<b>3. Onde essa dor se localiza?</b> <input type="checkbox"/> <sup>8</sup> ( ) não se aplica <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> ( ) Músculo-esquelética <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> ( ) Sistema digestivo <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> ( ) Cabeça <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> ( ) Coluna <input type="checkbox"/> <sup>5</sup> ( ) Outros. Especifique _____	
<b>4. Você tem algum dos problemas de saúde listados abaixo?</b>	
Diabetes	0 ( ) sim      1 ( ) não      Distúrbio do sono      0 ( ) sim      1 ( ) não
Colesterol alto	0 ( ) sim      1 ( ) não      Hanseníase      0 ( ) sim      1 ( ) não
Obesidade	0 ( ) sim      1 ( ) não      Tuberculose      0 ( ) sim      1 ( ) não
Pressão alta	0 ( ) sim      1 ( ) não      DAD _____      0 ( ) sim      1 ( ) não
Câncer	0 ( ) sim      1 ( ) não      DORT _____      0 ( ) sim      1 ( ) não
Cardiopatia	0 ( ) sim      1 ( ) não      Dores de coluna      0 ( ) sim      1 ( ) não
Doença da tireóide	0 ( ) sim      1 ( ) não      AIDS      0 ( ) sim      1 ( ) não
IST _____	0 ( ) sim      1 ( ) não

IST = Infecções Sexualmente Transmissíveis; DAD = Doença Articular Degenerativa; DORT = Distúrbios Osteomusculares Relacionada ao Trabalho

### IX - SELF-REPORT-QUESTIONNAIRE - SRQ-20

As próximas questões estão relacionadas a situações que você pode ter vivido nos últimos 30 DIAS. Se você acha que a questão se aplica a você e você sentiu a situação descrita nos últimos 30 DIAS responda **SIM**. Por outro lado, se a questão não se aplica à você e você não sentiu a situação, responda **NÃO**. Se você está incerto sobre como responder uma questão, por favor, dê a melhor resposta que você puder.

1. Tem dores de cabeça freqüentemente?	<sup>0</sup> ( ) sim	<sup>1</sup> ( ) não
2. Tem falta de apetite?	<sup>0</sup> ( ) sim	<sup>1</sup> ( ) não
3. Dorme mal?	<sup>0</sup> ( ) sim	<sup>1</sup> ( ) não
4. Assusta-se com facilidade?	<sup>0</sup> ( ) sim	<sup>1</sup> ( ) não
5. Tem tremores nas mãos?	<sup>0</sup> ( ) sim	<sup>1</sup> ( ) não
6. Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?	<sup>0</sup> ( ) sim	<sup>1</sup> ( ) não
7. Tem má digestão?	<sup>0</sup> ( ) sim	<sup>1</sup> ( ) não
8. Tem dificuldade de pensar com clareza?	<sup>0</sup> ( ) sim	<sup>1</sup> ( ) não
9. Tem se sentido triste ultimamente?	<sup>0</sup> ( ) sim	<sup>1</sup> ( ) não
10. Tem chorado mais do que de costume?	<sup>0</sup> ( ) sim	<sup>1</sup> ( ) não
11. Encontra dificuldade de realizar, com satisfação, suas tarefas diárias?	<sup>0</sup> ( ) sim	<sup>1</sup> ( ) não
12. Tem dificuldade para tomar decisões?	<sup>0</sup> ( ) sim	<sup>1</sup> ( ) não
13. Seu trabalho diário lhe causa sofrimento?	<sup>0</sup> ( ) sim	<sup>1</sup> ( ) não
14. É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	<sup>0</sup> ( ) sim	<sup>1</sup> ( ) não
15. Tem perdido o interesse pelas coisas?	<sup>0</sup> ( ) sim	<sup>1</sup> ( ) não
16. Você se sente pessoa inútil em sua vida?	<sup>0</sup> ( ) sim	<sup>1</sup> ( ) não
17. Tem tido idéia de acabar com a vida?	<sup>0</sup> ( ) sim	<sup>1</sup> ( ) não
18. Sente-se cansado(a) o tempo todo?	<sup>0</sup> ( ) sim	<sup>1</sup> ( ) não
19. Tem sensações desagradáveis no estômago	<sup>0</sup> ( ) sim	<sup>1</sup> ( ) não
20. Você se cansa com facilidade?	<sup>0</sup> ( ) sim	<sup>1</sup> ( ) não

### X - USO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS

1. Você consome bebidas alcoólicas?	<b>Se você <u>NÃO BEBE</u>, siga para o bloco XI</b>	
	<sup>0</sup> ( ) sim	<sup>1</sup> ( ) não
2. Alguma vez sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?	<sup>0</sup> ( ) sim	<sup>1</sup> ( ) não
3. As pessoas o(a) aborrecem porque criticam o seu modo de beber?	<sup>0</sup> ( ) sim	<sup>1</sup> ( ) não
4. Sente-se chateado consigo mesmo(a) pela maneira como costuma beber?	<sup>0</sup> ( ) sim	<sup>1</sup> ( ) não
5. Costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca?	<sup>0</sup> ( ) sim	<sup>1</sup> ( ) não

### XI – HÁBITO DE FUMAR

<b>1.</b> Você já foi fumante? <input type="checkbox"/> ( ) sim <input type="checkbox"/> ( ) não
<b>2.</b> Você fuma atualmente? <input type="checkbox"/> ( ) sim <input type="checkbox"/> ( ) não     Se você <u>NÃO FUMA</u> , siga para o bloco XII
<b>3.</b> Quantos cigarros você fuma por dia?    ____ cigarros
<b>4.</b> Há quanto tempo você fuma?            ____ anos ____ meses ____ dias

### XII - ATOS DE VIOLÊNCIA – VITIMIZAÇÃO

Esta seção trata de atos de violência dos quais você pode ter sido vítima nos últimos 24 meses. Por favor, reflita sobre o que aconteceu e responda às seguintes perguntas:

<b>1.</b> Você sofreu alguma agressão física ou emocional (psicológica) nos últimos 24 meses? <input type="checkbox"/> ( ) sim <input type="checkbox"/> ( ) não <b>Se marcou NÃO, siga para Questão 5</b>
<b>2.</b> Qual foi o tipo de agressão? <input type="checkbox"/> ( ) Física Especifique _____ <input type="checkbox"/> ( ) Psicológica <input type="checkbox"/> ( ) Sexual <input type="checkbox"/> ( ) Atos de destruição <input type="checkbox"/> ( ) Negligência <input type="checkbox"/> ( ) Outros Especifique _____
<b>3.</b> Quem praticou a agressão? <input type="checkbox"/> ( ) esposo <input type="checkbox"/> ( ) amigo <input type="checkbox"/> ( ) irmão/irmã <input type="checkbox"/> ( ) pai <input type="checkbox"/> ( ) mãe <input type="checkbox"/> ( ) filho(a) <input type="checkbox"/> ( ) vizinho(a) <input type="checkbox"/> ( ) desconhecido (a) <input type="checkbox"/> ( ) Outros Especifique _____
<b>4.</b> Você já foi hospitalizado devido a alguma agressão nos últimos 24 meses? <input type="checkbox"/> ( ) sim <input type="checkbox"/> ( ) não
<b>5.</b> Você já foi vítima de algum acidente de trânsito nos últimos 24 meses? <input type="checkbox"/> ( ) sim <input type="checkbox"/> ( ) não
<b>6.</b> Você lembra-se de ter sofrido agressão quando criança? <input type="checkbox"/> ( ) sim <input type="checkbox"/> ( ) não
<b>7.</b> Como as pessoas usualmente classificam sua raça/ cor da pele? <input type="checkbox"/> ( ) branca <input type="checkbox"/> ( ) amarela (oriental) <input type="checkbox"/> ( ) parda <input type="checkbox"/> ( ) origem indígena <input type="checkbox"/> ( ) preta <input type="checkbox"/> ( ) não sabe
<b>8.</b> Qual a frequência em que você pensa na sua raça/cor da pele? <input type="checkbox"/> ( ) nunca <input type="checkbox"/> ( ) uma vez ao ano <input type="checkbox"/> ( ) uma vez ao mês <input type="checkbox"/> ( ) uma vez na semana <input type="checkbox"/> ( ) uma vez ao dia <input type="checkbox"/> ( ) a cada hora <input type="checkbox"/> ( ) constantemente
<b>9.</b> Nos últimos 30 dias, você se sentiu emocionalmente chateado, por exemplo com raiva, triste ou frustrado, em função de como você foi tratado por causa de sua raça/cor da pele? <input type="checkbox"/> ( ) sim <input type="checkbox"/> ( ) não

<b>XIII – PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE (PHQ)</b>				
<b>1. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, QUANTO VOCÊ SE SENTIU INCOMODADO(A) POR QUAISQUER DOS SEGUINTE PROBLEMAS?</b>	0 Não me senti incomodado	1 Incomodou-me um pouco	2 Incomodou-me muito	8 Não se aplica
Dor no estômago				
Dor nas costas				
Dor nos braços, pernas, ou juntas (joelhos, quadril, etc.)				
Cólica menstrual ou outros problemas relacionados à sua menstruação				
Dor ou problemas durante a relação sexual				
Dor de cabeça				
Dor no peito				
Tontura				
Breves desmaios				
Sentir seu coração bater forte ou acelerar				
Perda de fôlego				
Prisão de ventre, intestino solto, ou diarreia				
Náusea, gases, ou indigestão				
<b>2. NOS ÚLTIMOS 15 DIAS COM QUE FREQUÊNCIA VOCÊ SE SENTIU INCOMODADO POR QUALQUER UM DOS SEGUINTE PROBLEMAS?</b>	0 Nenhuma	1 Poucos dias	2 Mais que a metade dos dias	3 Quase todos os dias
Pouco interesse ou prazer em fazer as coisas				
Sente-se triste, deprimido, ou desesperançado				
Dificuldade de pegar no sono, ou de continuar dormindo, ou ter dormido muito mais que necessário				
Sentir-se cansado ou com pouca energia				
Apetite fraco ou alimentar-se excessivamente				
Sentir-se mal consigo mesmo; ou pensar que você é um fracassado, ou que desapontou você mesmo ou sua família				
Dificuldade em se concentrar nas coisas, tipo ler um jornal ou assistir a televisão				
Se movimentar ou andar tão lentamente que outras pessoas pudessem ter notado? Ou o contrário — está se movimentando muito mais que o normal por estar inquieto ou agitado.				
<b>3. PERGUNTAS SOBRE ANSIEDADE</b>	0 Sim	1 Não	8 Não se aplica	
No último mês, você sofreu algum crise de ansiedade — sentindo medo ou pânico repentinamente?				
<b>Se você respondeu “NÃO”, salte para a pergunta de número 5</b>				
Isso já aconteceu antes em algum momento?				
Algumas dessas crises surgem repentinamente de forma inesperada — isto é, em situações onde você não espera se sentir nervoso ou incomodado?				
Essas crises o (a) incomodam muito ou você se preocupa em ter uma outra crise dessas?				

4. PENSE SOBRE SUA ÚLTIMA GRAVE CRISE DE ANSIEDADE.	0 Sim	1 Não	8 Não se aplica	
Você sentiu falta de ar?				
Seu coração acelerou, bateu mais forte, ou palpitou?				
Você sentiu dor ou pressão no peito?				
Você suou?				
Você sentiu como se estivesse em choque ou assustado?				
Você sentiu ondas de calor ou calafrios?				
Você sentiu náusea ou estômago embrulhado ou a sensação de que você estava prestes a ter uma diarreia?				
Você se sentiu tonto, fraco ou cambaleou?				
Você sentiu formigamento, dormência em partes do corpo?				
Você sentiu tremores?				
Você teve medo de que você estivesse morrendo?				
5. NO ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA VOCÊ SE SENTIU INCOMODADO POR QUALQUER UM DOS PROBLEMAS SEGUINTE?	0 Nenhuma	1 Vários dias	2 Mais que a metade dos dias	8 Não se aplica
Se sente nervoso, ansioso, tenso, ou preocupando-se muito sobre assuntos diferentes?				
<b>Se você marcou “Nenhuma”, salte para questão de número 6</b>				
Se sente inquieto de forma que se torna difícil ficar parado				
Cansa-se muito facilmente				
Tem tensão muscular, dores, ou inflamação				
Tem dificuldade de pegar no sono ou de continuar dormindo				
Tem dificuldade em se concentrar nas coisas, tipo ler um livro ou assistir a TV				
Fica facilmente aborrecido ou irritado				
6. PERGUNTAS SOBRE ALIMENTAÇÃO	0 Sim	1 Não	8 Não se aplica	
Você normalmente sente que não consegue controlar <u>o que</u> você come e <u>quanto</u> come?				
Você frequentemente come, <u>dentro de um período de 2 horas</u> , o que a maioria das pessoas consideraria uma grande quantidade de comida?				
<b>Se você marcou ‘NÃO’ para alternativas “a” ou “b”, salte para a Questão 8</b>				
Isso ocorreu, em média, com uma frequência de duas vezes na semana pelos últimos 3 meses?				
7. NOS ÚLTIMOS 3 MESES, VOCÊ FREQUENTEMENTE FEZ ALGUM DOS SEGUINTE ITENS PARA EVITAR GANHAR PESO?	0 Sim	1 Não	8 Não se aplica	
Forçou o vômito?				
Tomou mais do que duas vezes a dose recomendada de laxantes?				
Jejuou — não comeu absolutamente nada por pelo menos 24 horas?				
Fez exercícios físicos por mais de uma hora especificadamente para deixar de ganhar peso depois de comer exageradamente?				

8. ESSES PROBLEMAS CITADOS ATÉ AGORA, TÊM DIFICULTADO SUA ROTINA EM LIDAR COM O TRABALHO, TOMAR CONTA DAS COISAS EM CASA, OU DE SE RELACIONAR BEM COM OUTRAS PESSOAS?	0 Definitivamente não	1 Um pouco	2 Muito	3 Extremamente
9. NO ÚLTIMO MÊS, O QUANTO VOCÊ SE SENTIU INCOMODADO PELOS SEGUINTE PROBLEMAS?	0 Não me incomodou	1 Incomodou-me um pouco	2 Incomodou-me muito	8 Não se aplica
Preocupação com a sua saúde				
Seu peso ou com sua aparência				
Pouco ou nenhum desejo sexual ou prazer durante o sexo				
Dificuldades com marido/mulher, parceiro(a)/amante, ou namorado e namorada				
O estresse de tomar conta dos filhos, pais e outros membros da família				
Estresse no trabalho fora de casa ou na escola				
Problemas financeiros ou preocupações				
Não ter ninguém para te dar apoio quando você tem um problema				
Algo ruim que aconteceu <u>recentemente</u>				
Sonhado ou pensado em algo terrível que aconteceu com você <u>no passado</u> .				
10. VOCÊ ESTÁ TOMANDO REMÉDIO PARA ANSIEDADE, DEPRESSÃO OU ESTRESSE?			0 Sim	1 Não

Entrevistador \_\_\_\_\_

Hora de término: \_\_\_\_\_

**ANEXO D – Modelo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Título da Pesquisa:** Caracterização da Saúde Mental de Feira de Santana, Bahia, Brasil.

**Coordenadora do projeto:** Dr<sup>a</sup> Tânia Maria de Araújo – Professora Titular do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana e coordenadora do Núcleo de Epidemiologia (NEPI)

**Objetivo:** Caracterizar a situação de saúde mental da população de 15 anos ou mais de idade residente em zona urbana de Feira de Santana, e avaliar os principais fatores de risco para os agravos à saúde mental na população estudada.

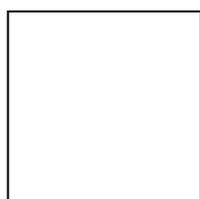
Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa. Antes de decidir, é importante que entenda o motivo da realização do estudo e no que ele consiste. Estaremos a sua disposição, pessoalmente, na UEFS – Centro de Pós Graduação em Saúde Coletiva – Núcleo de Epidemiologia- KM 03, BR 116, Campus Universitário, 44.031-460, Feira de Santana-BA, ou pelo telefone (0xx75) 3224-8320 para prestar qualquer esclarecimento, caso você precise de maiores informações.

Esta pesquisa tem como finalidade contribuir para a avaliação dos fatores de risco e da situação de saúde mental da população de Feira de Santana. A sua participação será voluntária e você poderá se afastar a qualquer momento do estudo. Para participar você será solicitado a responder um questionário incluindo questões gerais sobre a sua vida como: idade, sexo, estado civil entre outros, características do trabalho profissional, aspectos de saúde reprodutiva, atividades domésticas, atividades de lazer, padrões de sono, doenças que você sabe que possui, uso de medicamentos, uso de bebidas alcoólicas, hábito de fumar, atos de violência e questões sobre a sua saúde mental. Salientamos que a sua identificação será resguardada e mantida em sigilo, mas se alguma pergunta do questionário lhe causar constrangimento, ela não precisará ser respondida. Os resultados da pesquisa serão divulgados aos participantes da pesquisa e a comunidade geral e científica. Esta divulgação, em qualquer meio de apresentação, se fará de forma a garantir a confidencialidade dos dados. Você poderá também ser contatado novamente para prestar informações sobre o mesmo assunto em outra etapa da pesquisa.

Caso haja algum prejuízo por quaisquer danos decorrentes dessa pesquisa, compensações estarão de acordo com as normas da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Se você achar que foi bem informado (a) e quiser participar voluntariamente desta pesquisa, permitindo que os resultados da mesma sejam publicados, deverá assinar este documento que consta de duas vias. Uma das vias ficará com você e a outra conosco.

Desde já, agradecemos a sua colaboração e nos colocamos a disposição para quaisquer esclarecimentos que porventura possam surgir.



Impressão digital  
(quando necessário)

Feira de Santana, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante

\_\_\_\_\_  
Pesquisador Responsável

**ANEXO E – Aprovação da Pesquisa pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual de  
Feira de Santana - BA**