



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

**MORGANA TEIXEIRA LIMA MASCARENHAS**

**OBESIDADE E FATORES DE RISCO NA POPULAÇÃO DE 20 A 59 ANOS  
DE FEIRA DE SANTANA-BA, 2007**

**FEIRA DE SANTANA-BA  
2010**

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

**MORGANA TEIXEIRA LIMA MASCARENHAS**

**OBESIDADE E FATORES DE RISCO NA POPULAÇÃO DE 20 A 59 ANOS  
DE FEIRA DE SANTANA-BA, 2007**

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 de grupos populacionais específicos

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maura Maria Guimarães de Almeida

**FEIRA DE SANTANA-BA  
2010**

**MORGANA TEIXEIRA LIMA MASCARENHAS**

**OBESIDADE E FATORES DE RISCO NA POPULAÇÃO DE 20 A 59 ANOS  
DE FEIRA DE SANTANA-BA, 2007**

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 de grupos populacionais específicos

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maura Maria Guimarães de Almeida

Aprovada em 22 de abril de 2010.

**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> Edna Maria de Araujo

---

Presidente – Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maura Maria Guimarães de Almeida

Feira de Santana-BA  
2010

Dedico esta pesquisa aos meus pais, *João e Marlúcia*, por sempre incentivarem os filhos em busca de seus sonhos e objetivos, um casal exemplo a ser seguido, pela formação da educação e caráter. Ao meu esposo *Luciano* e meu filho *Lucas*, por estarem sempre ao meu lado e por compreenderem os momentos de ausência.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a **Deus** em primeiro lugar, pela força concedida a todo momento, não permitindo que eu fraquejasse. Seu amor é incondicional;

Aos meus pais, **João e Marlucia**, pelo apoio e incentivo. Meus maiores fãs. Essa é mais uma conquista que dedico a vocês, de todo o meu coração. Amo vocês ;,

Aos meus irmãos **Márcia e Manoel**, meus companheiros de desespero e angustia, nos momentos difíceis, nas alegrias, sempre ao meu lado, pro que der e vier. Valeu meus irmãos. Nos completamos sempre;

Ao meu esposo, **Luciano**, pela GRANDE compreensão. “Xuxu”, muito obrigada! Te Amo;

Ao meu pequeno e amado filho, **Lucas, companheiro** de muitas horas. Eis algumas falas dele, que me apertavam o coração: *“mãe, não vai dormir?”*, *Mãe, o computador vai estourar!”*;

A todos os meus colegas do mestrado, em especial: **Alaide, Brena e Josenildo**. Por compartilharmos momentos de alegrias, decepções, tristezas. Um apoiando o outro.;

Ao meu colega **Saulo**, sua ajuda foi fundamental. Sempre atencioso;  
Aos meus cunhados e cunhadas, pelo carinho e atenção. **Rita e Washington**, Deus abençoe sempre vocês;

A minha orientadora professora Dr<sup>a</sup> Maura Maria Guimarães de Almeida sempre pronta a colaborar, sua opinião e experiência foram muito importantes, para o meu crescimento profissional;

Ao Núcleo de Espidemiologia (NEPI), em especial a professora Dr<sup>a</sup> Tânia Maria de Araújo, pelos seus ensinamentos e por ter disponibilizado o banco de dados. Obrigada!;

A Ana Paula Kallil Prisco pela contribuição;

A todos os professores do mestrado. Em especial o professor **Nelson Oliveira**, bioestatístico fantástico, sempre disposto e paciente em orientar. A professora **Marinalva**, “pequena”, mas de um grande coração;

A **Jorge**, sempre atencioso quanto aos prazos. Também a **Gorete e Siomara**, por suportar os nossos momentos de apreensão.

"A única vida digna de ser vivida é a vida aventureira. A característica predominante desta vida é **a coragem**. Quem vive no plano da aventura (da fé) não teme o que os outros pensam dele. O homem de coragem não condiciona seus passos e seus objetivos aos passos e objetivos do vizinho; não teme sonhar sonhos que não tenham sentido prático; pensa por si, lê seus próprios livros, cultiva seus próprios entretenimentos; governa-se pela sua própria consciência".  
(Pe. Josué Gonçalves)

## RESUMO

A obesidade é uma doença de saúde pública em nível mundial, a que estão associadas: escolaridade, idade, renda, raça e outros. Uma patologia de incidência considerável na atualidade devido, sobretudo, à modificação de hábitos alimentares e ao sedentarismo. Os indivíduos obesos acabam, em função da busca pelo peso ideal, desenvolvendo transtornos alimentares, o mais freqüente o transtorno de compulsão alimentar periódica (TCAP). Avaliar a prevalência de obesidade e os fatores de risco (sociodemográficos e comportamentais) e estimar a prevalência de transtornos alimentares constituíram objetivo deste estudo, de corte transversal, de caráter descritivo, entre 2.506 participantes, de 20 a 59 anos de idade, de ambos os sexos. A fim de caracterizar a população-alvo, utilizou-se a freqüência e a prevalência como medidas de ocorrências e a razão de prevalência, para verificar as associações entre as variáveis. Observou-se associação significativa entre obesidade e doenças autorreferidas. A prevalência de transtornos alimentares (TA) foi de 1,00% para bulimia nervosa (BN) e 5,03% para transtorno de compulsão alimentar periódica (TCAP). A prevalência de ambos os transtornos foi maior no sexo feminino, na faixa etária de 20 a 29 anos. A associação da imagem corporal com os dois tipos de TA foi estatisticamente significativa ( $p < 0,001$ ) em ambos os sexos. Os TA mostraram-se prevalentes na raça negra e em indivíduos obesos. Os resultados da pesquisa apontam a necessidade de intervenção, principalmente dos poderes públicos, com vistas ao controle dessa “epidemia” que vem servindo para compor índices progressivos de morbidade e mortalidade a população, dos riscos a que se expõem quando da busca desenfreada pela perda de peso. Atenção especial deve ser dada para identificação dos TA nas mulheres que se encontram na faixa etária de 20 a 29 anos.

**Palavras-chave:** Obesidade. Transtornos alimentares. Bulimia nervosa. Transtorno de compulsão alimentar periódica. Fatores de risco.

## ABSTRACT

Obesity is a public health illness in world-wide level, the one that is associated of: escolarity, age, income, race and others. A pathology of considerable incidence in which had present time, over all, to the modification of alimentary habits and the sedentarism. The obese individuals finish, in function of the search for the ideal weight, developing alimentary upheavals, the most frequent upheaval of periodic alimentary compulsion (TCAP). To evaluate the prevalence of obesity and the factors of risk (sociodemographic and mannering) and esteem the prevalence of alimentary upheavals had constituted objective of this study, transversal cut, descriptive character, between 2.506 participants, of 20 the 59 years of age, both the sex. In order to characterize the population-target, it was used frequency and the prevalence as measured of occurrences and the reason of prevalence, to verify the associations between the 0 variable. Significant association between obesity and autorefered illnesses was observed. The prevalence of alimentary upheavals (You) was of 1,00% for nervous bulimia (BN) and 5,03 % for upheaval of periodic alimentary compulsion (TCAP). The prevalence of both the upheavals was bigger in the feminine sex, in the age band of 20 the 29 years. The association of the corporal image with the two types You was statistically significant ( $p < 0,001$ ) in both the sex. The upheavals had revealed prevalence in the black race and obese individuals. The results of the research point the intervention necessity, mainly of being able them public, with sights to the control of this "epidemic" that comes serving to compose gradual indices of morbidity and mortality the population, of the risks the one that if display when of the wild search for the lose of weight. Special attention must be given for identification of upheavals in the women who if find in the age band of 20 the 29 years.

**Word-key:** Obesity. Alimentary upheavals. Nervous Bulimia. Upheaval of periodic alimentary compulsion. Factors of risk.



## ABREVIATURAS

AN- Anorexia Nervosa

BA-Bahia

BN- Bulimia Nervosa

CID- Classificação Internacional de Doenças

DSM- Diagnostic and Statistical Manual

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IMC- Índice de Massa Corporal

NEPI- Núcleo de Epidemiologia

OMS- Organização Mundial de Saúde

P/E<sup>2</sup>- peso sobre estatura ao quadrado

PHQ- Patient Health Questionnaire

PPV- Pesquisa sobre os Padrões de Vida

R- R console

RP- Razão de Prevalência

SPSS- Statistical Packard for the Social Sciences

TA- Transtornos Alimentares

TCAP- Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UEFS- Universidade Estadual de Feira de Santana

WHO- World Health Organization

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>Considerações Iniciais</b> .....	11
<b>2</b>	<b>Objetivos</b> .....	15
<b>3</b>	<b>Artigo 1 : Obesidade e fatores de risco na população de 20 a 59 anos de Feira de Santana-Ba, 2007</b>	16
	Resumo .....	17
	Abstract .....	18
	Introdução .....	19
	Materiais e Métodos .....	22
	Resultados .....	24
	Discussão .....	26
	Conclusão .....	30
	Referências .....	31
	Tabelas .....	34
<b>4</b>	<b>Artigo 2: Transtornos Alimentares na população de 20 a 59 anos de Feira de Santana-Ba, 2007</b>	39
	Resumo .....	40
	Abstract .....	41
	Introdução .....	42
	Materiais e Métodos .....	45
	Resultados .....	48
	Discussão .....	51
	Conclusão .....	55
	Referências .....	56
	Tabelas .....	59
<b>5</b>	<b>Considerações Finais</b> .....	63
<b>6</b>	<b>Apêndice</b>	
	Projeto de pesquisa .....	67
<b>7</b>	<b>Anexos</b>	
	Anexo A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) .....	126
	Anexo B- Questionário Individual .....	127
	Anexo C- Autorização para utilização do banco de dados .....	137
	Anexo D- Aprovação do projeto de pesquisa pelo CEP .....	138

## 1 Considerações Iniciais

A obesidade está associada com o surgimento de doenças crônicas como: doenças cardiovasculares, condições associadas com resistência à insulina, alguns tipos de câncer, dentre outros. Indivíduos obesos apresentam pelo menos o dobro da chance de desenvolver diabetes, resistência à insulina, dislipidemia, apnéia, doença da vesícula, hipertensão, doença coronariana, osteoartrite e gota (WHO, 1997; GIGANTE; MOURA; SARDINHA, 2009). O crescente aumento na prevalência de obesidade, e de outros fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como inatividade física, tabagismo, pressão e colesterol elevados contribuem com uma grande parcela dos gastos em saúde (WHO, 2002).

A maior preocupação dos programas de governo estavam voltados, sobretudo, para combater a desnutrição, reverter o processo de fome que assolava o país. No entanto, este quadro está sofrendo uma modificação, com o crescente aumento da população com excesso de peso. Atualmente, a obesidade é vista como epidemia e problema de saúde pública mundial. Em 1995, o número de mortes atribuídas ao excesso de peso foi por volta de 1 milhão, praticamente o dobro quando comparadas com as mortes associadas à desnutrição (ALMEIDA; FERREIRA, 2005).

Os indivíduos podem desenvolver obesidade em qualquer faixa etária. Entretanto, existem fatores que corroboram com o surgimento precoce como: influências pré-natais, aumento de ingestão calórica durante a gestação, influenciando no formato e composição corporal do feto; o tabagismo e a diabetes aumentam o risco de desenvolver obesidade na criança; na adolescência, o aumento de peso é considerado um preditor para o adulto obeso; mulheres adultas têm mais tendência em desenvolver o excesso de peso, devido a sua composição corporal, mais tecido adiposo do que muscular; na gravidez e o uso de alguns contraceptivos orais; os homens tendem a ganhar peso devido à transição no seu estilo de vida, uma vida mais sedentária e a dieta, contribuindo para um balanço energético positivo. Pesquisas têm demonstrado que, após a cessação do fumo os indivíduos apresentam um

aumento de peso; fatores étnicos, socioeconômicos e culturais têm aumentado o risco para a obesidade, assim como, menor escolaridade, condição econômica menos favorecida e outros (UEMARA;MARIOSIA, p. 195, 2005).

O diagnóstico para a obesidade em pesquisas epidemiológicas é dado pelo Índice de Massa Corporal (IMC), que é definido pela divisão do peso sobre a estatura ao quadrado ( $P/E^2$ ). A faixa de IMC, considerada normal para ambos os sexos na fase adulta é de 18,5 a 24,9  $kg/m^2$ , quando acima de 30  $kg/m^2$ , diagnostica obesidade, segundo a OMS (1997). Verifica-se, portanto, que muitas pesquisas já estão sendo realizadas com peso e estatura autorreferidos, critério este que visa tornar os estudos epidemiológicos mais práticos, tendo boa sensibilidade e especificidade quando comparados, com estas medidas aferidas (SILVEIRA et al., 2005; JUNIOR, 2007).

Os dados do inquérito nacional da Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (1989) demonstraram que cerca de 32% dos adultos brasileiros têm algum grau de excesso de peso. Desses, 6,8 milhões (8%) apresentam obesidade, com predomínio entre as mulheres (70%). A prevalência ainda se acentua com a idade, atingindo valor maior na faixa etária de 45-54 anos (37% entre homens e 55%, entre mulheres). Verifica-se que, em praticamente todas as regiões do país, há aumento significativo da população adulta apresentando sobrepeso e obesidade. Na Região Sul, 34% dos homens e 43% das mulheres apresentaram algum grau de excesso de peso. Na Região Sudeste, encontram-se, em média, mais de 10 milhões de adultos com sobrepeso e três milhões e meio com obesidade. Esse aumento é mais elevado entre as famílias de baixa renda.

A obesidade contribui para o surgimento do transtorno de compulsão alimentar periódica (TCAP), em indivíduos considerados susceptíveis. Estudos têm demonstrado que a melhora no tratamento dos episódios de compulsão contribui, de forma positiva, para a redução do peso, evitando o retorno do peso após o emagrecimento.

Os transtornos alimentares (TA) são fenômenos resultantes da interação de fatores pessoais, familiares e socioculturais, caracterizados pela preocupação intensa com alimento, peso e corpo. Os tipos de transtornos

alimentares são: anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN) e transtornos alimentares não-especificados, que incluem o transtorno do comer compulsivo (SOUTO; FERRO-BUCHER, 2006).

Os TAs são de baixa prevalência e incidência, o que dificulta os estudos populacionais, exigindo amostras grandes. São doenças raras que acometem, principalmente, adolescentes e mulheres jovens. Nestas últimas, a prevalência pode chegar a 0,3%, para AN, e 1%, para a BN. Já a prevalência de TCAP pode variar de 1 a 5%, chegando até 8%, nos indivíduos obesos. Vários fatores contribuem para o surgimento de TA, dentre esses, os fatores socioculturais, a busca por um padrão de beleza, idealizado, principalmente pelas mulheres, de magreza. A obesidade possivelmente está associada aos TA, pela relação tendenciosa em fazer dieta. As brincadeiras relacionadas ao peso, com efeitos deletérios da autoestima e da satisfação corporal, colaboram para o aumento da pressão social para emagrecer (MORGAN; CLAUDINO, 2005). Apesar dos TCAP não se desenvolver, especificamente, entre os obesos, fica claro, na literatura, que há uma tendência nos indivíduos com excesso de peso a apresentar esse distúrbio.

Em Feira de Santana, dois estudos foram realizados pelo Núcleo de Epidemiologia (NEPI), com funcionários da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). O primeiro, com o objetivo de descrever a prevalência de fatores de risco para o desenvolvimento de doença arterial coronariana (DAC) entre as funcionárias (LIMA, 2004). E o outro, que procurou descrever a prevalência de sobrepeso e obesidade entre os funcionários (CAIRES, 2005). A prevalência de obesidade foi, respectivamente, para o primeiro e o segundo estudo, de: 10,6% e 10,8%.

Outro estudo realizado pelo NEPI foi o de Prisco (2009), que teve como objetivo de estimar a prevalência de transtornos de comportamento alimentar entre trabalhadores da zona urbana de Feira de Santana, e constatou a prevalência de TCAP, 4,3% e de BN, 1,0%.

A consciência do crescente aumento de peso da população como um todo e que esse excesso de peso está associado com o surgimento de doenças como diabetes, hipertensão, cardiopatias, câncer, despertou-nos o

interesse em estudar a prevalência de obesidade e seus fatores de risco na população adulta urbana de Feira de Santana-Ba, como forma de colaborar para futuros projetos de extensão apontando medidas de intervenção destinadas ao controle e ao tratamento precoce, visando a redução dos altos índices de obesidade e o surgimento de doenças crônicas

O presente estudo, além de avaliar a prevalência de obesidade na população de 20 a 59 anos de Feira de Santana-BA, pretendeu analisar as variáveis sócio-demográficas e comportamentais (idade, sexo, raça, situação conjugal, etilismo, tabagismo, atividade de lazer) relacionadas com essa patologia. Ademais, estima a prevalência de transtornos alimentares através do Patient Health Questionnaire (PHQ).

A dissertação está apresentada sob a forma de dois artigos: artigo 1- “Obesidade e fatores de risco na população de 20 a 59 anos de Feira de Santana-Ba, 2007” e artigo 2- “Transtornos alimentares na população de 20 a 59 anos de Feira de Santana-Ba, 2007”. Os resultados apresentados são provenientes de um recorte do estudo epidemiológico de corte transversal intitulado “Caracterização da saúde mental da zona urbana de Feira de Santana, Bahia, Brasil, 2007”, no qual a amostra foi selecionada aleatoriamente, entre sujeitos com idade igual ou superior a 15 anos. No presente estudo, procedeu-se um recorte da população (20 a 59 anos), ambos os sexos.

Incluiu-se também na dissertação: o projeto de pesquisa, o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), a autorização para utilização do banco de dados, o parecer do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da UEFS e o instrumento utilizado na coleta de dados.

Espera-se que este trabalho seja de utilidade para o encaminhamento de saúde da população, na medida em que trata de um tema relevante, não novo, que vem causando grande preocupação. É importante que, pesquisas com a finalidade de avaliar a prevalência de obesidade continuem a acontecer, porquanto ajudarão a conscientizar os indivíduos para a mudança de hábitos alimentares, proporcionando redução e manutenção de peso adequado, resultando, assim, em melhor qualidade de vida.

## **2 OBJETIVOS**

### **Geral**

- Avaliar a prevalência de obesidade e fatores de risco (sociodemográficos e comportamentais) na população de 20 a 59 anos da zona urbana de Feira de Santana-Ba, 2007.

### **Específicos**

- Estimar a prevalência de obesidade na população.
- Estimar a prevalência de transtornos alimentares (bulimia nervosa e transtorno de compulsão alimentar periódica) na população.
- Verificar a associação da obesidade com transtornos alimentares (bulimia nervosa e transtornos de compulsão alimentar periódica).
- Avaliar a associação da obesidade com as doenças crônicas não-transmissíveis (diabetes, HAS, cardiopatia).

**3 Artigo 1****OBESIDADE E FATORES DE RISCO NA POPULAÇÃO DE 20 A 59 ANOS  
DE FEIRA DE SANTANA-BA, 2007**

*OBESITY AND RISK FACTORS IN A POPULATION OF 20 - 59 YEARS OF  
FEIRA DE SANTANA CITY ON BAHIA, 2007*

**Morgana Teixeira Lima Mascarenhas**

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Estadual de  
Feira de Santana (UEFS)  
e-mail: [mlimanutri@yahoo.com.br](mailto:mlimanutri@yahoo.com.br)

**Maura Maria Guimarães de Almeida**

Núcleo de Epidemiologia, Departamento de Saúde, Universidade Estadual de  
Feira de Santana (UEFS)  
e-mail: [mesauco@uefs.br](mailto:mesauco@uefs.br)

**Tânia Maria de Araújo**

Núcleo de Epidemiologia, Departamento de Saúde, Universidade Estadual de  
Feira de Santana (UEFS)  
Email: [araujo.tania@uefs.br](mailto:araujo.tania@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-Ba



## RESUMO

### Objetivo

Avaliar a prevalência de obesidade e os fatores de risco (sociodemográficos e comportamentais) na população adulta urbana de Feira de Santana-Ba, 2007.

### Método

Estudo epidemiológico de corte transversal descritivo com amostra de 2.506 indivíduos, com idade de 20 a 59 anos, da zona urbana da cidade de Feira de Santana-BA. O instrumento utilizado foi o questionário individual contendo questões sobre as características sociodemográficas, hábitos de vida (etilismo, tabagismo, atividade de lazer), doenças autorreferidas (obesidade, diabetes, hipertensão).

### Resultados

Na população estudada, houve predominância de indivíduos do sexo feminino (73,58%), faixa etária de 20 a 29 anos de idade (34,83%), casados (57,07%), raça negra (82,47%), renda mensal inferior a um salário mínimo (78,20%), 52,10% tinham ensino médio/superior. Quanto aos hábitos de vida, 68,12% apresentaram atividade física leve, 14,03% fumavam e 33,10% consumiam bebidas alcoólicas. De acordo com as doenças autorreferidas: 8,67% eram obesos, 20,14%, hipertensos e 2,68%, diabéticos. A obesidade apresentou maior prevalência no sexo feminino (9,98%), na faixa etária de 40 a 49 anos, na situação conjugal de divorciado/desquitado (9,94%), nos que relataram renda inferior a um salário mínimo (8,68%), no ensino fundamental (9,78%), que realizavam atividade física leve (8,88%) e nos que não fumavam (9,06%).

### Conclusões

Os resultados encontrados mostram a necessidade de ações mais efetivas, na questão do controle da obesidade. Incentivando a modificação de hábitos de vida da população e conseqüentemente contribuindo para uma melhor qualidade de vida. Tendo em vista que é um problema de saúde pública e, como tal, deve ser monitorando e controlando, evitando as complicações que dela decorrem.

### Palavras –chave

Obesidade. Fatores de risco. Hábitos de vida. Doenças autorreferidas

## ABSTRACT

### Objective

To evaluate the prevalence of obesity and the factors of risk (sociodemographic and behavioral) in the urban adult population of Feira de Santana-Ba, 2007.

### Method

Study epidemiologist of descriptive transversal cut with sample of 2.506 individuals, age of 20 the 59 years, of the urban zone of the city of Feira de Santana-BA. The used instrument was the individual questionnaire with questions on the sociodemographic characteristics, life habits (alcoholism, tobacco use, activity of leisure), autorefered illnesses (obesity, diabetes, and hypertension).

### Results

In the studied population, it had predominance of people of the feminine sex (73,58 %), age band of 20 the 29 years of age (34,83%), married (57.07 %), black race (82,47%), inferior monthly income to a minimum wage (78,20%), 52.10% had high school/superior education. How much to the life habits, 68.12% had presented light physical activity, 14,03% did smoke and 33.10% did consume alcoholic beverage. In accordance with the autorefered illnesses: 8,66% were obese, 20.14%, hypertension and 2.68%, diabetic. The obesity presented greater prevalence in the feminine sex (9,98%), in the age band of 40 the 49 years, in the divorced/separated marital situation of (9,94%), in that they had told inferior income to a minimum wage (8,68%), in basic education (9,78%), that they carried through light physical activity (8,88%) and in that they did not smoke (9,06%).

### Conclusions

The joined results show to the action necessity more effective, in the question of the control of the obesity. Stimulating the modification of habits of life of the population and consequently contributing for one better quality of life. In view of that it is a problem of public health e, as such, must be monitored and controlled, preventing the complications that of it elapse.

### Keywords

Obesity. Factors of risk. Habits of life. Autorefered illnesses

## INTRODUÇÃO

A obesidade pode ser definida como uma condição de acúmulo anormal ou excessivo de gordura no organismo, levando a um comprometimento da saúde. O excesso de gordura, sua distribuição e associação trazem sérias consequências para a saúde e variam, consideravelmente, entre os indivíduos obesos. É importante identificá-la, uma vez que os portadores dessa patologia apresentam risco aumentado de morbidade e mortalidade. Atualmente, a obesidade está a exigir, prioritariamente, medidas interventivas, em nível individual e social, por constituir um problema de nutrição em saúde (WHO, 1998).

A obesidade, antes considerada sinal de fartura, saúde e padrão de beleza, deixou de ser vista como uma condição desejável, diante das evidências de morbimortalidade elevada em indivíduos obesos. A urbanização e a industrialização, acompanhadas de maior disponibilidade de alimentos e menor atividade física, contribuíram para a crescente prevalência da obesidade nas populações (LERARIO et al., 2002).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a obesidade é a quinta doença nutricional com necessidade de intervenção. Na Europa e nos Estados Unidos, sua prevalência chega a ter uma variação de 10 a 25%. (GOLBERG, 1998). A prevalência elevada em alguns estudos evidencia a associação com elevação do nível socioeconômico (JAMES et al., 2000). Sendo, entretanto, registrado em países em desenvolvimento (como o Brasil) o aumento da prevalência em indivíduos de baixa renda (KAC; VELÁSQUEZ-MELENDZ, 2003; BATISTA FILHO; RISSIN, 2003; SAWAYA; ROBERTS, 2003; OBESIDADE, 2004).

Ao comparar pessoas de peso normal, homens com 20% acima do peso desejável têm 20% a mais de chance de morrer por todas as causas; possuem o risco duas vezes maior de falecer por causa da diabetes; 40% a mais de chance de desenvolver disfunções da vesícula biliar e 25% a mais de contrair doenças coronarianas. Em homens 40% acima do peso desejável, a mortalidade por todas as causas é 55% maior, apresentam possibilidade acima de 70% de desenvolver doenças coronarianas, e o risco de morte por diabetes

é quatro vezes maior do que entre pessoas de peso normal (FRANCISCHI et al., 2000).

Com relação as mulheres, verificou-se que nas regiões mais desenvolvidas a obesidade é mais freqüente em mulheres de baixa renda (MONTEIRO et al., 2002). Em estudo realizado em São Paulo, Teichmann e colaboradores (2006), verificaram que a prevalência de obesidade em mulheres era maior naquelas de maior idade (50 a 60 anos), inseridas em classes econômicas mais baixas, as que possuíam 5 ou mais filhos e as que apresentavam historia familiar da doença.

Verifica-se que a distribuição do excesso de peso no corpo, pode estar relacionada com o aumento de risco cardiovascular, e isto é observado na distribuição de gordura corporal tipo andróide, a qual se localiza na região abdominal. Em estudo realizado por Almeida e colaboradores (2009), que teve como objetivo avaliar diferentes pontos de corte de indicadores que representassem melhor poder discriminatório de obesidade abdominal em mulheres, verificou-se que dentre as medidas existentes, o índice de conicidade ( índice de C.), permitiu verificar que este é um indicador antropométrico de maior sensibilidade e especificidade para determinar a obesidade abdominal em mulheres com riscos cardiovasculares.

No Brasil, entre 1974 e 1989, a proporção de pessoas com excesso de peso aumentou de 21% para 32%. Dentre as regiões do país, o Sul apresentou as maiores prevalências de obesidade, sendo essas semelhantes e, até mesmo superiores, a países desenvolvidos. A evolução da ocorrência de obesidade nesse período, em relação ao sexo, dobrou entre os homens (de 2,4% para 4,85), enquanto que, entre a população feminina, o aumento da obesidade também foi significativo (de 7% para 12%) (GIGANTE, 1997).

A obesidade é uma doença de difícil controle, com altos percentuais de insucessos terapêuticos e de recidivas, podendo apresentar sérias repercussões orgânicas e psicossociais. O sofrimento psicológico do obeso decorre de problemas relacionados a preconceito e discriminação. A preocupação com a sua imagem leva à preocupação excessiva com a obesidade, o que o torna inseguro. A falta de confiança, a sensação de

isolamento, atribuída ao fracasso da família e dos amigos em entender o problema, bem como a humilhação, devido ao preconceito e à discriminação à qual esses indivíduos estão sujeitos, os levam a compensar esses problemas com o alimento (BERNARDI; CICHELERO; VITOLO, 2005).

As modificações dos hábitos alimentares influenciam diretamente no aumento da prevalência de obesidade, devido a mudanças no estilo de vida. As práticas alimentares saudáveis, como realizar as refeições com a família, estão dando lugar aos *fast-foods*, um cardápio rico em gorduras saturadas e carboidratos simples.

O estilo de vida está relacionado com os hábitos dos indivíduos, modo de viver, lazer, prática de atividade física, trabalho, estresse, entre outros. A vida moderna tem proporcionado um decréscimo no gasto energético, um exemplo são as mudanças da atividade de pedalar e andar, substituídos pela motorização dos meios de transporte, assim como as atividades de lazer sedentárias (televisão, cinema, vídeo games) (MACGINNIS, 1992). Esses fatores exercem influências negativas no metabolismo energético total, contribuindo para o desenvolvimento do sobrepeso e da obesidade.

O presente estudo tem como objetivo avaliar a prevalência de obesidade e fatores de risco (sociodemográficos e comportamentais) na população de 20 a 59 anos de Feira de Santana-Ba. Este estudo poderá servir de alerta para as políticas públicas de saúde voltadas para implementação de equipe multidisciplinar para o tratamento e controle, bem como propor ações voltadas para a educação nutricional, enfatizando a importância de conhecer a doença, seus fatores de risco e como monitorar o seu padrão alimentar.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizado um estudo epidemiológico de corte transversal que se caracteriza pela avaliação simultânea de exposição e doença em um ponto do tempo ou num período curto de tempo. O tipo mais comum de estudo seccional é o pontual, no qual a prevalência na população é medida em um único momento (PEREIRA,1995).

Do banco de dados no Núcleo de Epidemiologia (NEPI) do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), criado a partir da pesquisa: “Caracterização de Saúde Mental em Feira de Santana, Ba ,Brasil, 2007”, foi feito um recorte sendo selecionada uma amostra representativa da população adulta urbana de Feira de Santana, Bahia.

Na pesquisa original, a seleção das áreas foi feita com base em 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. Conforme os critérios de inclusão adotados, participaram do estudo indivíduos de ambos os sexos, com idade maior ou igual a 15 anos, residentes na zona urbana de Feira de Santana-Ba. Conforme os critérios de inclusão adotados, participaram do estudo atual indivíduos de ambos os sexos, com idade de 20 a 59 anos de idade, residentes na zona urbana de Feira de Santana-BA.

O instrumento para coleta de dados foi o formulário individual, com informações sobre as características sociodemográficas (idade, situação conjugal, escolaridade, renda, raça), hábitos de vida (fumo, etilismo, atividade física), doenças autorreferidas (obesidade, diabetes, hipertensão).

Os indivíduos que se consideravam pretos e pardos formaram o grupo de indivíduos negros, tendo como base o estudo de Lopes e colaboradores (2007).

Inicialmente, procedeu-se a caracterização da população estudada. Em seguida, foram estimadas as prevalências de obesidade. Os fatores de risco associados à doença revelaram-se mediante o cálculo de razões de

prevalência e seus respectivos intervalos de confiança a 95%, observando-se significância estatística dos dados para um  $\alpha=0,05\%$  ( $p\leq 0,05$ ).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa com seres humanos da Universidade Estadual de Feira de Santana, que atendeu a resolução 196/96, protocolo nº 202/2009 (CAAE 0210.0.059.000-09).

No processo de análise dos dados, foram utilizados os programas estatísticos “Statistical Package for the Social Sciences-SPSS”, versão 9.0 *for Windows* e o R Console 2.9.2.

## RESULTADOS

A população do estudo foi constituída de 2.506 indivíduos, dos quais, 73,58% eram do sexo feminino, encontravam-se na faixa etária de 20 a 29 anos de idade (34,83%), seguida da faixa etária de 30 a 39 anos de idade (25,93%). 57,07% eram casados/união estável, 78,20% tinham renda mensal inferior a um salário mínimo, 52,10% possuíam escolaridade no ensino médio/superior, 82,47% eram negros. Quanto aos hábitos de vida, 68,12% realizavam atividade física leve, 14,03% eram fumantes e 33,10% consumiam bebida alcoólica. Entre as doenças autorreferidas, 8,67% tinham obesidade, 20,14%, hipertensão e 2,68%, diabetes (Tabela 1).

A obesidade predominou entre o sexo feminino (9,98%), isto é as mulheres apresentaram duas vezes mais probabilidade de desenvolver obesidade do que os homens. A obesidade foi prevalente na faixa etária de 40 a 49 anos (12,24%), quando comparada à faixa etária de 20 a 29 anos (6,30%), demonstrou 2,00 vezes mais possibilidade de desenvolver a patologia (Tabela 2). No sexo feminino, a faixa etária em que houve maior prevalência de obesidade foi a de 40 a 49 anos (14,55%), enquanto que no sexo masculino, foi à faixa etária de 50 a 59 anos (9,52%) (Tabela 4).

Na situação conjugal de divorciado/desquitado, 9,94% dos indivíduos estudados eram obesos. Ao associar a variável obesidade com a situação conjugal, em relação ao sexo, observou-se que, no sexo feminino, houve maior prevalência de obesidade entre as mulheres que haviam se divorciado/desquitado (11,34%), ou seja, tinham 1,43 vezes mais possibilidade de desenvolver obesidade do que as solteiras. No sexo masculino, a predominância da obesidade foi entre os viúvos (14,28%) (Tabela 4).

Indivíduos obesos apresentaram renda mensal inferior a um salário mínimo (8,68%). Quando comparada a prevalência, de acordo com o sexo, a obesidade foi maior entre as mulheres que tinham renda inferior a um salário mínimo (8,46%), que apresentaram, 5,6 vezes mais probabilidade de desenvolver obesidade do que aquelas que tinham renda superior a um salário



mínimo. E entre os homens, os que desenvolviam obesidade apresentaram uma renda mensal superior a um salário mínimo (2,87%) (Tabela 4).

A obesidade foi prevalente, ainda, entre os indivíduos com nível de escolaridade fundamental I/II (9,78%). Os que praticavam atividade física leve (8,88%) apresentaram cerca de 3,65 vezes maiores possibilidades de desenvolverem obesidade, comparados com indivíduos que realizavam atividade física intensa ( $p=0,04$ ) (Tabela 2).

Os indivíduos que não fumavam demonstraram 1,58 vezes maior probabilidade de se tornarem obesos ( $P=9,06\%$ ;  $p=0,04$ ). Essa probabilidade, nos indivíduos obesos que não consumiam bebida alcoólica foi de 9,55% (Tabela 2).

Indivíduos obesos apresentaram 2,46 vezes maior probabilidade para desenvolver hipertensão ( $p<0,01$ ), 3,00, para a cardiopatia ( $p<0,01$ ), 3,80, para a diabetes ( $p<0,01$ ), 3,86, para o colesterol alto (Tabela 3).

A prevalência de obesidade, de acordo com o número de gestações, foi outro resultado que obteve associações estatisticamente significantes ( $p<0,01$ ). Mulheres que haviam tido quatro filhos, ou mais, tiveram 1,5 vezes mais probabilidade de apresentarem obesidade, quando comparadas com as mulheres que não tiveram filhos e aproximadamente 1,28 vezes mais quando comparadas com as mulheres que tiveram três gestações (Tabela 5).

## DISCUSSÃO

Observou-se maior prevalência de obesidade entre os indivíduos que eram divorciado/desquitado, tinham nível de escolaridade fundamental, desenvolviam atividade física leve, não fumavam e não bebiam.

As doenças autorreferidas, tiveram uma significância estatística considerável ( $p < 0,01$ ), quando associadas com a obesidade. Indivíduos que tinham obesidade possuíam maiores probabilidade de terem, hipertensão, cardiopatia, diabetes e colesterol alto.

A prevalência de obesidade encontrada no estudo foi semelhante a média nacional que é de 8% (COUTINHO et al.,1991). Apesar de alguns estudos realizados no Brasil em diferentes regiões apresentarem valores acima desse percentual, como é o caso de Pelotas (RS), onde Gigante e colaboradores (1997), verificaram a prevalência de obesidade em 21% da população. No ano de 1996, Sichiere e colaboradores detectaram 12% de obesidade na cidade do Rio de Janeiro. Cervato e colaboradores (1997) na cidade de São Paulo, encontraram 38% de indivíduos obesos. Os estudos de Gus e colaboradores (2002), no Rio Grande do Sul, atestam 18,6% de obesidade. E, em 2003, Souza e colaboradores encontraram uma prevalência de obesidade de 17,8%, na cidade de Campos, Rio de Janeiro. Em 2004, Lima, constatou uma prevalência de mulheres obesas, 10,60% (sendo que Lima estudou só a população feminina), na Universidade Estadual de Feira de Santana-Ba. E Caires (2005), em estudo realizado na mesma instituição, abrangendo os sexos masculino e feminino, verificou a prevalência, em ambos, de 10,81% de obesidade.

Conforme os estudos anteriormente citados, a obesidade ocorreu com maior prevalência no sexo feminino e em idade mais avançada, o que foi também verificado neste estudo.

Estudo realizado com o banco de dados da Pesquisa sobre os padrões de Vida (PPV), em 2003, do IBGE, que teve como objetivo avaliar as condições de vida da população e dados de antropometria, das regiões Nordeste e Sudeste do país, observou que a prevalência de obesidade em adultos foi de

9,7%, e que o sexo feminino apresentava tendência maior de desenvolver obesidade (ABRANTES;LAMOUNIER;COLOSIMO, 2003).

No estudo de Souza e colaboradores (2007), entre funcionários de unidades de saúde do município de Teresinha, Piauí, que constatou decréscimo na prevalência de obesidade quando os indivíduos apresentavam uma renda superior a 5 salários mínimos ( $p < 0,001$ ), e aumento, em indivíduos com baixa escolaridade, além de associação negativa com o fumo. Os ex-fumantes ou os que não fumavam, apresentaram maior prevalência de obesidade ( $p < 0,01$ ).

O estudo de Teichmann e colaboradores (2006), com o objetivo de identificar a prevalência e os fatores de risco para sobrepeso e obesidade nas mulheres de São Leopoldo, RS, Brasil, revelou que o risco de obesidade foi maior nas mulheres de 50 a 60 anos (19,6%), sendo observado que o aumento da obesidade se inicia aos 40 anos (42,9%), inseridas nas classes econômicas mais baixas (40,3%), com 5 ou mais filhos (57,4%), e com baixa escolaridade.

Gigante, Moura e Sardinha (2009), em uma pesquisa realizada com indivíduos entrevistados pelo Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), realizado em capitais Brasileiras e no Distrito Federal, em 2006, encontraram características similares a este estudo, em relação aos fatores de risco para a obesidade, como: escolaridade, situação conjugal, idade e doenças crônicas não-transmissíveis. Entre os homens, a escolaridade inferior foi fator de proteção para a obesidade, enquanto que, para as mulheres, foi o inverso. A obesidade foi mais frequente em indivíduos de mais idade e em homens viúvos. E as doenças crônicas (diabetes, hipertensão e dislipidemia), foram mais prevalentes nos portadores de obesidade. Lembrando que, para a seleção da amostra, um em cada dez indivíduos se autorreferiu obeso.

Em estudo realizado em 2003, Carneiro e colaboradores avaliaram o impacto da obesidade e da distribuição corporal sobre o risco cardiovascular, observando-se que indivíduos classificados como obesos apresentaram maior prevalência de hipertensão, diabetes e hipercolesterolemia. Uma pesquisa envolvendo trabalhadores de uma indústria em Rio Claro mostrou, também,

correlação positiva entre excesso de peso e idade entre a sua população de estudo, com o aumento de pressão arterial, o que, conseqüentemente, poderá evoluir para problemas cardiovasculares (QUEIROBA et al.,2009). Na avaliação de um estudo de caráter transversal de base populacional, faixa etária de 20 a 59 anos, da zona urbana, em Lages-SC, identificaram-se, como fatores de risco elevado para o aumento da pressão, a idade mais avançada ( $p < 0,001$ ) e a obesidade (RP=1,9) (LONGO et al., 2009).

O estudo apresentou alguns limites, um dos principais, o desenho de corte transversal, que não permite estabelecer uma relação temporal entre causa e efeito, devido ao fato que o mesmo faz um delineamento destes determinantes em um mesmo momento (MEDRONHO, 2006). Outro fator limitante é a possibilidade de surgimento de viés de prevalência e de sobrevivência, pois esse tipo de estudo fornece dados de casos já existentes, o que não permite incluir óbitos ou curas (PEREIRA, 1995).

Os aspectos metodológicos (instrumentos de coleta de dados e critérios diagnósticos) podem ter influenciado na identificação de casos, uma vez que o banco de dados aqui utilizado não foi desenhado especificamente para analisar a obesidade e fatores de risco. Lembrando que este estudo foi um recorte do banco de dados do projeto “mãe”, citado anteriormente.

Neste estudo, foi considerada a obesidade autorreferida. A literatura relata que a melhor forma de diagnosticar a obesidade é através do Índice de Massa Corporal, definido pelo peso dividido pela estatura ao quadrado ( $P/E^2$ ). No entanto, alguns estudos, já avaliaram positivamente a relação de peso e estatura autorreferida, quando comparadas com as aferições dos pesquisadores (SILVEIRA et al.,2005;JUNIOR, 2007).

Fonseca e colaboradores (2004) verificaram, em um estudo longitudinal, com funcionários públicos de uma universidade no Rio de Janeiro, a especificidade e a sensibilidade de estatura e peso autorreferidos pelos indivíduos do estudo, e observaram alta concordância entre a aferição e a informação do peso e da estatura.

Outro estudo tipo transversal, que avaliou a autoaferição de medidas, foi realizado em Goiânia, apesar de homens e mulheres terem superestimado a

altura, não houve diferença entre o peso referido e o aferido. Mais uma vez, houve alta especificidade e sensibilidade, das medidas. Os autores concluem então que, em estudos epidemiológicos que visam avaliar a prevalência de excesso de peso populacional as medidas autorreferidas constituem informações fidedignas (PEIXOTO; BENICIO; JARDIM, 2006).

Apesar das limitações, a maioria dos resultados desta pesquisa puderam ser comparados com os de outras pesquisas, o que demonstra a validade dos estudos epidemiológicos utilizando a praticidade de coletar dados autorreferidos.

Assim sendo, este estudo, poderá servir de base para mais estudos, projetos e planejamentos que enfoquem a obesidade em Feira de Santana-Ba. Sendo inerente a realização de outros estudos para que hipóteses etiológicas aqui levantadas possam ser testadas de forma mais confiável.

## CONCLUSÕES

A prevalência de obesidade no estudo foi comparada com os resultados de prevalência de obesidade a nível nacional. Verifica-se que a depender da região esses valores podem diferenciar-se, no entanto observa-se que a mesma ocorre em maiores proporções no sexo feminino, em indivíduos de baixa renda, baixa escolaridade e em mulheres com cinco ou mais gestações, e ainda naqueles que são sedentários.

Estudos sobre a obesidade vêm sendo realizados visando caracterizá-la e fornecer um quadro de sua evolução. Observa-se uma grande preocupação com o controle dessa patologia quando comparada à preocupação, anos atrás, relativa ao combate da desnutrição. Mesmo assim, existe a necessidade de informações mais detalhadas das boas práticas alimentares e o incentivo à atividade física.

Os resultados relatados deverão servir de advertência para que se tomem medidas de promoção, prevenção e controle de obesidade em Feira de Santana-Ba. A ação de projetos e de campanhas educativas que visem reforçar a necessidade de mudanças nos hábitos alimentares, dentre outras, certamente promoverá uma melhor qualidade, conseqüentemente, uma maior expectativa de vida para a população do município.

## REFERÊNCIAS

ABRANTES, M. M.; LAMOUNIER, J. A.; COLOSIMO, E. A.. Prevalência de sobrepeso e obesidade nas regiões Nordeste e Sudeste do Brasil. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 49, n. 2, jun. 2003.

ALMEIDA, R. T. de; ALMEIDA, M. M. G. de; ARAÚJO, T. M. Obesidade abdominal e risco cardiovascular: desempenho de indicadores antropométricos em mulheres. **Arq. Bras. Cardiol.** N.92, v.5, p.375-380, 2009.

BATISTA FILHO, M.; RISSIN, A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v.19, n.1, p. 181-191, 2003.

BERNARDI, F.; CICHELERO, C.; VITOLO, M. R. Comportamento de restrição alimentar e obesidade. **Rev. Nutr.**, Campinas, vol.18, nº 1 janeiro - fevereiro , p. 85-93, 2005.

CAIRES, NOÉLIA FONSECA RAMOS. **Sobrepeso e obesidade entre os funcionários da Universidade Estadual de Feira de Santana**, 2004. 200f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)-Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2005.

CARNEIRO, G. et al . Influência da distribuição da gordura corporal sobre a prevalência de hipertensão arterial e outros fatores de risco cardiovascular em indivíduos obesos. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 49, n. 3, set. 2003.

CERVATO, A.M. et al. Dieta habitual e fatores de risco para doenças cardiovasculares. **Rev Saúde Pública**, 1997.

COUTINHO, D.C., et al. Condições nutricionais da população brasileira: adultos e idosos. **Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição**, MS/INAM. Brasília, 1991.

FONSECA, M. de J. M. da, et al . Validade de peso e estatura informados e índice de massa corporal: estudo pró-saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 3, jun. 2004.

FRANCISCHI, R. P. P. de . Obesidade: atualização sobre a sua etiologia, morbidade e tratamento. **Rev. Nutr.**, vol.13, nº 1, jan - abr., p. 17-29, 2000.

GIGANTE, D. P., et al. Prevalência de obesidade em adultos e seus fatores de risco. **Rev Saúde Pública**, 1997.

GIGANTE, D. P.; MOURA, E.C. de; SARDINHA, L. M. V.. Prevalência de excesso de peso e obesidade e fatores associados, Brasil, 2006. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, 2009.

GOLBERG, R. B. Prevention and Tratamento of Diabetes and Its Complications. Prevention of Type 2 Diabetes. **Med Clin North Am.** V. 82, n.4, July, 1998.

GUS I., FISCHMANN, A., MEDINA, C. Prevalência dos fatores de risco da doença coronariana no Estado do Rio Grande do Sul. **Arq Bras Cardiol**, 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa de orçamentos familiares 2002-2003: Análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil.** Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2002/pof2002.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2008.

JAMES, W.P.T. et al. Effect of sibutramine on weight maintenance after weight loss: a randomized trial. **The Lancet**, v.356, p.2119-2125, 2000.

JUNIOR, J. C. de F. Validade das medidas auto-referidas de peso e estatura para o diagnóstico do estado nutricional de adolescentes. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, vol.7, nº 2, p. 167-174, abr. / jun., 2007.

KAC, G. VELÁSQUEZ-MELENDEZ, G. A transição nutricional e a epidemiologia da obesidade na América Latina. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v.19, sup. 1, p.4-5, 2003.

LERARIO, D. D. G; GIMENO, S. G.; FRANCO, L. J.; IUNES, M.; FERREIRA, S. R. G. Excesso de peso e gordura abdominal para a síndrome metabólica em nipo-brasileiros. **Rev. Saúde Pública.** , Vol. 36, nº 1 p.4-11, 2002.

LIMA, D. E. Da R. **Fatores de risco para doença arterial coronariana em funcionárias de ensino superior.** 2004. 120f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)- Universidade Estadual de Feira de Santana-Bahia, Feira de Santana, 2004.

LONGO, G. Z. et al. Prevalencia de níveis pressóricos elevados e fatores associados em adultos de Lages/SC. **Arq. Bras. Cardiol.** Vol.93, nº4. São Paulo, oct. 2009.

LOPES, F., BUCHALLA, C. M., AYRES, J.R. de C. M. Mulheres negras e não negras e vulnerabilidade ao HIV/AIDS no estado de São Paulo, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, vol. 41, supl.2, p.39-46, 2007.

MAGINNIS, J. M. The public health burden of a sedentary lifestyle. **Medicine and Science in Sports and Exercise (MSSE).** V.24, Supl.6, p.S196-S200, 1992



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

Monteiro CA, et al. What has happened in terms of some of the unique elements of shift in diet, activity, obesity, and other measures of morbidity and mortality within different regions of the world? Is obesity replacing or adding to undernutrition? Evidence from different social classes in Brazil. **Public Health Nutr**, 2002.

OBESIDADE: prevenindo e controlando a epidemia global: relatório da consultoria da OMS. São Paulo: Roca, 2004.

PEIXOTO, M.do R. G. ; BENICIO, M. H. D'Aquino; JARDIM, P. C. B. V.. Validade do peso e da altura auto-referidos: o estudo de Goiânia. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 6, dez. 2006.

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

QUEIROBA, M. R. et al. Efeitos da idade e dos indicadores de obesidade na pressão arterial de trabalhadores. **Motriz**, Rio Claro, v.15, n.3, p.631-640, jul./set., 2009.

SAWAYA, A. L. ROBERTS, S. Studing and future risk of obesity: principal physiological mechanisms. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.19, sup. 1, p.21-28, 2003.

SICHIERI, R. Dietary patterns and their associations with obesity in the Brazilian city of Rio de Janeiro. **Obes Res**, 1996.

SILVEIRA, Erika Aparecida da et al . Validação do peso e altura referidos para o diagnóstico do estado nutricional em uma população de adultos no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, fev. 2005.

SOUZA, L. J. de, et al. Prevalência de obesidade e fatores de risco cardiovascular em Campos, Rio de Janeiro. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.**, vol 47, nº 6, 2003.

SOUSA, R. M. R. de P. et al . Prevalência de sobrepeso e obesidade entre funcionários plantonistas de unidades de saúde de Teresina, Piauí. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 20, n. 5, out. 2007.

TEICHMANN, L. et al . Fatores de risco associados ao sobrepeso e a obesidade em mulheres de São Leopoldo, RS. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 9, n. 3, set. 2006.

WHO Consultation on Obesity. Obesity: prevention and managing: The Global epidemic. **Report of a WHO Consultation on Obesity**. Geneva, 3-5 June 1998.

**Tabela 1:** Caracterização da população de 20 a 59 anos da zona urbana segundo características sócio-demográficas, hábitos de vida e doenças autorreferida, Feira de Santana, Bahia, 2007.

Variáveis (N)	n	%
<b>Sexo (2.506)</b>		
Feminino	1844	73,58
Masculino	662	26,43
<b>Faixa etária (2.506)</b>		
20 a 29 anos	873	34,83
30 a 39 anos	650	25,93
40 a 49 anos	547	21,82
50 a 59 anos	436	17,42
<b>Situação Conjugal (2.492)</b>		
Casado/união estável	1423	57,07
Solteiro	781	31,34
Divorciado/desquitado	181	7,26
Viúvo	107	4,33
<b>Renda mensal(2.505)</b>		
≤1 salário mínimo*	1959	78,20
>1 salário mínimo*	546	21,80
<b>Escolaridade (2.499)</b>		
Fundamental I/II	1116	44,65
Ensino médio/superior	1302	52,10
Nunca foi a escola/lê e escreve	81	3,25
<b>Raça (2.374)</b>		
Negra	1958	82,47
Não negra	416	17,53
<b>Hábitos de vida</b>		
<b>Atividade física (2.133)</b>		
Leve	1453	68,12
Moderada	557	26,11
Intensa	123	5,77
<b>Fumante (2.502)</b>		
Não	2151	85,97
Sim	351	14,03
<b>Etilismo (2505)</b>		
Não	1676	66,90
Sim	829	33,10
<b>Doenças auto-referidas</b>		
<b>Obesidade (2.504)</b>		
Não	2287	91,33
Sim	217	8,67
<b>Hipertensão (2.503)</b>		
Não	1999	79,86
Sim	504	20,14
<b>Diabetes( 2.504)</b>		
Não	2437	97,32
Sim	67	2,68

\*salário mínimo (SM) na época=R\$ 380,00 (trezentos e oitenta reais)/ n= numero de indivíduos da população para determinada variável.

**Tabela 2:** Prevalência de obesidade (%), razões de prevalência e seus respectivos intervalos, e seus fatores de riscos (sócio-demográficos e comportamentais) entre a população de 20 a 59 anos da zona urbana de Feira de Santana, BA, 2007.

Variáveis	Obesidade			
	Prev.(%)	RP	IC	Valor de p <sup>1</sup>
<b>Sexo</b>				
Feminino	9,98	2,00	1,36-2,93	0,000
Masculino	4,99	*	*	
<b>Faixa etária</b>				
20 a 29 anos	6,30	*	*	0,350
30 a 39 anos	8,15	1,29	0,87-1,90	0,193
40 a 49 anos	12,24	1,94	1,33-2,81	0,700
50 a 59 anos	6,65	1,05	0,69-1,59	0,817
<b>Situação conjugal</b>				
Casado/união estável	9,71	1,54	1,10-2,15	0,077
Solteiro	6,53	*	*	
Divorciado/desquitado	9,94	1,52	0,86-2,67	
Viúvo	8,41	1,28	0,61-2,68	
<b>Renda mensal</b>				
≤1 salário mínimo*	8,68	*	-	0,977
>1 salário mínimo*	8,60	1,00	-	
<b>Escolaridade</b>				
Fundamental I/II	9,78	1,26	0,95-1,67	0,211
Ensino médio/superior	7,75	*	*	
Nunca foi a escola/lê e escreve	8,64	1,11	0,49-2,47	
<b>Raça</b>				
Negra	8,68	*	*	0,452
Não negra	8,91	1,02	0,70-1,48	
<b>Atividade física</b>				
Leve	8,88	3,65	1,14-11,64	0,041
Moderada	7,89	3,24	0,98-10,61	
Intensa	2,43	*	*	
<b>Fumante</b>				
Sim	5,71	*	*	0,04
Não	9,06	1,58	0,98-2,54	
<b>Etilismo</b>				
Sim	6,87	*	*	0,076
Não	9,55	1,39	1,01-1,90	

\*salário mínimo da época: R\$ 380, 00/ Prev.(%):porcentagem de prevalência; RP: Razão de prevalência; IC: intervalo de confiança; Valor de p<sup>1</sup>: teste qui quadrado.

**Tabela 3:** Prevalência de doenças autorreferidas (%), razões de prevalência e seus respectivos intervalos, entre os indivíduos portadores de obesidade, na população adulta da zona urbana, Feira de Santana, Bahia, 2007.

Variáveis	Obesidade			Valor de p <sup>1</sup>
	Prev.(%)	RP	IC	
<b>Doença da tireóide</b>				
Sim	6,91	3,37	1,85-6,13	0,000
Não	2,05	*	*	
<b>Hipertensão</b>				
Sim	18,88	3,12	2,33-4,16	0,000
Não	6,05	*	*	
<b>Cardiopatia</b>				
Sim	22,11	2,76	1,69-4,48	0,000
Não	8,04	*	*	
<b>Diabetes</b>				
Sim	26,86	3,35	1,91-5,86	0,000
Não	8,00	*	*	
<b>Colesterol alto</b>				
Sim	26,84	4,07	2,94-5,61	0,000
Não	6,59	*	*	
<b>Câncer</b>				
Sim	36,36	4,27	1,23-14,70	0,000
Não	8,51	*	*	

Prev.(%): porcentagem de prevalência; RP: Razão de prevalência; IC: intervalo de confiança; Valor de p<sup>1</sup>: teste qui quadrado.

**Tabela 4:** Prevalência (%) de obesidade segundo sexo, situação conjugal, faixa etária, renda e escolaridade, razões de prevalência e seus respectivos intervalos, na população de 20 a 59 anos da zona urbana, Feira de Santana, Bahia, 2007

Variáveis	Obesidade			
	Prev.(%)	RP	IC	Valor de p <sup>1</sup>
<b>Sexo</b>				
<b>Feminino</b>				
Casado/união estável	11,04	1,39	0,96-2,00	<0,01
Solteiro	7,93	*	*	
Divorciado/desquitado	11,34	1,43	0,77-2,62	
Viúvo	8,00	1,00	0,45-2,19	
<b>Masculino</b>				
Casado/união estável	5,89	1,76	0,77-4,02	<0,01
Solteiro	3,34	*	*	
Divorciado/desquitado	5,00	1,49	0,30-7,28	
Viúvo	14,28	4,27	0,45-39,76	
<b>Feminino</b>				
20 a 29 anos	7,84	*	*	<0,01
30 a 39 anos	8,95	1,14	0,75-1,73	
40 a 49 anos	14,55	1,85	1,24-2,75	
50 a 59 anos	9,66	1,23	0,78-1,93	
<b>Masculino</b>				
20 a 29 anos	2,41	*	*	<0,01
30 a 39 anos	6,07	2,51	0,91-6,91	
40 a 49 anos	4,95	2,05	0,64-6,48	
50 a 59 anos	9,52	3,95	1,39-11,17	
<b>Feminino</b>				
≤1SM*	8,46	5,60	3,65-8,57	<0,01
>1SM*	1,51	*	*	
<b>Masculino</b>				
≤1SM*	2,12	1,35	0,77-3,18	<0,01
>1SM*	2,87	*	*	
<b>Feminino</b>				
Fundamental I/II	5,22	1,17	0,92-1,48	<0,01
Ensino Médio/superior	4,46	*	*	
Nunca foi/Lê e escreve	0,32	13,93	5,83-33,28	
<b>Masculino</b>				
Fundamental I/II	1,97	1,46	0,71-3,00	<0,01
Ensino Médio/superior	2,88	*	*	
Nunca foi/Lê e escreve	0,15	19,20	2,42-152,04	

\*Salário mínimo da época da pesquisa R\$ 380,00/

Prev.(%): porcentagem de prevalência; RP: Razão de prevalência; IC: intervalo de confiança; Valor de p<sup>1</sup>: teste qui quadrado.

**Tabela 5:** Prevalência (%) de obesidade entre numero de gestações, razões de prevalência e seus respectivos intervalos, na população adulta da zona urbana, Feira de Santana, Bahia, 2007

Variáveis	Obesidade			
	Prev.(%)	RP	IC	Valor de p <sup>1</sup>
<b>Numero de gestações</b>				
Sem filhos	8,27	*	*	<0,01
1 filho	8,50	1,02	0,48-2,13	
2 filhos	10,15	1,22	0,78-1,90	
3 filhos	9,72	1,17	0,57-2,39	
4 ou mais filhos	12,47	1,50	0,77-2,92	

Prev.(%):porcentagem de prevalência; RP: Razão de prevalência; IC: intervalo de confiança; Valor de p<sup>1</sup>: teste qui quadrado.

**4 Artigo 2****TRANSTORNOS ALIMENTARES NA POPULAÇÃO DE 20 A 59 ANOS DE  
FEIRA DE SANTANA-BA, 2007**

EATING DISORDERS IN POPULATION FROM 20 - 59 YEARS OF FEIRA DE  
SANTANA CITY, BAHIA, 2007

**Morgana Teixeira Lima Mascarenhas**

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Estadual de  
Feira de Santana (UEFS)  
e-mail: [mlimanutri@yahoo.com.br](mailto:mlimanutri@yahoo.com.br)

**Maura Maria Guimarães de Almeida**

Núcleo de Epidemiologia, Departamento de Saúde, Universidade Estadual de  
Feira de Santana (UEFS)  
e-mail: [mesauco@uefs.br](mailto:mesauco@uefs.br)

**Tânia Maria de Araújo**

Núcleo de Epidemiologia, Departamento de Saúde, Universidade Estadual de  
Feira de Santana (UEFS)  
Email: [araujo.tania@uefs.br](mailto:araujo.tania@uefs.br)

**Ana Paula Kalil Prisco**

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Estadual de  
Feira de Santana (UEFS)  
Email: [anapaula\\_kalil@hotmail.com](mailto:anapaula_kalil@hotmail.com)

**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-Ba

## RESUMO

### Objetivo

Estimar a prevalência de transtornos alimentares (bulimia nervosa e transtorno de compulsão alimentar periódica) e fatores de risco na população de 20 a 59 anos de Feira de Santana-BA.

### Método

Estudo epidemiológico de corte transversal descritivo, com amostra de 2.506 indivíduos da zona urbana de Feira de Santana-Ba, na faixa etária de 20 a 59 anos. O instrumento utilizado para a coleta de dados foi o questionário individual contendo questões sociodemográficas, atividades de lazer, obesidade autorreferida, incluindo os transtornos alimentares (bulimia nervosa-BN e transtorno de compulsão alimentar periódica-TCAP).

### Resultados

Na população em estudo, houve predominância do sexo feminino (73,5%), faixa etária de 20 a 29 anos (34,83%), casados (57,07%), raça negra (82,47%) e ensino médio (44,97). Cerca de 5,03% desses indivíduos foram supostamente identificados como portadores de TCAP e 1,0% de BN. Observou-se maior prevalência de TCAP entre os indivíduos do sexo feminino (5,26%), faixa etária de 20 a 29 anos (7,1%), solteiros (5,63%), renda mensal inferior a um salário mínimo (5,51%). Com relação a BN, predominaram os mais jovens (1,6%), os casados/união estável (1,19%), os que possuíam renda mensal superior a um salário mínimo (1,46%), os negros (1,12%), indivíduos que não realizavam atividade de lazer (1,08%). Indivíduos que se autorreferiram obesos apresentaram taxas mais elevadas com relação aos transtornos alimentares: TCAP (13,36%) e BN (2,76%).

### Conclusões

Os resultados deste estudo reforçam a necessidade de ampliação de ações voltadas para o tratamento dos transtornos alimentares (TCAP e BN), especialmente, os de cunho preventivo. Importante se torna o apoio interdisciplinar, tendo em vista a possibilidade de propor modificações no comportamento dos indivíduos. E em especial, os obesos que se destacaram por apresentarem maiores prevalências de TCAP e BN. Considera-se pertinente a realização de estudos posteriores junto a essa parcela da população.

### Palavras –chave

Transtornos alimentares. Bulimia nervosa. Transtorno de compulsão alimentar periódica. Hábitos de vida. Obesidade



## ABSTRACT

### Objective

Estimate the prevalence of alimentary upheavals (bulimia nervosa and upheaval of periodic alimentary compulsion) and factors of risk in the population of 20 to 59 years of Feira de Santana-BA.

### Method

Epidemiological Study of descriptive transversal cut, with sample of 2.506 individuals of the urban zone of Feira de Santana-Ba, in the age band of 20 to 59 years. The instrument used for the collection of data was the individual questionnaire contains sociodemographic questions, activities of leisure, autorefered obesity, including the upheavals alimentary (bulimia nervosa BN and upheaval of periodic-TCAP alimentary compulsion).

### Results

In the population of the study, it had predominance of the feminine sex (73,5%), age band of 20 to 29 years (34,83%), married (57,07%), black race (82,47%) and average education (44,97). About 5.03% of these individuals supposedly had been identified as carrying of TCAP and 1.0% of BN. bigger prevalence of TCAP between the individuals of the feminine sex was observed (5,26%), age band of 20 to 29 years (7,1%), bachelors (5.63%), inferior monthly income a minimum wage (5,51%). With regard to BN, they had predominated youngest (1,6%), the steady union/married (1,19%), the ones that possess superior monthly income to a minimum wage (1,46%), the blacks (1,12%), individuals that did not carry through activity of leisure (1,08%). Individuals that if autorefered obese had presented higher taxes with relation to the alimentary upheavals: TCAP (13,36%) and BN (2,76%).

### Conclusions

The results of this study strengthen the necessity of magnifying and actions directed toward the treatment of the alimentary upheavals (TCAP and BN), especially, of preventive matrix. Important if it becomes the support to interdisciplinary, in view of possibility to consider modifications in the behavior of the individuals. And in special, the obese that if had detached for presenting greater prevalence and TCAP and BN. Considers pertinent the accomplishment of posterior studies together to this parcel of the population.

### Keywords

Alimentary upheavals. Nervous Bulimia. Upheaval of periodic alimentary compulsion. Habits of life. Obesity.

## INTRODUÇÃO

O comportamento alimentar é um fenômeno complexo intimamente relacionado com a ingestão de alimentos e os estímulos internos e externos, ou seja, envolve fatores orgânicos, fisiológicos, psicológicos e sociais. O ato de comer para o humano transcende o valor nutritivo e as características sensoriais do alimento (SOUTO; FERRO-BUCHER, 2006).

A alimentação é vista como sendo de fundamental importância para manter o suprimento de energia do nosso organismo. No entanto, alimentar-se é um comportamento aprendido, passível de modificações positivas ou negativas. A etiologia dos transtornos alimentares é multifatorial e alguns fatores relevantes, podem associar-se às alterações do comportamento alimentar e a regulação do peso (NEGRÃO, 2004).

Os Transtornos Alimentares (TA) são síndromes comportamentais cujos critérios diagnósticos têm sido amplamente estudados nos últimos 30 anos. São descritos como transtornos e não como doenças por ainda não se conhecer bem sua etiopatogenia. Os atuais sistemas classificatórios de transtornos mentais, DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual*) e CID-10 (Classificação Internacional de Doenças), ressaltam duas manifestações clínicas principais: a Anorexia Nervosa (AN) e a Bulimia Nervosa (BN) (CLAUDINO; BORGES, 2002).

Apesar de classificados separadamente, os dois transtornos (BN e AN) acham-se intimamente relacionados por apresentarem uma psicopatologia em comum: uma idéia prevalente envolvendo a preocupação excessiva com o peso e a forma corporal (medo de engordar), que leva os pacientes a se engajarem em dietas extremamente restritivas ou a utilizarem métodos inapropriados para alcançarem o corpo idealizado. Os pacientes costumam julgar a si mesmos baseando-se quase que exclusivamente em sua aparência física, com a qual se mostram sempre insatisfeitos (CLAUDINO; BORGES, 2002). Em diversos estudos, os indivíduos que apresentam estes transtornos são geralmente mulheres adolescentes e adultas jovens, que se encontram com uma angústia incessante de ter um corpo perfeito, idealizado pela mídia.

Muitas vezes são realizadas restrições severas, com o intuito de reduzir as calorias e, conseqüentemente, perder peso. A ausência da qualidade da alimentação pode comprometer a saúde desses indivíduos, evoluindo para carências nutricionais, principalmente de macro e micronutrientes.

Segundo Mattos (2007), os TA podem se manifestar de diversas formas, intensidades e gravidades e geralmente, estão atrelados à perda ou ao ganho de peso corporal e a dificuldades emocionais. Existe uma variação dos sintomas desde uma preocupação excessiva com o peso e a forma corpórea – que leva as pessoas a se engajarem em dietas extremamente restritivas ou utilizarem métodos inapropriados para perda de peso - até situações de ingesta exagerada de alimentos que não visam apenas saciar a fome, mas atendem a uma série de estados emocionais ou situações estressantes.

Além da BN e AN, tem-se o transtorno de compulsão alimentar periódica (TCAP) que se caracteriza, por episódios recorrentes, incontroláveis e perturbadores de compulsão alimentar, porém, sem os comportamentos compensatórios como aqueles observados na BN. Embora não se encontre limitado aos indivíduos obesos, é um diagnóstico frequentemente observado entre eles, especialmente entre aqueles que procuram tratamento para perder peso (APPOLINARIO, 2004).

Embora não haja distúrbios psiquiátricos específicos associados à obesidade, os pacientes obesos que procuram tratamento para perder peso apresentam um alto índice de morbidade. Cerca de 15% desses pacientes sofrem de desordens alimentares. A detecção de tais desordens é particularmente importante, pois elas podem interferir no resultado do tratamento da obesidade. A imagem corporal pode ser alterada em indivíduos obesos, devido às mudanças frequentes no peso corporal desses indivíduos que se submetem constantemente a vários tratamentos para perder peso. A associação de insatisfação com a imagem corporal e as alterações de comportamento alimentar é constante nesses indivíduos, que, muitas vezes, tornam-se depressivos e/ou ansiosos, agravando as suas condições fisiológicas (MATOS et al.,2002).

A ingestão alimentar, em diferentes condições emocionais, parece ocorrer mais evidentemente na vigência de excesso de peso, pois os indivíduos obesos consomem mais alimentos em situação de estresse emocional. Essa

teoria, chamada de Modelo Psicossomático da Obesidade, proposta por Faith e colaboradores (1997), afirma que as pessoas obesas, principalmente do gênero feminino, comem excessivamente como mecanismo compensatório em situações de ansiedade, depressão, tristeza e raiva (BERNARDI; CICHELERO; VITOLO, 2005).

Episódios de compulsão alimentar não ocorrem apenas em indivíduos obesos, e a obesidade não é considerada como critério de diagnóstico para o TCAP. Entretanto, observa-se que um elevado número de calorias extras ingeridas por episódio e a frequência com que ocorre, geralmente acarretam excesso de peso. A intersecção entre TCAP e obesidade faz supor que as comorbidades físicas e os fatores de risco associados ao peso corporal elevado estejam presentes em pessoas com esse transtorno. (PASSOS; STEFANO; BORGES, 2007, p.62).

O presente estudo teve como objetivo estimar a prevalência de comportamentos sugestivos de TA (BN e TCAP) na população de 20 a 59 anos de idade da zona urbana de Feira de Santana-Ba, avaliando sua ocorrência segundo características sócio-demográficas e percepção corporal. Os resultados poderão contribuir para uma reflexão acerca do tratamento dos TA, com base em estudo populacional. Sob esse aspecto, a pretensão consiste em fornecer subsídios para a elaboração de programas de apoio periódico e reeducação, voltada, mais especificamente, para os aspectos relacionados aos hábitos de vida.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizado estudo epidemiológico de corte transversal descritivo. Os estudos de corte transversal caracterizam-se pela avaliação simultânea de exposição e doença em um ponto do tempo ou num período curto de tempo. O tipo mais comum de estudo seccional é o pontual, em que a prevalência de determinado fator na população é medida num único momento (PEREIRA, 1995).

Do banco de dados no Núcleo de Epidemiologia (NEPI) do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), criado a partir da pesquisa: “Caracterização de Saúde Mental em Feira de Santana, Ba, Brasil, 2007”, foi feito um recorte sendo selecionada uma amostra representativa da população adulta urbana de Feira de Santana, Bahia.

Na pesquisa original, a seleção das áreas foi feita com base em 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. Conforme os critérios de inclusão adotados, participaram do estudo indivíduos de ambos os sexos, com idade maior ou igual a 15 anos, residentes na zona urbana de Feira de Santana-Ba. Conforme os critérios de inclusão adotados, participaram do estudo atual indivíduos de ambos os sexos, com idade de 20 a 59 anos de idade, residentes na zona urbana de Feira de Santana-BA.

Os dados utilizados foram do questionário individual, que continham informações sobre condições socioeconômicas, hábitos de vida (atividade de lazer, etilismo, tabagismo, obesidade autorreferidas, raça, incluindo questões referentes aos transtornos alimentares (TCAP e BN)).

Os indivíduos que se consideravam pretos e pardos formaram o grupo de indivíduos negros e aqueles que se autorreferiram indígenas, amarelos e brancos compuseram o grupo dos não-negros, tendo como base o estudo de Lopes e colaboradores (2007).

A estimativa dos TA foi realizada através de dois grupos de questões que compõem o bloco sobre alimentação, do *Patient Health Questionnaire* (PHQ), perfazendo um total de sete questões com respostas dicotômicas (sim/não). No grupo I, as questões são comuns para Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica (TCAP) e Bulimia Nervosa-BN: “Você normalmente sente que não consegue controlar o que você come e quanto come?”, “Você frequentemente 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 frequência de duas vezes na semana pelos últimos três meses?”. No grupo II, as questões são 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 especificamente para deixar de ganhar peso depois de comer exageradamente?” (PRISCO, 2009).

Considerou-se caso de TCAP, os indivíduos que responderam afirmativamente todas as questões do grupo I. Nos casos da BN, o critério foi a resposta afirmativa para as três questões do grupo I e, pelo menos, para mais uma questão do grupo II (GRUCZA; PRYBECK; CLONINGER, 2007). O PHQ mostrou-se um questionário de alta especificidade( 89%) e sensibilidade (94%),para a avaliação de TCAP e BN, segundo estudo de validação realizado por Spitzer, Koenke e Willinas (1999).

Na análise dos dados, inicialmente foi realizada a caracterização da população estudada. Em seguida, foram estimadas as prevalências de transtornos alimentares. As possíveis associações entre os transtornos e as variáveis de interesse analisadas partir de cálculos 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 os cálculos foram utilizados os programas estatísticos “Statistical Package for the Social Sciences-SPSS”, versão 9.0 for Windows e o R Console, versão 2.6.2.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa com seres humanos da Universidade Estadual de Feira de Santana, que atendeu a resolução 196/96, protocolo nº 202/2009 (CAAE 0210.0.059.000-09).

## RESULTADOS

Dos 2.506 indivíduos estudados, 73,5% eram do sexo feminino, 34,8% estavam na faixa etária de 20 a 29 anos, 52,1% eram casados/união estável e 78,2% tinham renda mensal inferior a um salário mínimo. Com relação a escolaridade, 44,97% encontravam-se no ensino médio, apenas 7,12% com nível superior. Negros (82,47%), praticavam atividade física leve (68,12%), fumantes (14,02%), etilistas (33,09%), obesos (8,66%). Não houve associação estatisticamente significativa entre atividade de lazer e TCAP. A frequência de insatisfação com a imagem corporal nos indivíduos estudados foi de 18,90% (Tabela 1), sendo maior entre as mulheres (22,14%) do que entre os homens (9,90%).

Referente aos TA, observou-se que 5,02% da população estudada foram considerados suspeitos de TCAP e 1,00% de BN. Além disso, 18,90% relataram insatisfação com o peso e a aparência (Tabela 1).

Foram associadas estatisticamente aos TCAP, as variáveis faixa etária, renda mensal e obesidade. Houve maior prevalência deste TA na faixa etária de 20 a 29 anos (7,10%), seguida da faixa etária de 30 a 39 anos (4,61%), nos indivíduos que tinham renda mensal abaixo de um salário mínimo (5,51%), apresentando 1,67 vezes maior quando comparados com os de renda superior a um salário mínimo e entre os indivíduos obesos (13,36%). Para as variáveis sexo e situação conjugal, apesar de não ser verificada significância estatística, o TCAP, foi mais prevalente no sexo feminino (5,26%) e entre os solteiros (5,63%) (Tabela 2).

Com relação a BN, foi observado significância estatística às variáveis faixa etária e obesidade. Os indivíduos na faixa etária de 20 a 29 anos (1,60%) tiveram maiores prevalências para o desenvolvimento de BN, bem como os indivíduos obesos (2,76%). Para as demais variáveis (sexo, situação conjugal, renda mensal, escolaridade, raça, atividade de lazer) analisadas não foi detectada associações estatisticamente significantes. No entanto, os solteiros apresentaram 1,33 vezes maior probabilidade de desenvolverem esse TA,



quando comparados com os casados. Os negros apresentaram 2,33 vezes maior probabilidade do que os não-negros. Os que não praticavam atividade de lazer, tiveram 2,07 vezes maior prevalência quando comparados com aqueles que praticavam atividade de lazer. Indivíduos com ensino médio apresentaram 1,30 vezes maior prevalência, quando comparados com os de nível superior. Indivíduos com renda superior a um salário mínimo apresentaram 1,36 vezes maior probabilidade do que os que tinham renda igual ou inferior a um salário mínimo, e entre os obesos, 2,76 vezes maior prevalência, em relação aos não-obesos (Tabela 2).

Observando a faixa etária em ambos os transtornos (TCAP e BN), detectou-se uma maior prevalência para a faixa etária de 20 a 29 anos, respectivamente, 7,10% e 1,60%, ou seja, 2,81 vezes mais ( $p < 0,01$ ) probabilidade de desenvolver TCAP, quando comparados com os indivíduos da faixa etária de 50 a 59 anos e 2,96 vezes mais de desenvolver BN, em comparação com a faixa etária de 40 a 49 anos de idade, visto que não houveram indivíduos suspeitos de desenvolver BN na faixa etária de 50 a 59 anos (Tabela 2).

As mulheres obesas apresentaram prevalência de 2,80 e 3,47 vezes maior de desenvolver TCAP e BN, respectivamente (Tabela 3). Bem como, observou-se, entre elas maior prevalência de transtornos na faixa etária de 20 a 29 anos, em comparação com idade acima de 40 anos (Tabela 3).

A frequência de insatisfação com a imagem corporal nos indivíduos estudados foi de 18,90% (Tabela 1), sendo maior entre as mulheres (22,14%) do que entre os homens (9,90%).

A associação dos TA com a percepção de peso e aparência apontou a prevalência de 12,44% para TCAP e 2,97% para BN. Ou seja, a prevalência de TCAP foi 4,69 vezes maior entre os indivíduos que estavam insatisfeitos com a sua aparência quando comparados com aqueles que não apresentavam insatisfação. Quanto à BN essa relação foi ainda mais elevada: 7,61 vezes maior entre os que estavam insatisfeitos com o peso. (Tabela 3).

Entre os indivíduos obesos, a prevalência de insatisfação com o peso e com a aparência foi de 21,53%. Entre as mulheres (21,78%) essa insatisfação foi discretamente superior em relação aos homens (20%).

## DISCUSSÃO

Entre os indivíduos pesquisados a prevalência de TCAP foi mais elevada do que a de BN, havendo um maior predomínio nos indivíduos da faixa etária de 20 a 29 anos, e no sexo feminino. Verificou-se maior prevalência de TA em indivíduos portadores de obesidade e entre os indivíduos que tinham escolaridade no ensino médio.

O perfil dos pacientes portadores de transtornos alimentares é: adolescentes do sexo feminino e mulheres adultas jovens, raça branca, e alto nível sócio econômico cultural. No entanto, observa-se cada vez mais um grupo heterogêneo, sendo realizado diagnóstico na raça negra e indivíduos com nível sócio econômico cultural baixo (BORGES et al.,2006).

A faixa etária e a obesidade tiveram significância estatística considerável, quando associadas aos transtornos. Indivíduos de 20 a 29 anos, e obesos tiveram maior prevalência de desenvolver TA quando comparados com indivíduos na faixa etária acima de 40 anos e entre os não obesos.

No presente estudo, observou-se que a prevalência dos TA foi maior entre as mulheres, (a preocupação com a imagem corporal torna esse grupo mais vulnerável ao desenvolvimento desses transtornos). Os estudos encontrados foram realizados especificamente com a população feminina. O que torna a abordagem na população masculina neste estudo relevante, já que este grupo não se encontra excluído do aparecimento de tais transtornos. A prevalência de BN entre mulheres adolescentes e adultas jovens é de, aproximadamente, 1% a 3% (CORDAS ; SEGAL,1995). Um estudo com universitárias de Santa Catarina, idade média de 20,2 anos, constatou a prevalência de 3,6% de BN; não houve associação estatisticamente significativa entre BN e atividade física, pois aquelas que a realizavam também desenvolveram sintomas desse transtorno (CENCI; PERES; VASCONCELOS, 2009).

Pode ser feita uma comparação entre tais resultados e os encontrados neste estudo, apesar de não ter envolvido, apenas, o gênero feminino.

Verificou-se a prevalência de 1,00% de BN, para as mulheres, na faixa etária de 20 a 29 anos e, quanto a esse TA, não foi observada associação significativa com atividade física, embora tenha sido constatado indivíduos que não realizavam atividade física apresentaram tendência a desenvolvê-lo.

Um estudo tipo caso-controle, também realizado com população feminina, detectou que a faixa etária para o desenvolvimento tanto da BN como dos TCAP estava, respectivamente, entre 23,7 anos e 24,5 anos (FAIRBURN et al.,1998). Semelhante à encontrada no nesse estudo.

Segundo pesquisa desenvolvida por Vitolo, Bortolini e Horta (2006) com universitárias de instituições privadas da cidade de São Leopoldo, 18,1% apresentaram compulsão alimentar periódica, e as que apresentaram excesso de peso (para a classificação do perfil antropométrico, foi utilizado peso e estaturas autorreferidas) mostraram-se mais susceptíveis a desenvolver este transtorno. Estes dados corroboram com o presente estudo, uma vez que a obesidade autorreferida mostrou associação estatisticamente significativa com os TCAP.

Fernandes e colaboradores (2007), em um estudo,do tipo corte transversal, que teve como objetivo verificar a prevalência de fatores de risco para o desenvolvimento de TA, em estudantes de ensino superior de uma instituição privada de Maringá-PR, detectaram como característica de sua população: idade média de  $21 \pm 5,06$  anos, sexo feminino e prevalência suspeita da sintomatologia relacionada a bulimia nervosa de 7,87%, considerada pelos autores alta, se comparada com outros estudos.

A prevalência de indivíduos obesos, de ambos os sexos, que tiveram suspeitas no diagnóstico de TCAP, foi maior do que os não-obesos. Coutinho (1999), em estudo de corte transversal, avaliou a prevalência de TCAP em indivíduos que procuravam tratamento para emagrecer em uma clínica particular e encontrou uma prevalência similar à encontrada no presente estudo, de 15%, na população geral (homens e mulheres) e 14,90% de TCAP, no sexo feminino.

Este estudo contemplou homens e mulheres, pois são poucos os estudos realizados com indivíduos do sexo masculino. Do ponto de vista de Melin e Araujo (2009), a baixa frequência de transtornos alimentares em homens contribuiu para que esses fossem diversas vezes ignorados e menosprezados, chegando mesmo à crença de que homens não sofreriam desses distúrbios. Os transtornos alimentares e alguns transtornos psiquiátricos estão relacionados com a depressão e o uso abusivo de álcool e drogas, são semelhantes entre homens e mulheres, porém, a frequência de suicídio é maior entre os homens. Os adolescentes do sexo masculino com sintomas bulímicos apresentaram maior perfeccionismo e desconfiança interpessoal do que as mulheres.

Estudo sobre transtornos alimentares em homens, realizado com homossexuais, revelou que 19% apresentavam transtornos de comportamento alimentar e 25% apresentavam vômitos ocasionais ou após as refeições, tendo preocupação com imagem corporal (HEINBERG; PIKE; LOUE, 2009).

Segundo Pietro e Lobão (2007), o quadro clínico e a resposta terapêutica dos TA são semelhantes em ambos os sexos, sendo que, no sexo masculino, constituem um desafio para o diagnóstico. Talvez pela baixa incidência nesse sexo, ou pelo fato de serem excluídos dos estudos epidemiológicos e ainda pela crença de que os TA são considerados manifestações exclusivas das mulheres.

Na avaliação da imagem corporal, os indivíduos deste estudo revelaram sentir incômodo devido ao peso e à aparência. Ao analisar o sexo feminino, especificamente, verifica-se que essa frequência aumenta, quando comparada com a insatisfação com o peso e a aparência demonstrada pelos homens. Cenci, Peres e Vasconcelos (2009) observaram uma insatisfação corporal semelhante (20%). Saur e Pasian (2008), em pesquisa realizada numa Universidade de São Paulo, cujo objetivo foi avaliar a percepção da imagem corporal com diferentes pesos, constataram que indivíduos com peso acima do ideal referiram estar mais insatisfeitos com seu peso. Igualmente, em nossa análise, verificamos que os indivíduos obesos apresentaram maior prevalência de insatisfação com o peso e com a aparência .

Entre as mulheres obesas, que relataram incômodo com o peso e a aparência apresentaram indícios de diagnóstico de TCAP. Em um estudo realizado, com um grupo de pacientes do sexo feminino, para controle de peso e tratamento de transtornos alimentares do Rio de Janeiro, observou-se que mulheres obesas com TCAP apresentaram níveis maiores de insatisfação corporal (MOREIRA; BATISTA, 2007).

Estudos de corte transversal não permitem estabelecer uma relação temporal entre causa e efeito, devido ao fato que os mesmos, fazem um delineamento destes determinantes em um mesmo momento (MEDRONHO, 2006), o que pode ser visto como uma das limitações deste estudo. Além disso, deve-se considerar a possibilidade de viés de prevalência e de sobrevivência, pois esses tipos de estudo fornecem dados de casos já existentes, o que não permite incluir óbitos ou curas (PEREIRA, 1995).

O instrumento de coleta de dados utilizado foi outro limite encontrado, na medida em que mesmo não foi construído especificamente para a coleta de dados sobre os TA. Vários estudos apontam a baixa prevalência dos TA (FERNANDES et al., 2007; MELIN, ARAUJO, 2009; PRISCO, 2009). E isso representa uma dificuldade para os estudos de base populacional os quais exigem grandes amostras (MORGAN; CLAUDINO, 2007). Embora, este estudo tenha sido realizado com uma amostra grande da população (n=2.506), os resultados obtidos se limitam a população estudada, ou seja, não é possível fazer inferências estatísticas para a população de Feira de Santana.

O presente estudo deverá contribuir para desmistificar alguns aspectos relacionados aos TA, o que pode beneficiar a assistência à saúde da população. Embora a maioria dos estudos apontem para uma maior prevalência dos TA entre as mulheres jovens, de classe social mais favorável e de cor branca, pode-se inferir, a partir dos dados encontrados que a distribuição dos TA na população é mais ampla do que se supõem. A expectativa é, portanto, de que um alerta para novas investigações tenha sido aqui veiculado.

## CONCLUSÃO

O estudo mostrou que a prevalência dos transtornos alimentares (TCAP e BN) foi maior entre as mulheres adultas jovens (20 a 29 anos), as que se autorreferiram obesas, as que apresentaram escolaridade no ensino médio/superior e entre as negras. Além de verificar que as mulheres estão mais susceptíveis a insatisfação com a imagem corporal.

A prevalência dos TA foi observada, em maior escala, entre as mulheres, e os resultados em relação aos homens apontam a necessidade de uma investigação mais ampla entre os mesmos. É importante que se procedam estudos epidemiológicos sobre os TA a fim de se obter um perfil mais consistente da atual situação desses transtornos na população em geral, para que estratégias possam ser construídas tendo em vista as demandas relacionadas a questão.

Os resultados do estudo são de grande importância para que se avaliem as prevalências de transtornos alimentares e, a partir disso, possam ser planejadas ações que contemplem a prevenção e o controle dessas patologias nos serviços de saúde.

## REFERÊNCIAS

APPOLINARIO, J. C.. Transtorno da compulsão alimentar periódica: uma entidade clínica emergente que responde ao tratamento farmacológico. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 26, n. 2, jun. 2004.

BATISTA FILHO, M.; RISSIN, A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.19, n.1, p. 181-191, 2003.

BERNARDI, F.; CICHELERO, C.; VITOLO, M. R. Comportamento de restrição alimentar e obesidade. **Rev. Nutr.**, Campinas, vol.18, nº 1 janeiro - fevereiro, p. 85-93, 2005.

BORGES, N. J. B. G, et al. Transtornos alimentares-quadro clinico. **Medicina**, Ribeirão Preto. V.39, n. 3, p. 340-348, jul/set, 2006.

CORDÁS TA, SEGAL A. BULIMIA NERVOSA I - aspectos clínicos. **J Bras Psiquiatr.**; vol.44,p.20-4, 1995.

CENCI, M.; PERES, K. G.; VASCONCELOS, F. de A. G. de. Prevalência de comportamento bulímico e fatores associados em universitárias. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 36, n. 3, 2009.

CLAUDINO, A.M.; BORGES, M.B.F.Criterios disgnosticos para os transtornos alimentares: conceitos em evolução. **Rev. Bras. Psiquiatr**, v.24, supl III, p.7-12, 2002.

COUTINHO, W.F. **Estudo do transtorno da compulsão alimentar periódica em pacientes que procuram tratamento médico para emagrecer, 1999.** 84p.Tese de doutorado apresentada a Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. São Paulo, 1999.

CRUCZA, 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

FAIRBURN, C.G. et al. Risk Factors for Binge Eating Disorder. **Arch Gen Psychiatry**.Vol.55. nº5, May, 1998.

FAITH, M.S., ALLISON, D.B.,GELIEBTER, A. **Emotional eating and Obesity: Theoretical considerations and practical recommendations.** In: Dalton S. Overweighth and weight management. Maryland: Aspen Publishers; p.439-65,1997.



FERNANDES, C. A. M. et al. Fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares: um estudo universitárias de uma instituição de ensino particular. **Arq. Ciênc. Saúde Unipar**, Umuarama, v. 11, n. 1, p. 33-38, jan./abr. 2007.

HEINBERG, L.J., PIKE, E., LOUE, S.. Body image and eating disturbance in African-American men who have sex with men: preliminary observations. **J Homosex**. N.56, vol 7, p.839-48, 2009.

LOPES, F., BUCHALLA, C. M., AYRES, J.R. de C. M. Mulheres negras e não negras e vulnerabilidade ao HIV/AIDS no estado de São Paulo, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, vol. 41, supl.2, p.39-46, 2007.

MATOS, M.I.R.et al. Binge eating disorder, anxiety, depression and body image in grade III obesity patients. **Rev Bras Psiquiatr**, vol.24, nº 4, 2002.

MATTOS, M.I.P. Os Transtornos Alimentares e a Obesidade numa Perspectiva Contemporânea: Psicanálise e Interdisciplinaridade. **Psicanálise e transdisciplinaridade**, Porto Alegre, n.02, Abr/Mai/Jun 2007.

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

MELIN, P.; ARAUJO, A. M. Transtornos alimentares em homens: um desafio diagnóstico. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, 2009.

MOREIRA, R. O.; BATISTA, A.P. C.. Insatisfação com a imagem corporal em mulheres obesas: a importância do transtorno da compulsão alimentar periódica. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre, v. 29, n. 1, Apr. 2007.

MORGAN, C.M.; CLAUDINO, A. DE M. **Epidemiologia e etiologia**. Guia de transtornos alimentares e obesidade. Ed. Manole, São Paulo, p. 15-23, 2007.

NEGRÃO, A B. **Mecanismos regulatórios do apetite, da fome e da saciedade nos transtornos alimentares**. Transtornos Alimentares: uma visão nutricional. Ed Manole, São Paulo, p.63-81, 2004.

PASSOS, T.C.M.P.; STEFANO, S.C.; BORGES, M.B.F. **Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica (TCAP)**. Guia de transtornos alimentares e obesidade. Ed. Manole, São Paulo, p. 59-69, 2007.

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

PIETRO, M.C. DI; LOBÃO, B. F. **Transtornos alimentares em homens**. Guia de transtornos alimentares e obesidade. Ed. Manole, São Paulo, p. 71-77, 2007.

PRISCO, A.P.K. **Transtornos do comportamento alimentar em trabalhadores residentes em zona urbana, Feira de Santana, Ba-** ,113f.

Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva-Departamento de Saúde. Universidade Estadual de Feira de Santana-BA, 2009.

SAUR, A. M., PASIAN, S. R. Satisfação com a imagem corporal em adultos de diferentes pesos corporais. **Aval. psicol.**, ago.,vol.7, no.2, p.199-209, 2008.

SOUTO, S., FERRO-BUCHER, J. S. N. Práticas indiscriminadas de dietas de emagrecimento e o desenvolvimento de transtornos alimentares. **Rev. Nutr.**, Campinas, Vol. 19, nº 6, Nov/dez, 2006.

SPITZER, L.R.; KROENKE, K., WILLIAMS, JB.W. validtionand Utility of a Self-report Version of PRIME-MD: The PHQ Primry Care Study. **JAMA**,v.282, n.18, p.1737-1744, Nov, 1999.

VITOLLO, M. R.; BORTOLINI, G. A.; HORTA, R. L.. Prevalência de compulsão alimentar entre universitárias de diferentes áreas de estudo. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre, v. 28, n. 1, abr. 2006.

**Tabela 1:** Caracterização da população de 20 a 59 anos da zona urbana segundo características sócio-demográficas, hábitos de vida e transtornos alimentares, Feira de Santana, Bahia, 2007.

<b>Variáveis (N)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sexo (2.506)</b>		
Feminino	1844	73,58
Masculino	662	26,42
<b>Faixa etária (2.506)</b>		
20 a 29 anos	873	34,83
30 a 39 anos	650	25,93
40 a 49 anos	547	21,82
50 a 59 anos	436	17,42
<b>Situação Conjugal (2.492)</b>		
Casado/união estável	1423	57,07
Solteiro	781	31,34
Divorciado/desquitado	181	7,26
Víuvo	107	4,33
<b>Renda mensal(2.505)</b>		
≤1 salário mínimo*	1959	78,20
>1 salário mínimo*	546	21,80
<b>Escolaridade (2.499)</b>		
Ensino médio	1124	44,97
Fundamental	1116	44,65
Superior	178	7,26
Nunca foi a escola/lê escreve	81	3,12
<b>Raça (2.374)</b>		
Negra	1958	82,47
Não negra	416	17,53
<b>Hábitos de vida</b>		
<b>Intensidade da atividade física (2.133)</b>		
Leve	1453	68,12
Moderada	557	26,11
Intensa	123	5,77
<b>Fumante (2.502)</b>		
Sim	351	14,03
Não	2151	85,97
<b>Etilismo (2505)</b>		
Sim	829	33,09
Não	1676	66,90
<b>Doenças auto-referidas</b>		
<b>Obesidade (2.504)</b>		
Sim	217	8,67
Não	2287	91,33
<b>Transtornos alimentares</b>		
<b>TCAP (2.506)</b>		
Sim	126	5,03
Não	2380	94,97
<b>BN (2.506)</b>		
Sim	25	1,00
Não	2481	99,00
<b>Incômodo com o peso e aparência no último mês (2.486)</b>		
Não incomodou	1505	60,55
Incomodou-me um pouco	511	20,55
Incomodou-me muito	470	18,90

\*salário mínimo da época R\$ 380,00 (trezentos e oitenta reais)

**Tabela 2:** Prevalência (%), razões de prevalência e seus respectivos intervalos, de transtornos alimentares e fatores de risco entre a população de 20 a 59 anos de Feira de Santana, Ba, ano 2007.

Variáveis	Transtornos Alimentares							
	TCAP				BN			
	Prev.(%)	RP	IC	Valor p	Prev.(%)	RP	IC	Valor p
<b>Sexo</b>								
Feminino	5,26	1,20	0,72-1,68	0,4326	0,98	1,07	0,44-2,57	0,9621
Masculino	4,38	*	*		1,05	*	*	
<b>Faixa etária</b>								
20 a 29 anos	7,10	2,81	1,46-5,39	<0,01	1,60	2,96	0,64-13,57	<0,01
30 a 39 anos	4,61	1,82	0,84-3,96	<0,01	1,23	2,27	0,45-11,30	<0,01
40 a 49 anos	4,20	1,66	0,73-3,74	<0,01	0,54	*	*	*
50 a 59 anos	2,52	*	*	*	0,00	0,00	-	<0,01
<b>Situação conjugal</b>								
Solteiro	5,63	1,36	0,92-2,00	0,6299	0,89	1,33	0,55-3,22	0,5581
Divorciado/desquitado	4,94	1,20	0,59-2,44		1,09	1,09	0,14-8,23	
Casado/união estável	4,11	*	*		1,19	*	*	
Viúvo	2,80	1,46	0,45-4,72		0,00	-	-	
<b>Renda mensal</b>								
≤1 salário mínimo <sup>1</sup>	5,51	1,67	1,00-2,77	0,04	1,07	1,36	0,46-3,97	0,644
>1 salário mínimo <sup>1</sup>	3,29	*	*		1,46	*	*	
<b>Escolaridade</b>								
Fundamental	4,56	1,01	0,47-2,17	0,2260	0,98	1,75	0,22-13,63	0,6393
Ensino médio	5,87	1,30	0,61-2,76		1,15	2,05	0,23-13,46	
Superior	4,49	*	*		0,56	*	*	
Nunca foi/lê escreve	2,46	1,82	0,38-8,77		0,00	-	-	
<b>Raça</b>								
Negra	5,36	*	*	0,4189	1,12	1,00	*	0,6236
Não negra	4,78	1,12	0,67-1,84		0,48	2,33	0,54-9,94	
<b>Atividade de lazer</b>								
Sim	5,02	1,00	-	0,8995	0,52	*	*	0,9514
Não	5,02	1,00	-		1,08	2,07	0,48-8,81	
<b>Obesidade</b>								
Sim	13,36	3,18	2,04-4,94	<0,01	2,76	3,20	1,26-8,09	0,023
Não	4,19	*	*		0,83	*	*	

<sup>1</sup> Teste qui-quadrado / \*salário mínimo da época: R\$ 380, 00

**Tabela 3:** Prevalência (%), razões de prevalência e seus respectivos intervalos, de transtornos alimentares, obesidade, faixa etária e situação conjugal, em mulheres da população de 20 a 59 anos de Feira de Santana, BA, 2007.

Variáveis	Transtornos Alimentares							
	TCAP				BN			
	Prev.(%)	RP	IC	Valor p	Prev.(%)	RP	IC	Valor p
<b>Obesidade</b>								
Sim	12,5	2,80	1,70-4,59	<0,01	2,71	3,47	1,22-9,84	<0,01
Não	4,46	*	*		0,78	*	*	
<b>Faixa etária</b>								
20 a 29 anos	7,36	2,71	1,30-5,60	0,745	1,60	3,40	0,74-15,59	0,770
30 a 39 anos	5,11	1,88	0,86-4,09	0,439	1,28	2,72	0,54-13,55	0,829
40 a 49 anos	4,29	1,58	0,70-3,56	0,952	0,47	*	*	0,782
50 a 59 anos	2,71	*	*	0,915	0,00		-	<0,01
<b>Situação conjugal</b>								
Casado/união estável	5,23	*	*	<0,01	1,23	*	*	<0,01
Solteiro	5,71	1,09	0,69-1,71		0,73	1,68	0,54-5,17	
Divorciado/desquitado	5,67	1,08	0,50-2,31		0,70	1,75	0,23-13,48	
Viúvo	3,00	1,74	0,53-5,66		0,00	-		
<b>Incomodo com o peso e aparência no ultimo mês</b>								
Não incomodou	2,65	*	*	<0,01	0,39	*	*	<0,01
Incomodou-me pouco	6,45	2,43	1,40-4,22		0,97	2,48	0,45-13,59	
Incomodou-me muito	12,44	4,69	3,06-7,18		2,97	7,61	2,90-19,91	

**Tabela 4:** Prevalência (%), razões de prevalência de homens e mulheres obesos com relação ao incomodo com o peso e aparência no último mês, na população de 20 a 59 anos de Feira de Santana-BA, 2007.

Variáveis	SEXO/OBESIDADE							
	Feminino				Masculino			
	Prev.(%)	RP	IC	Valor p	Prev.(%)	RP	IC	Valor p
<b>Incomodo com peso e aparência no ultimo mês</b>								
Não incomodou	4,66	*	*	<0,01	2,10	*	*	<0,01
Incomodou-me pouco	<b>12,15</b>	<b>2,60</b>	<b>1,71-3,95</b>		<b>8,62</b>	<b>4,10</b>	<b>1,66-10,10</b>	
Incomodou-me muito	<b>21,78</b>	<b>4,56</b>	<b>3,13-6,62</b>		<b>20,00</b>	<b>9,52</b>	<b>3,97-22,78</b>	

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A suspeita diagnóstica da obesidade é dada pelo IMC, como forma de prever a obesidade generalizada. No entanto, pesquisas atuais têm demonstrado a eficiência nos estudos de prevalência em que o peso e a estatura são autorreferidas. Isso implica certa praticidade na coleta de dados. Além de mostrar boa sensibilidade e especificidade em estudos de comparação entre as medidas aferidas e referidas, permitindo, realizar associações com variáveis preditoras e encontrar significância estatística

A obesidade pode ser definida como uma síndrome crônica, decorrente de múltiplas causas, com poucas possibilidades de cura, mas passível de controle a longo prazo, desde que o indivíduo queira, aprenda e tenha condições de operar mudanças na estrutura de seu cotidiano e em sua relação com os alimentos (FONSECA; SILVA; FÉLIX, 2001) .

Poucos ainda são os estudos populacionais voltados para a prevalência de obesidade autorreferida, a maioria é realizada com crianças e adolescentes, com o apoio dos genitores no relato das medidas (peso e estatura).

O objetivo do estudo foi avaliar a prevalência de obesidade e seus fatores de risco na população adulta de Feira de Santana-Ba. Como foi utilizado um banco de dados “projeto-mãe”, a obesidade foi autorreferida, e a prevalência encontrada foi muito próxima, senão semelhante à encontrada em nível nacional (8,66%) e permitiu a associação, através das razões de prevalência, com as variáveis sociodemográficas e comportamentais, e discussão e debate com outros autores.

A crescente prevalência de obesidade é relatada nos diferentes países, independentemente do grau de desenvolvimento. O ganho de peso é verificado em ambos os sexos, nas diversas faixas etárias e, até mesmo em populações economicamente menos favorecidas (ALMEIDA; FERREIRA, p.188, 2005).

Os indivíduos obesos apresentam pelo menos o dobro da chance de desenvolver diabetes, resistência à insulina, dislipidemia, apnéia, doença da

vesícula, hipertensão, doença coronariana, osteoartrite e gota. Ademais estão mais vulneráveis a outros fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como inatividade física, tabagismo, pressão e colesterol elevados (LIMA, 2004; CAIRES, 2005; ALMEIDA et al., 2006; GIGANTE; MOURA; SARDINHA, 2009).

Outro objetivo do estudo foi descrever a prevalência de transtornos alimentares na população adulta de Feira de Santana-Ba. Sabe-se que se trata de uma prevalência baixa, sendo necessária, para estudos epidemiológicos, uma amostra grande a fim de que o seu estudo tenha significância.

Foi encontrada maior prevalência dos TA entre as mulheres jovens, duas vezes mais do que em homens e nos indivíduos que se autorreferiram obesos. O TCAP esteve mais relacionado com o ganho de peso. A cultura da população, o empenho da mídia em demonstrar que a imagem corporal ideal é a magreza repercutem de forma bastante negativa nos indivíduos a serem tratados. Além disso, a cobrança tanto da família como da sociedade em termos de um padrão de beleza ideal, contribuem para o surgimento dos transtornos alimentares. Os obesos, em particular, por serem muitas vezes ridicularizados, discriminados, vão em busca de dietas restritivas de emagrecimento, muitas vezes o retorno é insatisfatório, e esse fracasso é descontado no alimento, na forma de compulsão alimentar.

A insatisfação com a imagem corporal origina-se da próprio corpo como mais pesado ou maior do que ele realmente é, principalmente após a comparação com modelos de beleza exibidos pela mídia. Nesse sentido, a imagem corporal é uma percepção que está relacionada com os níveis físico, emocional e mental. O conflito entre o corpo real e o ideal, estimula a busca de soluções, principalmente pelas mulheres, de dietas e cirurgias plásticas, que podem trazer consequências futuras para saúde. Favorecendo a multiplicação de casos de distorção da imagem corporal, que evoluem para os distúrbios alimentares (SECCHI; CAMARGO; BERTOLDO, 2009).

A maioria das pesquisas acerca do diagnóstico dos TA ocorrem em populações femininas ou adolescentes, pois são as mais vulneráveis para desenvolvê-los. Poucos são os estudos com o sexo masculino, a maior parte,



entre atletas e homossexuais. Uma das limitações para nosso estudo foi em comparar a população pesquisada, ambos os sexos, com os trabalhos encontrados.

Outra limitação foi o instrumento de coleta de dados, que não teve como objetivo principal identificar a prevalência de obesidade nem dos transtornos alimentares. Além disso, o tipo de estudo, transversal, que avalia causa e efeito em um determinado momento do tempo, não permitindo confirmação de diagnóstico. A ausência de análises estatísticas mais sofisticadas, como a regressão logística, foi também um fator limitante.

As limitações referidas não impediram uma comparação entre a população de Feira de Santana e as populações de outros estudos, com respeito a situação socioeconômica e comportamental. A expectativa é que este trabalho venha fomentar estudos sobre o diagnóstico da obesidade tanto em homens como em mulheres, alertando a população e os órgãos de saúde quanto à importância do controle e da detecção precoce dessa patologia, tendo o apoio de uma equipe multiprofissional, principalmente quando houver suspeita de transtornos alimentares. Sugere-se que projetos de extensão sejam desenvolvidos nesse sentido, envolvendo os núcleos de pesquisa, em especial o NEPI, e a população de Feira de Santana.

**APÊNDICE**

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

**MORGANA TEIXEIRA LIMA MASCARENHAS**

**OBESIDADE E FATORES DE RISCO NA POPULAÇÃO DE 20 A 59 ANOS  
DE FEIRA DE SANTANA-BA, 2007**

Projeto de pesquisa apresentado ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana-BA, área de concentração epidemiologia.

Linha de pesquisa: Saúde de grupos populacionais específicos

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maura Maria Guimarães de Almeida

Feira de Santana -Ba  
2009

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	70
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS DO ESTUDO</b> .....	73
2.1.	Objetivo geral .....	73
2.2.	Objetivos específicos .....	73
<b>3.</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	74
3.1	Definição de obesidade .....	74
3.2	Epidemiologia da obesidade .....	74
3.3	Classificação da obesidade .....	76
3.3.1	Quanto a etiologia .....	76
3.3.1.1	Fatores de origem endógena .....	76
3.3.1.2	Fatores de origem exógena .....	78
3.3.2	Anatomia da obesidade .....	79
3.3.3	Distribuição regional da gordura corporal .....	80
3.4	Fatores de risco .....	80
3.4.1	Aspectos socioeconômico e Culturais .....	80
3.4.2	Aspecto social .....	80
3.5.	Morbidades associadas à obesidade .....	83
3.5.1.	Diabetes, resistência à insulina, hiperinsulinemia e gordura visceral .....	83
3.5.2.	Risco cardiovascular .....	86
3.5.3	Hipertensão .....	87
3.5.4	Dislipidemia .....	88
3.6	Indicadores antropométricos .....	89
3.6.1	Índice de massa corporal .....	90
3.6.2	Circunferência da cintura .....	91
3.6.3	Razão cintura/quadril .....	91
3.6.4	Índice de conicidade .....	92
3.7	Pontos de corte de indicadores antropométricos em diferentes populações .....	93
3.8	Considerações de gênero e saúde .....	94
3.9	Transtornos alimentares .....	95
3.9.1	Anorexia Nervosa .....	96
3.9.2	Bulimia Nervosa .....	97
3.9.3	Transtorno de compulsão alimentar periódica .....	99
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	100

4.1	Tipo de estudo .....	100
4.2	Caracterização do município de Feira de Santana .....	100
4.3	Área de estudo .....	102
4.4	População de estudo .....	102
4.5	Critérios de inclusão e exclusão .....	104
4.6	Instrumento de coleta de dados .....	104
4.7	Variáveis do estudo .....	105
4.7.1	Variável dependente .....	105
4.7.2	Variáveis independentes .....	105
4.8	Análise de dados .....	106
4.9	Análise descritiva das variáveis .....	106
4.9.1	Características sociodemográficas e comportamentais .....	106
4.9.2	Obesidade .....	107
4.9.3	Doenças crônicas não-transmissíveis .....	108
4.9.4	Etilismo .....	108
4.9.5	Tabagismo .....	109
4.9.6	Transtornos alimentares .....	109
4.10	Aspectos éticos .....	110
<b>5</b>	<b>CRONOGRAMA</b> .....	<b>111</b>
<b>6</b>	<b>ORÇAMENTO</b> .....	<b>112</b>
<b>7</b>	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>113</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A obesidade é definida como excesso de tecido adiposo. A qual está associada o surgimento de doenças, como, aterosclerose, esteatose hepática, dislipidemia, hipertensão arterial, acidente vascular cerebral, insuficiências cardiovasculares e distúrbios endócrinos e cardiovasculares (ANDERI et al., 2008).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a obesidade é a quinta doença nutricional com necessidade de intervenção. Na Europa e nos Estados Unidos, sua prevalência chega a ter uma variação de 10 a 25%. (GOLBERG, 1998). A prevalência elevada, em alguns estudos, está associada com a elevação do nível socioeconômico (JAMES et al. 2000). Sendo, portanto, registrado em países em desenvolvimento (como o Brasil) o aumento da prevalência em indivíduos de baixa renda (OBESIDADE, 2004; KAC; VELÁSQUEZ-MELENDZ, 2003; BATISTA FILHO; RISSIN, 2003; SAWAYA; ROBERTS, 2003).

O aumento da obesidade é considerado um problema de Saúde Pública, que tem lugar tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento. Estudos epidemiológicos no Brasil demonstraram que houve um aumento da prevalência de obesidade nas décadas de 70 e 90, de 2,4% para 6,9% entre os homens e de 7% para 12,5% entre as mulheres (BUZZACHERA et al., 2008). As frequentes modificações ambientais, culturais e econômicas contribuíram de forma relevante para mudanças nos padrões de ingestão dietética e gasto energético (MONTEIRO; CONDE; POPDKIN, 2004).

Duas grandes pesquisas realizadas no Brasil, o Estudo Nacional de Despesa Familiar, em 1975, e a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN), em 1989, demonstraram que o sobrepeso aumentou de 58% nos homens e 42% nas mulheres, e o aumento da obesidade foi de 100%, para o sexo masculino, e 70%, para o sexo feminino (MARINHO et al., 2003).

Um dos fatores que contribuem para o surgimento de riscos cardiovasculares em indivíduos acima do peso é o Diabetes Mellitus (DM), uma

síndrome clínica causada por alterações metabólicas e hiperglicemia, devido a um déficit absoluto (Diabetes tipo 1) ou relativo (Diabetes Tipo 2) da secreção de insulina pancreática e/ou redução da sua eficácia biológica. No Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), no qual se encontra uma produção insuficiente de insulina, e um dos fatores que contribuem é o excesso de peso, que pode levar a uma resistência à insulina. A obesidade central ou andróide, classificada pela Circunferência da Cintura (CC), com valores de referência limite de < 94 cm e <80 cm, para homens e mulheres, respectivamente, está frequentemente relacionada a esse tipo de diabetes (MANCINI;MEDEIROS;HALPEN, 1999).

Dados apresentados pelo Consenso Latino Americano de Obesidade (2007) mostram que 80 a 90% dos pacientes com Diabetes Tipo 2 são obesos. O risco de desenvolver Diabetes tipo 2 aumenta o dobro em indivíduos portadores de obesidade grau I; aumenta cinco vezes em obesidade grau II e dez vezes em obesidade grau III. Entretanto, a perda moderada de peso entre 5 e 10% melhora o controle da glicemia.

Comparando com pessoas de peso normal, homens com 20% acima do peso desejável têm 20% a mais de chance de morrer por todas as causas; possuem o risco duas vezes maior de falecer por diabetes; 40% a mais de chance de desenvolver disfunções da vesícula biliar e 25% a mais de contrair doenças coronarianas. Em homens 40% acima do peso desejável, a mortalidade por todas as causas é 55% maior, apresentam possibilidade acima de 70% de desenvolver doenças coronarianas, e o risco de morte por diabetes é quatro vezes maior do que entre pessoas de peso normal (FRANCISCHI et al., 2000).

A distribuição da gordura corporal parece ser um fator que vem a influenciar nas alterações do perfil lipídico e glicídico, mais frequentes em obesidade central (abdominal) do que inferior (femural) (PEREIRA; FRANCISCHI;JUNIOR, 2003), elevando em dez vezes o risco de ocorrência de diabetes.

Alguns índices antropométricos têm sido propostos para determinar a associação entre excesso de peso e fatores cardiovasculares. No entanto, o IMC apresenta-se atualmente como indicador antropométrico de obesidade

generalizada mais utilizado na prática clínica e em estudos epidemiológicos. A distribuição de gordura corporal localizada na região abdominal apresenta maiores riscos para a saúde do que a gordura generalizada (ALMEIDA, 2008).

Um estudo realizado com funcionários da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) em 2005, tendo como principal objetivo descrever a prevalência de sobrepeso e obesidade nessa população, de acordo com variáveis socioeconômicas, identificou uma população onde 31% eram graduados e 30% possuíam pós-graduação. Com relação à renda familiar, 55% apresentaram rendimentos mensais de 3 a 4 salários mínimos. 34,46% dos indivíduos do sexo masculino foram classificados como sobrepeso e 10,81% como obesidade, e com relação ao sexo feminino, 30,66% foram classificadas com sobrepeso e 10,10% obesas (CAIRES, 2005).

De acordo com Lima (2004), em seu estudo realizado também na UEFS, sobre fatores de risco para doença arterial coronariana, entre funcionários do sexo feminino, cuja média de idade foi de 38,8 anos, caracterizando uma população jovem com 21,5% entre 20 a 29 anos, na qual 32,9% recebiam uma renda familiar de 1 a 2 salários mínimos. Verificou-se que 30,2% apresentavam sobrepeso e 10,6%, obesidade, dados similares aos apresentados pelo estudo de Caires (2005). A autora observou ainda, relação positiva entre o tipo de obesidade e o surgimento de doenças cardiovasculares.

As populações visadas por Caires e Lima, por estarem inseridas em um ambiente acadêmico, possuem um nível sociocultural que favorece a assimilação de informações, principalmente relativas à área de saúde. Trata-se pois, de uma condição diferente da apresentada pela população alvo desta pesquisa, uma população carente de procedimentos educativos constantes, o que justifica o interesse em avaliar a prevalência de obesidade e seus fatores de risco (sociodemográficos e comportamentais) na população de 20 a 59 anos da zona urbana de Feira de Santana-Ba em 2007.

Este estudo poderá servir de alerta para os órgãos municipais de saúde quanto à necessidade de incrementar campanhas, objetivando prevenção e tratamento da obesidade, conseqüentemente a redução de fatores de riscos a ela associados.



## **2 OBJETIVOS DO ESTUDO**

### **2.1. Objetivo geral**

- Avaliar a prevalência de obesidade e fatores de risco (sociodemográficos e comportamentais) na população de 20 a 59 anos da zona urbana de Feira de Santana-Ba, 2007.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Estimar a prevalência de obesidade na população;
- Estimar a prevalência de transtornos alimentares (bulimia nervosa e transtorno de compulsão alimentar periódica) na população;
- Verificar a associação de obesidade com transtornos alimentares (bulimia nervosa e transtornos de compulsão alimentar periódica);
- Avaliar a associação de obesidade entre indivíduos portadores de doenças crônicas não transmissíveis (Diabetes, HAS, Cardiopatia);

### **3. REVISÃO DE LITERATURA**

#### **3.1 Definição de obesidade**

Considerada uma doença crônica, metabólica, de etiologia diversa, a obesidade tem aumentado sua incidência nas duas últimas décadas, levando a uma verdadeira epidemia que atinge a maioria dos países desenvolvidos e em desenvolvimento (ARAÚJO et al., 2009).

Para Fagundes e colaboradores (2008), a obesidade é uma doença crônica, caracterizada pelo acúmulo excessivo de energia que pode provocar prejuízos à saúde.

Segundo a WHO (1997), a obesidade pode ser definida como uma condição de acúmulo anormal ou excessivo de gordura no organismo, levando a um comprometimento da saúde. O excesso de gordura, sua distribuição e associação trazem sérias consequências para a saúde e variam, consideravelmente, entre os indivíduos obesos. É importante identificá-la, uma vez que os portadores dessa condição apresentam risco aumentado de morbidade e mortalidade. Na atualidade, a obesidade se coloca de maneira prioritária para intervenção, em nível individual e na comunidade, como um problema de nutrição em saúde pública.

#### **3.2 Epidemiologia da obesidade**

A obesidade afeta aproximadamente 40% da população adulta no Brasil, sendo estimada em 38,6 milhões pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em conjunto com o Ministério da Saúde.

A média de prevalência da obesidade entre indivíduos que participam do estudo de monitoramento de tendências e determinantes nas doenças

cardiovasculares, da OMS, realizado entre 1983 e 1986, foi cerca de 15% entre os homens e 22% entre as mulheres. A maior prevalência foi encontrada em Gotemburgo, Suécia (homens 22% e mulheres 45%). Dados recentes de estudos nacionais individuais relatam que a prevalência de obesidade, em países europeus, está em 10% a 20% entre os homens e 10 a 25% em mulheres (CAIRES, 2005).

A obesidade é diretamente proporcional ao surgimento de problemas cardiovasculares, sendo uma epidemia globalizada, mais de um bilhão de adultos apresentam excesso de peso, segundo a Organização Panamericana de Saúde (OPAS, 2003). Na população adulta brasileira, a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF-2002-2003) revelou que 41,1% e 8,9% dos homens e 40% e 13,1% das mulheres apresentaram sobrepeso (IMC- 25 a 29,9 Kg/m<sup>2</sup>) e obesidade (IMC > 30 Kg/m<sup>2</sup>), respectivamente.

Os dados anteriormente citados, quando se comparam aos apresentados pelo Estudo Nacional da Despesa Familiar – ENDEF (1974-1975) e a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN-1989), demonstram que a prevalência de excesso de peso na população masculina quase que duplica entre a primeira e a terceira pesquisa, enquanto que a prevalência de obesos triplica. No segundo período (1989 a 2002-2003), o excesso de peso entre as mulheres permanece aumentado na Região Nordeste, e entre famílias com rendimento mensal de até meio salário mínimo *per capita*. Nas demais regiões e em classes de maior renda, o excesso de peso se estabiliza ou até mesmo declina (IBGE, 2004).

No Brasil, entre 1974 e 1989, a proporção de pessoas com excesso de peso aumentou de 21% para 32%. Dentre as regiões do país, o Sul apresenta as maiores prevalências de obesidade, semelhantes e, até mesmo superiores, às apresentadas nos países desenvolvidos. A evolução da ocorrência de obesidade no mesmo período, em relação ao sexo, dobrou entre os homens (de 2,4% para 4,85), enquanto que entre a população feminina o aumento da obesidade também foi significativo (de 7% para 12%) (GIGANTE, 1997).

### **3.3. Classificação da obesidade**

#### **3.3.1 Quanto à etiologia**

A etiologia da obesidade é complexa e multifatorial, resulta da interação de genes, ambiente, estilo de vida e fatores emocionais. Mas, de modo geral, os fatores são identificados como de origem endógena e exógena (SHILS, 2003).

##### **3.3.1.1 Fatores de origem endógena**

Em 98% dos casos tem origem no desequilíbrio entre ingestão e consumo energético (ou seja, uma causa exógena). Pressupõe-se uma maior ingestão do que a demanda energética. E apenas 2% têm como causa fatores endógenos, como, disfunções hormonais, tumores ou síndromes genéticas (GAGLIARDI, 2001).

A raça negra é preditora de obesidade para o sexo feminino, e a raça branca é preditora de obesidade para o sexo masculino, dados dos Estados Unidos (VAN ITALLIE, 1985).

Os estudos aqui citados apontam uma maior prevalência para o surgimento da obesidade no sexo feminino, sendo que as diferenças sexuais podem variar entre populações e grupos étnicos (BOUCHARD et al., 1998).

De acordo com a PNSN (1989), do total dos obesos brasileiros, 4,9 milhões são mulheres. Alguns autores acreditam que as causas poderiam estar relacionadas à reprodução, aumento do consumo alimentar e a própria composição corporal (mais tecido adiposo do que o sexo masculino) (HARRIS; ELLISON; HOLLIDAY, 1997, COUTINHO, 1999).

A obesidade está crescendo intensamente, na infância e na adolescência, e tende a persistir na vida adulta: cerca de 50% de crianças obesas aos seis meses de idade e 80% das crianças obesas aos cinco anos de idade permanecerão obesas. A preocupação sobre prevenção, diagnóstico e tratamento da obesidade tem-se voltado para a infância (ABRANTES; LAMOUNIER; COLOSIMA, 2002).

Quando os pais são obesos, a chance do filho desenvolver obesidade é de 80%. Quando apenas um progenitor é obeso, essa incidência reduz para 50%, e se os pais têm peso normal, a probabilidade dos filhos serem obesos é de 10% (HALPEN; MANCINI, 1999). A contribuição da genética na obesidade é em torno de 25%, sendo que 30% dos casos são devido a fatores culturais e 45% a aspectos relacionados ao ambiente (FONSECA; SILVA; FÉLIX, 2001).

Os genes intervêm na manutenção de peso e gordura corporal estável ao longo do tempo, através de sua participação no controle de vias aferentes (leptina, nutrientes, sinais nervosos, entre outros), e de mecanismos centrais (neurotransmissores hipotalâmicos) e de vias aferentes (insulina, catecolaminas, sistema nervoso autônomo (SNA)). Assim, o balanço energético, parece depender cerca de 40% da herança genética (LOPES et al., 2004).

Na medida em que é uma doença de difícil controle, com altos percentuais de insucessos terapêuticos e de recidivas, a obesidade pode ter sérias repercussões orgânicas e psicossociais. O sofrimento psicológico do obeso decorre de problemas relacionados ao preconceito e à discriminação social. A preocupação com a imagem resulta em preocupação excessiva com a obesidade gerando insegurança. A falta de confiança, a sensação de isolamento, atribuída ao fracasso da família e dos amigos em entender o problema, bem como a humilhação, devido ao preconceito e à discriminação a que esses indivíduos estão sujeitos. Podem levá-los a compensar esses problemas com o alimento (BERNARDI; CICHELERO; VITOLO, 2005).

Medicamentos usados no tratamento de outras patologias podem ter como efeito colateral, o aumento de apetite e, conseqüentemente, o aumento

de peso, pelo excesso da ingestão alimentar. Servem como exemplo: corticosteroides, hormônios sexuais, anabolizantes, antidepressivos (HALPEN; MANCINI, 1999).

### 3.3.1.2 Fatores de origem exógena

As modificações dos hábitos alimentares estão influenciando no aumento da prevalência de obesidade. As práticas alimentares saudáveis, como realizar as refeições com a família, estão dando lugar aos *fast-foods*, um cardápio rico em gorduras saturadas e carboidratos simples (CAIRES, 2005). Alguns estudos demonstram a relação entre o surgimento da obesidade e as mudanças dos hábitos alimentares promovendo ingestão de alimentos energéticos (Quadro 1).

O consumo alimentar tem se relacionado à obesidade não somente quanto ao volume da ingestão alimentar, como também à composição e à qualidade da dieta. Observa-se que os padrões alimentares também mudaram, o que pode explicar, em parte, o contínuo aumento da adiposidade já na fase da infância, devido ao pouco consumo de frutas, hortaliças e leite, o aumento no consumo de guloseimas (bolachas recheadas, salgadinhos, doces) e refrigerantes (TRICHES; GIUGLIANI, 2005).

Devido ao aumento da prevalência da obesidade, torna-se urgente descobrir estratégias que permitam o seu controle. As práticas alimentares são destacadas como determinantes diretas dessa doença, e a educação nutricional tem sido abordada como tática a ser seguida para que a população tenha uma alimentação mais saudável e, dessa forma, um peso adequado (TRICHES; GIUGLIANI, 2005).

**Quadro 1: Estudos de indivíduos adultos: associação entre obesidade e ingestão de alimentos energéticos.**

Estudo	Número de indivíduos	Métodos para avaliação do grau de obesidade	Avaliação da ingestão de gordura	Associação Gordura/obesidade
Lissner (1987)	9.286	% gordura corporal (pregas cutâneas)	Registro de 24 horas	Sim
Dreon (1988)	155	IMC, gordura corporal (densitometria)	Registro de 7 dias	Sim
Rombeau (1988)	141	IMC	Registro de pesagem semanal dos alimentos durante 4 semanas com intervalo de 3 meses	Sim
Tremblay (1989)	244	Peso; pregas cutâneas	Registro de 3 dias	Sim
George (1990)	679	IMC, % de gordura corporal	Registro de 3 dias	Sim
Colditz (1990)	31.940	IMC	Questionário de frequência alimentar	Sim
Slaltery (1992)	5.155	IMC	Questionário de história alimentar	Não
Pudiel (1992)	206.465	IMC	Diário de 7 dias	Sim
Lissner (1994)	412	IMC	Registro de 24 horas	Não

Fonte: Coppini; Waitzberg, 2004.

### 3.3.2 Anatomia da obesidade

As células adiposas estão distribuídas por todo o corpo, formando um reservatório de energia com flexibilidade de expandir-se ou contrair-se para acomodar o balanço energético do organismo. O depósito é capaz de expandir-se de duas maneiras aumentando o número de células adiposas (obesidade hiperplásica) ou o seu tamanho (obesidade hipertrófica) (SHILS, 2003).

### 3.3.3 Distribuição regional da gordura corporal

Obesidade andróide – também chamada troncular ou central, lembra o formato de uma maçã. Sua presença se relaciona com alto risco cardiovascular, e com o surgimento do diabetes tipo 2, (CARVALHO, 2002; CUPPARI, 2002).

Obesidade ginecóide - caracterizada por um depósito aumentado de gordura nos quadris, comparada com uma pêra. Sua presença está relacionada com um risco maior de artrose e varizes (CARVALHO, 2002; CUPPARI, 2002).

## 3.4 Fatores de risco

### 3.4.1 Aspectos socioeconômicos e culturais

No que se refere à situação socioeconômica, os resultados da PNSN, para um país como um todo, mostraram que a prevalência de excesso de peso aumenta de acordo com o poder aquisitivo, especialmente entre os homens (GIGANTE, 1997).

Nos países desenvolvidos há uma maior tendência para o desenvolvimento de obesidade nos grupos populacionais com menor nível socioeconômico, enquanto o inverso é observado nos países em desenvolvimento (MONTEIRO; CONDE; CASTRO, 2003).

### 3.4.2 Aspecto social

O estilo de vida está relacionado com os hábitos dos indivíduos, modo de viver, lazer, prática de atividade física, trabalho, estresse, etc. Verifica-se que a vida moderna tem proporcionado um decréscimo no gasto energético,



um exemplo são as mudanças da atividade de pedalar e andar, substituídos pela motorização dos meios de transporte, assim como as atividades de lazer sedentárias (televisão, cinema, vídeo games) (MACGINNIS, 1992). E, conseqüentemente, esses fatores exercem influências positivas no metabolismo energético total e contribuem para o desenvolvimento do sobrepeso e da obesidade.

A forma pela qual uma pessoa ou um grupo de pessoas vivenciam o mundo e, em consequência, se comportam e fazem escolhas seja na sua vida profissional, na prática ou não da atividade física, nos hábitos alimentares, ou no convívio familiar, denomina-se estilo de vida. Não se pode negar a importância de manter a mente e o corpo saudável, diminuindo o aparecimento de doenças provocadas atualmente por substâncias nocivas como o álcool e a nicotina como também por sedentarismo e erros alimentares (BARBOSA et al., 2006).

Segundo Pinheiro (2004), uma das hipóteses da alta da prevalência da obesidade em países desenvolvidos e em desenvolvimento está relacionada a rápidos e intensos declínios de dispêndio energético dos indivíduos, pelo predomínio crescente das ocupações que demandam menor esforço físico. O declínio do gasto energético ainda estaria aliado a fatores alimentares, como a diminuição do consumo de fibras e alimentos mais saudáveis e o aumento do consumo de carboidratos simples e gorduras.

Alguns estudos sugerem que o sedentarismo, favorecido pela vida moderna, é um fator de risco tão importante quanto a dieta inadequada na etiologia da obesidade e possui uma relação direta e positiva com o aumento da incidência do diabetes tipo 2 em adultos, independentemente do índice de massa corporal (SARTORELLI, 2003).

Com relação aos fatores comportamentais Castro e colaboradores (2005) encontraram que o tabagismo é responsável por cerca de 45% das mortes nos homens com menos de 65 anos de idade e por mais de 20% de todos os óbitos por doença coronariana nos homens com idade superior a essa faixa etária. Além disso, considera que o cigarro, através da nicotina, aumenta a pressão arterial e leva a uma maior deposição de colesterol nos vasos

sanguíneos e sendo observada maior prevalência de obesidade entre os não-fumantes.

Peixoto (2008), completa as colocações do estudo anterior quando relata que, o fumo e o consumo de bebidas alcoólicas estão entre os principais responsáveis pelo aumento de doenças no mundo. O tabagismo, em todas as suas formas, aumenta o risco de morbidade e mortes prematuras por doença coronariana, hipertensão arterial, acidente vascular encefálico, câncer. Por sua vez, o consumo de bebidas alcoólicas, quando excessivo, pode provocar problemas de saúde, como, hipertensão arterial, infarto e certos tipos de cânceres, além de inúmeras consequências sociais, e ainda se apresentarem como fator de proteção para o surgimento da obesidade.

O consumo alimentar tem sido relacionado à obesidade não somente quanto ao volume da ingestão alimentar, como também à composição e qualidade da dieta. Além disso, os padrões alimentares também mudaram, explicando em parte o contínuo aumento da adiposidade nas crianças, como o pouco consumo de frutas, hortaliças e leite, o aumento no consumo de guloseimas (bolachas recheadas, salgadinhos, doces) e refrigerantes, bem como a omissão do café da manhã. Para promover hábitos alimentares mais saudáveis e, conseqüentemente, diminuir os índices de obesidade, acredita-se ser importante que as pessoas obtenham informações sobre adequada alimentação e nutrição (TRICHES; GIUGLIANI, 2007).

Em países como o Brasil, onde as desigualdades sociais são relevantes e persistentes, o recrudescimento das doenças infecciosas em regiões de infraestrutura e condições de vida deficientes pode assumir novamente uma parcela considerável entre as causas de morte. Nesse cenário, quando se analisa a distribuição das doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT), é possível identificar sua desigualdade na distribuição social. As incidências e prevalências se apresentam desiguais entre regiões e grupos populacionais brasileiros, sendo que o grupo social de baixa renda apresenta maiores índices de DCNT, como hipertensão arterial e outras doenças cardiovasculares. No grupo social de poder aquisitivo baixo a obesidade seria garantia de sobrevivência em caso de escassez de alimentos e quando o aporte fosse excessivo se tornaria prejudicial (PINHEIRO, 2004).

### 3.5. Morbidades associadas à obesidade

A obesidade causa um verdadeiro impacto na saúde pública, devido ao fato de estar associada a várias comorbidades endócrinas e metabólicas (Quadro 2) como: diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial sistêmica e dislipidemias (ARNER, 2000).

**Quadro 2: Condições mórbidas associadas à obesidade**

<b>Cardiovascular</b>	Hipertensão, aterosclerose, angina, hiperlipidemias, trombose, varizes.
<b>Respiratórias</b>	Hipoventilação alveolar e sonolência (Síndrome de Pickwick), apnéia noturna, embolia pulmonar, dispnéia.
<b>Endócrina</b>	Diabetes melito, hiperinsulinemia.
<b>Reprodução</b>	Infertilidade, pré-eclampsia, amenorréia.
<b>Gaстрintestinal</b>	Colelitíase, colecistite, esteatose hepática, refluxo gastroesofágico, hérnia, obstipação.
<b>Muscular, esquelética e epitelial</b>	Osteoartrite, assadura, estrias, fadiga muscular.
<b>Maligna</b>	Câncer de cólon, reto, próstata, vesícula biliar, mama, útero e ovários.
<b>Psiquiátrica</b>	Discriminação social

Fonte: Waitzberg, 2004

#### 3.5.1. Diabetes, resistência à insulina e hiperinsulinemia e gordura visceral

De acordo com a Comissão Nacional de Diabetes dos Estados Unidos, o risco do desenvolvimento da doença é duas vezes maior em obesos leves, cinco vezes em obesos moderados e dez vezes em indivíduos com obesidade severa (CARVALHO, 2002; CUPPARI, 2002).

Segundo a *American Diabetes Association* (2005), os níveis normais de glicemia são de 99 mg/dl, glicemias entre 100 a 125 mg/dl, são classificadas como pré-diabetes e glicemias em jejum igual ou maiores que 126mg/dl em

duas ocasiões, ou duas horas igual ou maior que 200mg/dl no teste oral de sobrecarga se caracteriza como diabetes.

O DM é uma das principais síndromes de evolução crônica que acomete a população nos dias atuais. A sua prevalência vem crescendo significativamente com o processo de industrialização e urbanização populacional dos últimos anos. Atualmente, esta doença representa um importante problema de saúde pública com alta morbidade, mortalidade e repercussões econômicas significativas (SOUZA et al., 2003).

O DM sabidamente associa-se a vários fatores de risco cardiovasculares, incluindo hipertensão arterial sistêmica, obesidade, resistência à insulina, microalbuminúria e anormalidades nos lipídios e lipoproteínas plasmáticas, caracteristicamente elevação de triglicerídeos e redução de colesterol contido na lipoproteína de alta densidade (HDL-c). A associação desses fatores de risco tem sido denominada síndrome metabólica. A relação entre hiperglicemia e doença cardiovascular pode ser atribuída à prevalência elevada desses fatores de risco nos pacientes com a síndrome metabólica ou a um antecedente comum a todos esses fatores (MCLELLAN; BARBALHO; CATTALINI, 2007).

A resistência à insulina refere-se à diminuição da ação da insulina endógena em seus tecidos-alvos, particularmente, músculos, fígado e tecido adiposo. Com o desenvolvimento da resistência, ocorre uma hiperinsulinemia compensatória, mas, com a evolução da doença, o indivíduo passa a apresentar deficiência na secreção de insulina, em função da exaustão da capacidade secretora das células  $\beta$ , o que culmina na sua incapacidade de manutenção das concentrações glicêmicas normais, no período pós-prandial. A essa fase de intolerância à glicose segue-se a hiperglicemia de jejum e a consequente instalação do quadro clínico de Diabetes Mellitus (SCHILS, 2003).

O sedentarismo é um fator de risco para a obesidade tão importante quanto o consumo de dieta inadequada, e possui uma relação direta e positiva com o aumento da incidência do Diabetes Mellitus do tipo 2 em adultos, independentemente do Índice de Massa Corporal ou de história familiar de Diabetes Mellitus (MCLELLAN; BARBALHO; CATTALINI, 2007).

A obesidade, principalmente a visceral, resulta em várias alterações fisiopatológicas, como: menor extração de insulina pelo fígado, com aumento da produção hepática de glicose e diminuição da captação de glicose pelo tecido muscular. Esses eventos podem resultar em diferentes graus de intolerância à glicose e, nos indivíduos com diabetes tipo 2, irão influenciar no controle glicêmico, refletido por maiores níveis de hemoglobina glicada. Recentes estudos demonstraram que o controle glicêmico favorece a redução do risco de evolução para complicações microvasculares (CORREIA et al., 2003).

O diagnóstico do diabetes pode ser verificado avaliando os valores estabelecidos pelo Consenso Brasileiro sobre Diabetes de 2002, a depender do nível encontrado de glicemia, existe uma classificação por categorias (Tabela 1).

**Tabela 1: Limites de glicemia para diagnóstico de diabetes.**

<b>Categoria</b>	<b>Teste</b>	
Normal	Jejum < 100 mg/dl	Duas horas < 147 mg/dl
Jejum inapropriado	100 a 125 mg/dl	
Intolerância		140 a 199 mg/dl
Diabetes	≥ 126 mg/dl	≥ 200 mg/dl

**Fonte:** Consenso Brasileiro sobre Diabetes, 2002.

As concentrações sanguíneas excessivas de insulina na obesidade, tanto basal como após estímulo, nos mostra a resistência ou insensibilidade à insulina. Isso ocorre devido à resistência tecidual em nível de músculo e fígado, com captação reduzida de glicose na periferia e produção elevada de glicose hepática, dessa forma a sensibilidade do tecido adiposo permanece alta e possivelmente os nutrientes são desviados para esse tecido de armazenamento (SHILS, 2003).

O mecanismo pelo qual a distribuição central da adiposidade causa resistência à insulina já é bem conhecido. Depósitos viscerais de triglicerídeos possuem turnover mais acelerado que o de outras regiões, aumentando a oferta de ácidos graxos livres no sistema porta, que estimulam a gliconeogênese e inibem a depuração hepática da insulina, contribuindo para

elevar a glicemia, a insulinemia e a resistência insulínica (LERARIO et al., 2002).

### 3.5.2. Risco cardiovascular

A relação de obesidade com risco cardiovascular nem sempre foi considerada independente, sendo geralmente envolvida por outros fatores de risco, como, hipertensão, diabetes e dislipidemia. Os valores da pressão arterial, lipídios sanguíneos (triglicérides, colesterol e glicemia, aumentam, quando os indivíduos apresentam expressivo aumento de peso (SHILS, 2003).

O aumento previsível nos fatores de risco cardiovascular ao aumentar o peso corporal foi bem quantificado no estudo de Framingham. A elevação de 10% do peso relativo aumenta a pressão sistólica em 6,5mmHg, colesterol plasmático em 12mg/dl e glicemia em jejum em 2mg/dl. (SHILS, 2003).

As doenças cardiovasculares passaram a representar a primeira causa de morte em todo o mundo. Nos últimos 100 anos, a melhora das condições de vida das pessoas, embora insuficiente, levou a um controle na mortalidade por doenças transmissíveis, resultando no envelhecimento da população. Passaram, então, a predominar as doenças crônicas, particularmente as cardiovasculares, alterando todo o perfil morbi-mortalidade dos diferentes países desenvolvidos. (SAMPAIO; SILVA; SABRY, 2007).

A alimentação pode constituir-se em importante fator de risco de doenças cardiovasculares ateroscleróticas, na medida em que contribui para a etiologia das dislipidemias, obesidade e hipertensão. Tem sido constatada estreita relação entre o consumo qualitativo e quantitativo de gorduras e de colesterol com essas morbidades. Portanto, de fundamental importância a identificação de hábitos alimentares, na medida em que a dieta faz parte da etiologia dessas doenças. (MARTINS; MARINHO, 2003).

### 3.5.3 Hipertensão

Embora os mecanismos pelos quais a obesidade eleva a Pressão Arterial (PA) não estejam totalmente entendidos, existe uma clara evidência de que anormalidades na função renal desenvolvem hipertensão em indivíduos obesos. Tem sido relatado que indivíduos obesos retêm sódio e água em excesso e que, quando este volume é acompanhado de vasoconstrição, a PA aumenta (OLIVEIRA; VELASQUEZ-MELENDZ, 2007).

A hipertensão é uma doença de alta prevalência no Brasil, atingindo os adultos jovens e os idosos em aproximadamente 20% e 50%, respectivamente. Em torno de 85% das pessoas que foram acometidas por acidente vascular encefálico e 40% das vítimas de infarto do miocárdio apresentam, como doença associada, a HAS. Dados do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) demonstram que 40% das aposentadorias precoces decorrem desse tipo de enfermidade (CASTRO et al., 2005).

Na etiologia da hipertensão encontram-se a herança genética e outros fatores de natureza socioambiental, resultantes de modos de viver, que envolvem hábitos culturais, tais como os alimentares, consumo de bebidas alcoólicas e tabagismo, formas de trabalho e de desgaste físico, além do estresse psicológico condicionado à lida cotidiana. (MARTINS; MARINHO, 2003)

A hipertensão arterial é uma doença crônica, comumente assintomática, caracterizada pelo aumento constante da pressão arterial (PA). Para a OMS os valores admitidos de PA são: 120x80mmHg, para a população adulta, em que a PA é considerada ótima e 130x85mmHg é considerada limítrofe. Valores pressóricos superiores a 140x90mmHg, de modo consistente é considerado um indivíduo portador de hipertensão, a qual é indicada como o fator de risco conhecido de maior importância para a morbidade e mortalidade precoces causadas por doenças cardiovasculares. Evidências relacionam níveis elevados de pressão sistólica, diastólica ou ambas, com maior probabilidade de ocorrência de doença isquêmica do coração, doenças

cerebrovasculares, aterosclerose e mortalidade geral, os estudos populacionais disponíveis estimaram prevalências entre 15% e 30% para os homens e entre 15% e 27% para as mulheres. (CHOR, 1995).

Em indivíduos obesos a hipertensão ocorre 2,9 vezes mais do que em indivíduos com peso normal. Apesar de não existir uma relação definida entre obesidade e doenças cardiovasculares, alguns autores consideram que um indivíduo obeso tem 1,5 vezes mais predisposição para apresentar níveis plasmáticos elevados de triglicérides e colesterol (COPPINI; WAITZBERG, 2004).

A condição socioeconômica também pode ter influência multifatorial na hipertensão. No mundo do trabalho, a hipertensão arterial sistêmica é mais encontrada entre os trabalhadores não-especializados, que ganham menores salários, dos setores secundários e terciários da economia. As pessoas menos favorecidas não possuem acesso a informações, não têm, portanto, conhecimento sobre a hipertensão (CASTRO; ROLIM; MAURICIO, 2005).

Entre as mudanças que devem ocorrer na vida de um hipertenso, estão à redução do peso corporal com realização de “dieta” balanceada com redução do teor de sódio, o aumento da ingestão de frutas e verduras, a redução de bebidas alcoólicas, a realização de exercícios físicos, a cessação/atenuação do tabagismo e a substituição da gordura saturada por poliinsaturados e monoinsaturados (BATISTA; RISSIN, 2003).

#### 3.5.4 Dislipidemias

As modificações metabólicas dos lipídios provocadas por desordens no período do metabolismo ocasionam reflexos nas superfícies séricas das lipoproteínas, evidenciado que a gordura corporal deve ser avaliada associada ao grau da obesidade, juntamente com a sua distribuição regional, se periférica ou central, o que proporcionará uma resposta sobre os lipídeos sanguíneos, pois quanto mais elevado for a gordura apresentada mais a probabilidade de se



tornar dislipidêmico provocando possíveis problemas cardiovasculares, decorrentes da resistência insulínica e uma imediata reciclagem de ácidos graxos por meio da lipase (COSTA et al., 2008).

Esses autores, relatam que um quarto dos adultos americanos apresenta a seguinte situação: CC (homens  $\geq 102$  cm e mulheres  $\geq 88$  cm), triglicérides  $\geq 150$ mg /dia, HDL (homens  $<40$ mg/dl e mulheres  $< 50$ mg/dl), PA 130/85 mmhg e glicemia  $\geq 110$  mg/dl características de síndrome metabólica.

As dislipidemias são consideradas um dos principais fatores determinantes para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Elevadas concentrações de triglicerídeo plasmático (TGL), colesterol total (CT) e sua fração LDL, associadas à diminuição nos valores de HDL aumentam a probabilidade do desenvolvimento dessas enfermidades (DESPRES et al., 1990; ARNER, 2000).

O risco de desenvolver doenças coronarianas duplica quando o nível de colesterol sérico passa de 200 mg/dl para 250mg/dl, chegando a quadruplicar quando atinge níveis de 300 mg/dl (SANTOS; SPÓSITO, 2002).

### **3.6 Indicadores antropométricos**

Para avaliação da composição corporal, alguns métodos são utilizados, diretos ou indiretos. Com relação aos métodos diretos, nestes se avaliam a determinação histológica de células adiposas por biópsia. Já os métodos indiretos, os mesmos estão baseados na avaliação qualitativa e quantitativa de um ou mais compartimentos corporais (COUTINHO, 1999).

Os parâmetros utilizados para a avaliação da composição corporal são realizados por métodos indiretos que proporcionam a estimativa de gordura corporal e massa magra (Quadro 3).

**Quadro 3: Métodos utilizados para avaliação do estado nutricional**

<b>Métodos Objetivos</b>	<b>Métodos subjetivos</b>
Antropometria	Exame físico
Composição corporal	Avaliação global subjetiva
Parâmetros bioquímicos	
Consumo alimentar	

Fonte: Kaminura; Baxmann; Sampaio; Cuppari, 2002.

Esses métodos isoladamente não caracterizam a condição nutricional geral do indivíduo, sendo, portanto, necessário empregar a associação de alguns indicadores para melhorar a precisão e a acurácia do diagnóstico nutricional (KAMIMURA et al.,2002).

### 3.6.1 Índice de massa corporal

O IMC, expresso pela relação entre a massa corporal (Kg) kg e estatura ( $m^2$ ), é amplamente utilizado como indicador do estado nutricional por sua boa correlação com a massa corporal e baixa correlação com a estatura (SANTOS, 2005).

É um método prático e útil para medir a obesidade em grupos populacionais, podendo ser utilizado para estimar a prevalência da obesidade e a associação com seus riscos. (CARVALHO, 2002).

Apesar do IMC não fazer distinção de massa magra e massa adipócita e não fornecer a distribuição da gordura a nível corporal, é considerado o melhor método que correlaciona peso e massa de gordura. Reflete a proporção do tecido adiposo na massa corporal independente de localização (ALMEIDA, 2008).

### 3.6.2 Circunferência da cintura

A circunferência da cintura é um indicador aproximado de gordura abdominal e gordura corporal total. As variações desta medida refletem mudanças na severidade dos fatores de risco para enfermidade cardiovascular e outras de enfermidade crônicas (CUPPARI, 2002). Tem sido apontada como melhor indicador para aferir a obesidade abdominal por ter melhor reprodutividade, estando fortemente relacionada com as doenças cardiovasculares ateroscleróticas (MARTINS, 2003).

Os pontos de corte para a CC para predizer a obesidade abdominal (OABD), em alguns estudos, oscilam entre 71,5 e 88 cm para mulheres. Na população asiática, a OMS, classificou como risco de comorbidades, valores  $\geq 80$  cm para mulheres e  $\geq 90$  cm para homens (WHO, 1997).

No Brasil, estudos vêm sendo realizados para melhor conhecer os pontos de corte da população, estes valores variam de 83 a 87,5 cm (PITANGA; LESSA, 2004; PITANGA; LESSA, 2005; BARBOSA et al., 2006).

A CC está melhor correlacionada com a quantidade de tecido adiposo visceral, está associada a doenças crônicas não-transmissíveis. A aferição desta medida deveria ser adotada como rotina na prática clínica, devido a sua aceitabilidade, praticidade, simplicidade e facilidade de interpretação (OLINTO et al., 2006).

### 3.6.3 Razão cintura/quadril

Definida pela divisão entre o maior perímetro abdominal, medida entre a última costela e a crista ilíaca, e o perímetro dos quadris em nível dos trocânteres femorais. Índices superiores a 0,8 em mulheres e 0,9 em homens, definem distribuição central de gordura e estatisticamente se correlacionam com maior quantidade de gordura visceral (HALPEN; MANCINI, 1999).

### 3.6.4 Índice de conicidade

O índice de conicidade surge na década de 90, com o objetivo de avaliar a obesidade e a distribuição de gordura corporal. Este indicador é determinado com a medida de peso, estatura e circunferência da cintura. Pessoas que acumulam gordura em volta da região central do tronco têm a forma do corpo parecida com um duplo cone, ou seja, dois cones com uma base comum, dispostos um sobre o outro, enquanto aquelas com menor quantidade de gordura na região central teriam a aparência de um cilindro (PITANGA, 2004).

Valores próximos de 1,00 representam perfil morfológico similar à de um cilindro, o que prediz baixo risco para o aparecimento de doenças cardiovasculares e metabólicas, e valores próximos de 1,73, indicam a forma do corpo similar a um duplo cone, o que indica risco elevado para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares (VALDEZ et al., 1993).

### 3.7 Pontos de corte de indicadores antropométricos em diferentes populações

O ponto de corte adequado para estimar a obesidade, especificamente a abdominal, irá depender da população estudada e da metodologia utilizada. Desta forma, o Quadro 4, a seguir, exemplifica um resumo de 10 estudos sobre ponto de corte da CC e da RCQ para a discriminação de obesidade abdominal em homens e mulheres (ALMEIDA, 2008).

**Quadro 4: Média, desvio padrão e pontos de corte da CC e da RCQ para predição de obesidade abdominal em homens e mulheres, identificados por autor, ano de publicação, idade, país e amostra.**

Autor/ano	Idade (anos)	País	Ponto de corte da RCQ (média ±DP)	Ponto de corte da CC (média ± DP)	Amostra (total)
<i>Lean; Han; Morison, 1995</i>	25-74	Escócia	0,80 (0,80±0,07) 0,93 (0,93±0,07)	Nível 1=80 cm/Nível 2= 88 cm (82,0±12,3) Nível 1=94 cm/Nível 2= 102 cm (93,0±11,9)	1918 Total <b>1014 mulheres</b> <b>904 homens</b>
<i>Han et al, 1999</i>	20-59	Holanda	0,80 (0,79±0,07) 0,90 (0,90±0,07)	Nível 1=80 cm/Nível 2=88 cm (80,3±10,9) Nível 1=94 cm/Nível 2=102 cm (91,6±10,4)	4881 Total <b>2698 mulheres</b> <b>2183 homens</b>
<i>Ko et al, 1999</i>	Média (37,5±9,2)	China	0,80 (0,80±0,06) 0,87 (0,87±0,05)	76 cm (74,9±8,3) 80 cm (80,8±7,8)	1504 Total <b>603 mulheres</b> <b>901 homens</b>
<i>Dobbelsteyn et al, 2001</i>	18-74	Canadá	0,80 0,78(0,001) * 0,90 0,90(0,001) *	80 cm 79,1(0,76) * 90 cm 91,2(0,46) *	9913 Total <b>4962 mulheres</b> <b>4951 homens</b>
<i>Berberet al, 2001</i>	Média (39,1±14,2)	México	0,85 (0,84±0,07) 0,90 (0,91±0,05)	85 cm (81,92±8,18) 90 cm (87,26±7,11)	8365 Total <b>5939 mulheres</b> <b>2426 homens</b>
<i>Lin et al, 2002</i>	Média (37±11,1)	Taiwan	0,76 (0,75±0,05) 0,85 (0,85±0,06)	71,5 cm (70,2±7,7) 80,5 cm (80,5±8,6)	55563 Total <b>29204 mulheres</b> <b>26359 homens</b>
<i>Ito et al, 2003</i>	20-79	Japão	0,80 (0,77±0,07) 0,90 (0,89±0,07)	73 cm (69,5±8,4) 84 cm (82,4±9,2)	2728 Total <b>1960 mulheres</b> <b>768 homens</b>
<i>Pitanga: Lessa, 2005</i>	30-74	Brasil	0,83 (0,83±0,08) 0,92 (0,91±0,07)	83 cm (82,7±12,2) 88 cm (85,6±10,1)	968 Total <b>577 mulheres</b> <b>391 homens</b>
<i>Barbosa et al, 2006</i>	>20	Brasil	Não pesquisado	84 cm (80,8±12,3) 88 cm (83,6±10,2)	1439 Total <b>829 mulheres</b> <b>610 homens</b>
<i>Hara et al, 2006</i>	30-80	Japão	Não pesquisado	78 cm (74,3±7,6) 85 cm (83,5 ±7,8)	706 Total <b>298 mulheres</b> <b>408 homens</b>

Fonte: Almeida, 2008

### **3.8 Considerações de gênero e saúde.**

De acordo com Suárez (1996), o gênero significa categorizar as pessoas de forma como são representadas ou construídas simbolicamente. Pode ser expresso pelo desempenho de papéis e de relações sociais pautadas nas diferenças entre homens e mulheres.

As diferenças observadas, com relação à saúde entre homens e mulheres, foram neutralizadas, há algum tempo atrás, com base nas teorias biológicas. As quais estão relacionadas com as concepções de gênero, em que o homem é um ser universal e a mulher, um ser especial. A noção de existência entre os dois sexos surgiu no século XVIII, ao se avaliar a distinção dos órgãos reprodutivos. A mulher seria frágil e vulnerável a qualquer tipo de influência, devido a sua sensibilidade, por ser capaz de gerar uma vida (AQUINO, 2006).

Mulheres brasileiras têm vivido mais do que os homens, revelam dados da Fiocruz (1986). Algumas características são semelhantes às encontradas em países industrializados, em que o sexo masculino sofre mais de doenças do aparelho circulatório.

As doenças que frequentemente acometem o sexo feminino são: doenças infecciosas, as condições respiratórias, as doenças do sistema digestivo e outras condições agudas, como as dores de cabeça e de ouvido, problemas de pele, viroses inespecíficas e problemas músculo-esqueléticos (AQUINO; MENEZES; AMOEDO, 1992).

As diferenças encontradas têm sido atribuídas à exposição diferenciada a fatores de risco, especialmente no trabalho, como decorrência do lugar social de homens e mulheres. Outro fator que pertinente são as diferenças de gênero na construção da experiência de adoecimento, tanto na percepção, quanto no relato diferenciado entre os sexos (AQUINO, 2006).

O gênero enfocado como categorização sociológica permite refletir sobre possibilidades de pensar a questão do homem e da mulher, nas relações sujeito e sociedade. Vemos a importância de serem questionados os papéis

sociais que configuram o modelo masculino e o feminino na nossa cultura e como eles se vêem nesse papéis, representam e constroem a sua identidade (MOTA, 1998).

### **3.9 Transtornos alimentares**

Os transtornos alimentares são síndromes comportamentais cujos critérios diagnósticos têm sido amplamente estudados nos últimos 30 anos. São descritos como transtornos e não como doenças por ainda não se conhecer bem sua etiopatogenia. Os atuais sistemas classificatórios de transtornos mentais, DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual, IV edition*) e CID-10 (Classificação Internacional de Doenças, 10ª edição), ressaltam duas entidades nosológicas principais: a Anorexia Nervosa (AN) e a Bulimia Nervosa (BN) (CLAUDINO ; BORGES, 2002).

Apesar de serem classificados separadamente, os dois transtornos acham-se intimamente relacionados por apresentarem psicopatologia comum: uma idéia prevalente envolvendo a preocupação excessiva com o peso e a forma corporal (medo de engordar), que leva os pacientes a se engajarem em dietas extremamente restritivas ou a utilizarem métodos inapropriados para alcançarem o corpo idealizado. Os pacientes costumam julgar a si mesmos baseando-se quase que exclusivamente em sua aparência física, com a qual se mostram sempre insatisfeitos (CLAUDINO; BORGES, 2002).

Existem, portanto, outros transtornos alimentares classificados por outras especificações, os quais incluem os quadros atípicos de AN e BN e os transtornos de compulsão alimentar periódica. A primeira descrição anormal de episódios de descontrole alimentar entre os indivíduos obesos foi realizada em 1979 pelo pesquisador Stunkard, sugerindo que entre este grupo poderia existir um subgrupo com padrão alimentar diferenciado. Os indivíduos com mecanismos de compulsões alimentares recorrentes e que não apresentassem mecanismos compensatórios como os bulímicos, fossem investigados como uma nova categoria de TA (PASSOS; STEFANO; BORGES, 2005).

### 3.9.1 Anorexia nervosa (AN)

A anorexia nervosa, descrita há três séculos, foi considerada uma forma de doença da glândula pituitária, sendo após descrita como uma variante não-específica de doenças psiquiátricas e posteriormente considerada uma síndrome específica com traços clínicos característicos (VILELA et al., 2004). Três critérios considerados antigos, mas que definem com precisão a anorexia nervosa, foram descritos por Russel (1979):

- Comportamento dirigido para grande perda de peso;
- Característica psicopatológica do medo mórbido de se tornar gordo;
- Evidência de uma desordem endócrina cursando com amenorréia, nas mulheres, e impotência, nos homens.

A AN é caracterizada por perda de peso intensa e intencional às custas de dietas extremamente rígidas com uma busca desenfreada pela magreza, uma distorção grosseira da imagem corporal e alterações do ciclo menstrual (CORDÁS, 2004).

Verificam-se, no Quadro 5, adiante, os critérios diagnósticos segundo o DSM-IV (APA-1994) e CID-10 (OMS-1993).



### Quadro 5: Critérios diagnósticos de anorexia nervosa segundo DSM-IV e CID-10

<p>1. Recusa de manter o peso dentro ou acima do mínimo normal adequado à idade e altura por exemplo, perda de peso, levando a manutenção do peso corporal 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>2. Medo intenso do ganho de peso ou de se tornar gordo, mesmo com peso inferior.</p> <p>3. Perturbação no modo de vivenciar o peso, tamanho ou formas corporais; excessiva influência do peso ou forma corporais na maneira de auto-avaliar; negação da gravidade do baixo peso.</p> <p>4. No que diz respeito especificamente às mulheres, a ausência de pelo menos três ciclos menstruais consecutivos, quando é esperado ocorrer o contrário (amenorréia primária ou secundária) Considera-se que uma mulher tem amenorréia se os seus períodos mentruais ocorrem somente após o uso de hormônios; por exemplo, estrógeno administrado.</p> <p>Tipo – Restritivo: não há episódio de comer compulsivamente ou prática purgativa (vômito auto-induzido, uso de laxantes, diuréticos, enemas).</p> <p>Purgativo: existe episódio de comer compulsivamente e/ou purgação.</p>	<p>a) Há perda de peso ou, em crianças, falta de ganho de peso, e peso corporal é mantido em pelo menos 15% baixo do esperado;</p> <p>b) A perda de peso é auto-induzida pela evitação de “alimentos que não engordam”;</p> <p>c) Há uma distorção na imagem corporal na forma de uma psicopatologia específica de um pavor de engordar;</p> <p>d) Um transtorno endócrino generalizado envolvendo o eixo hipotalâmico-hipofisário-gonadal é manifestado em mulheres como amenorréia e em homens como uma perda de interesse e potência sexuais (uma exceção aparente é a persistência de sangramentos vaginais em mulheres anoréxicas que estão recebendo terapia de reposição hormonal, mais comumente tomada como uma pílula contraceptiva).</p> <p><b>Comentários:</b> Se o início é pré-puberal, a sequência de eventos da puberdade é demorada ou mesmo detida e o crescimento cessa; nas garotas, as mamas não se desenvolvem e há uma amenorréia primária; nos garotos, os órgãos genitais permanecem juvenis). Com a recuperação, a puberdade é com frequência completada normalmente, porém a menarca é tardia; os seguintes aspectos corroboram com o diagnóstico, mas não são elementos essenciais; vômitos autoinduzidos, purgação autoinduzida, exercícios excessivos e uso de anorexígenos e/ou diuréticos.</p>
--	--

#### 3.9.2 Bulimia nervosa (BN)

O termo *boulimos* já era usado séculos antes de Cristo. Hipócrates o empregava para designar uma fome doentia, diferente da fome fisiológica. Em 1743, James descreve a *true boulimus* para os episódios de grande ingestão de alimentos e preocupação intensa com os mesmos, seguidos de desmaios e uma variante chamada *caninus appetities*, com vômitos após esses episódios. A descrição de bulimia nervosa surge com Gerald Russell (1979), em Londres,

a partir da descrição de pacientes com peso normal, com pavor de engordar, que tinham episódios bulímicos e vômitos autoinduzidos (CORDÁS, 2004).

Transtorno caracterizado pela ingestão compulsiva e rápida de grandes quantidades de alimento, em pouco espaço de tempo, com pouco ou nenhum prazer, alternada com um comportamento dirigido para evitar o ganho de peso e um medo extremo de engordar. Os indivíduos que apresentam o quadro de bulimia têm história de sobrepeso ou um peso no seu limite superior (VILELA et al., 2004).

E seguida, verificam-se, no Quadro 6, os critérios diagnósticos segundo o DSM-IV (APA-1994) e CID-10 (OMS-1993) para a bulimia nervosa.

#### **Quadro 6 : Critérios diagnósticos de bulimia nervosa segundo DSM-IV e CID-10**

<p>A. Episódios recorrentes de consumo alimentar compulsivo episódios bulímicos - tendo as seguintes características:</p> <p>1. ingestão em pequeno intervalo de tempo (i.e.,aproximadamente em duas horas) uma quantidade de comida claramente maior do que a maioria das pessoas comeria no mesmo tempo e nas mesmas circunstâncias;</p> <p>2. sensação de perda de controle sobre o comportamento alimentar durante os episódios (i.e., sensação da não conseguir parar de comer ou controlar o que e quanto come).</p> <p>B.Comportamentos compensatórios inapropriados para prevenir ganho de peso, como vômito auto-induzido, abuso de laxantes, diuréticos ou outras drogas, dieta restrita ou jejum ou, ainda, exercícios vigorosos.</p> <p>C. Os episódios bulímicos e os comportamentos compensatórios ocorrem, em média, duas vezes por semana, por pelo menos três meses.</p> <p>D. A autoavaliação é indevidamente influenciada pela forma e peso corporais. O distúrbio não ocorre exclusivamente durante episódios de anorexia nervosa.</p> <p>Tipos: - Purgativo: autoindução de vômitos, uso indevido de laxantes e diuréticos, enemas. - Sem purgação: sem práticas purgativas, prática de exercícios excessivos e jejuns.</p>	<p>A. O paciente sucumbe a episódios de hiperfagia, nos quais grandes quantidades de alimento são consumidas em curtos períodos de tempo (pelo menos duas vezes por semana durante um período de três meses).</p> <p>B. Preocupação persistente com o comer e um forte desejo ou um sentimento de compulsão a comer.</p> <p>C. O paciente tenta neutralizar os efeitos "de engordar" dos alimentos por meio de um ou mais do que segue: vômitos auto-induzidos, purgação autoinduzida, períodos de alternância de inanição, uso de drogas tais como anorexígenos, preparados tireoidianos ou diuréticos. Quando a bulimia ocorre em pacientes diabéticos, eles podem negligenciar seu tratamento insulínico.</p> <p>D. Há uma autopercepção de estar muito gorda, com pavor intenso de engordar e com uso exercícios excessivos ou jejuns.</p>
--	--

### 3.9.3 Transtornos de compulsão alimentar periódica (TCAP)

A TCAP é considerada uma síndrome que surgiu com a necessidade de se discriminar indivíduos obesos com compulsão daqueles sem compulsão alimentar e dos bulímicos. A base do diagnóstico de TCAP está entre os recorrentes episódios de compulsão alimentar que envolvem duas características principais: o excesso alimentar (para o tempo de duração para a ingestão) e a perda de controle (CLAUDINO E BORGES, 2002).

O diagnóstico de TCAP é aplicado aos indivíduos que apresentam episódios recorrentes, incontroláveis e perturbadores de compulsão alimentar, porém, sem os comportamentos compensatórios como aqueles observados na BN. Muito embora não se encontre limitado aos indivíduos obesos, é um diagnóstico frequentemente observado nesse grupo, especialmente nos que procuram tratamento para perder peso (APPOLINARIO, 2004).

Para maior esclarecimento, estão descritos, no Quadro 7, os critérios diagnósticos do TCAP, segundo o DSM-IV.

#### **Quadro 7: Critérios diagnósticos para transtornos de compulsão alimentar periódica**

<p>Critérios diagnósticos sugeridos pelo DSM-IV</p> <p>Episódios recorrentes de compulsão alimentar periódica (excesso alimentar + perda de controle)</p> <p>Comportamentos associados à compulsão alimentar: (pelo menos 3)</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</p> <p>Frequência e duração da compulsão alimentar: média de dois dias/semana por seis meses</p> <p>Não se utiliza de métodos compensatórios inadequados (ex. purgação)</p>
---

## **4 METODOLOGIA**

Este projeto foi um recorte do estudo intitulado “ Caracterização da situação de saúde mental da população de Feira de Santana, Brasil, 2007”, 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**

Um estudo epidemiológico de corte transversal descritivo. Os estudos de corte transversal caracterizam-se pela avaliação simultânea de exposição e doença em um ponto do tempo ou num período curto de tempo. O tipo mais comum de estudo seccional é o pontual, no qual a prevalência na população de trabalhadores é medida em um único momento.

Podem ser citadas algumas vantagens para a realização de uma pesquisa dessa natureza: fácil execução e custo reduzido; limite de tempo e recursos para a obtenção de informações; fornece informações sobre a frequência e características da doença ou agravo, direcionando a intervenção por parte dos serviços e programas de saúde; permite descrever características dos eventos na população, seja dos fatores a ela relacionados, a fim de identificar casos ou detectar grupos de risco, para os quais podem-se privilegiar medidas de intervenção mais imediatas; permite a investigação não apenas de estados de doença, mas condições ou estados que podem levar à doença (PEREIRA,1995).

### **4.2 Caracterização do município de Feira de Santana**

Os dados em seguida foram retirados do site do Instituto de Brasileiro de Geografia e Estatística (2009).

Em meados do século XVIII, os donos da Fazenda Sant'Anna dos Olhos D'Água, Domingos Barbosa de Araújo e Ana Brandoa, construíram uma Capela dedicada a Nossa Senhora Sant'Anna. Esta, por sua localização privilegiada, passou a ser ponto de referência pelos que trafegavam na região.

No final do século, o desenvolvimento do comércio, em particular de gado, deu origem a uma feira, que acabou por se transformar em um centro de negócios. Com o grande número de feirantes, o povoado foi forçado a progredir. Ruas foram abertas, facilitando o trânsito; lojas começaram a aparecer em grande número; e, assim, foi chegando o progresso.

Em 1833, foram criados o município e a vila, com o território desmembrado de Cachoeira e constituído pelas freguesias de São José das Itaporocas, Sagrado Coração de Jesus do Perdão e Sant'Anna do Comissão (atual Ipirá).

Passou a ser cidade em 1873, com o nome de Cidade Comercial de Feira de Santana. Em 1938, essa denominação foi simplificada para Feira de Santana. A "Princesa do Sertão" - nome dado por Rui Barbosa, numa visita à cidade, em 1919, por sua posição geográfica privilegiada, (maior entroncamento rodoviário do Norte/Nordeste do país), vem experimentando um processo de evolução sem precedente no estado, permanecendo, assim, fiel ao seu passado de sempre crescer e produzir.

Atualmente, Feira de Santana é a segunda maior cidade do Estado e tem como atividades econômicas principais o comércio, a indústria, serviços, a agricultura e a pecuária.

É um município brasileiro do estado da Bahia situado a 107 km da capital, Salvador, à qual se liga através da BR-324. Localiza-se a 12°16'00" de latitude sul e 38°58'00" de longitude oeste, a uma altitude de 234 metros. Sua população estimada em 2008 era de 584.497 habitantes.

A cidade encontra-se num dos principais entroncamentos de rodovias do Nordeste brasileiro, onde ocorre o encontro das BRs 101,116 e 324, funcionando como ponto de passagem para o tráfego que vem do Sul e do Centro-Oeste e se dirige para Salvador e outras importantes cidades nordestinas. Graças à posição privilegiada e à distância relativamente

pequena de Salvador, possui um importante e diversificado setor de comércio e serviços, além de indústrias de transformação e a Universidade Estadual de Feira de Santana, com 21 cursos, além de seis faculdades particulares.

Os órgãos responsáveis pela saúde no município são: a Segunda Diretoria Regional de Saúde (2ª Dires) e a Secretaria Municipal de Saúde, órgãos vinculados à esfera estadual e municipal, respectivamente. A Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana (SMS-FS) foi criada em 1990, pela lei n.1.349, e tem as seguintes divisões administrativas: Enfermagem, Odontologia, Medicina, Vigilância Sanitária, Controle Epidemiológico, Controle Financeiro, Administrativo das Unidades de Saúde e Informação em Saúde.

### **4.3 Área de estudo**

O local da investigação será a zona urbana do município de Feira de Santana, cidade comercial, plana, localizada entre o Recôncavo e os tabuleiros semiáridos do nordeste baiano, a 108 Km da capital Salvador. Conhecida como “Princesa do Sertão”, Feira de Santana possui 1344 Km<sup>2</sup>, e sua sede estende-se por 111 km<sup>2</sup>. Apresenta clima quente e úmido, situa-se a 324 metros acima do nível do mar. Em última análise do DATASUS (2005), possui 527.625 habitantes, sendo 275.680 (52,25%) mulheres e 251.945 (47,75%) homens.

### **4.4 População de estudo**

A população do estudo será constituída de indivíduos adultos (20 a 59 anos) da zona urbana de Feira de Santana-Ba, selecionados do banco de dados, do projeto-mãe.

Na pesquisa inicial, uma amostra foi selecionada, por procedimento aleatório, da população com idade de 15 anos ou mais, residente na zona urbana de Feira de Santana-Ba.

A seleção das áreas foi através de 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 será feita por etapas múltiplas sucessivas.

Para a seleção da amostra, foram adotados 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 dos setores censitários a serem incluídos na amostra em cada subdistrito;
6. Seleção aleatória das ruas a serem incluídas na amostra em cada setor censitário;
7. Todos os domicílios nas ruas sorteadas serão incluídos na amostra;
8. Todos os indivíduos com 15 anos ou mais de idade, residentes nos domicílios das ruas sorteadas, serão considerados indivíduos elegíveis, compondo a amostra a ser estudada.

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

#### **4.5 Critérios de inclusão e exclusão**

Serão incluídos no estudo indivíduos de 20 a 59 anos, ambos os sexos, que residem na zona urbana de Feira de Santana-Ba.

Serão excluídos do estudo indivíduos na faixa etária de 15 a 19 anos e maiores de 59 anos, bem como os indivíduos que não assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (Anexo A).

#### **4.6 Instrumento de coleta de dados**

No projeto-mãe foram utilizados dois tipos de instrumentos: a ficha domiciliar ( a qual incluiu informações sobre o domicílio (endereço, número de cômodos, infraestrutura existente) e sobre os seus residentes ( lista de todos os moradores identificando sexo e idade); e o questionário individual, que será utilizado neste projeto.

No questionário individual (Apêndice A), estão incluídas questões sobre:

1. Características sociodemográficas (idade, situação conjugal, escolaridade, chefia da família, renda, tipo de moradia, migração);
2. Características do trabalho profissional (profissão, situação profissional, vínculo de trabalho (formal/informal), local de trabalho, carga horária);
3. Aspectos psicossociais do trabalho - serão investigados a partir do modelo demanda-controle de Karasek, utilizando-se o Questionário sobre o Conteúdo do Trabalho (Job Content Questionnaire) (Karasek, 1985). Serão avaliados controle do trabalhador sobre o seu trabalho, demandas psicológicas



do trabalho, demanda física, suporte dos colegas e chefia e segurança no trabalho;

4. Características do trabalho doméstico (grau de responsabilidade pelas tarefas domésticas, tipos de atividades realizadas, carga horária disponibilizada, apoio na realização das tarefas, participação de parceiros/as na execução das tarefas);

5. Saúde reprodutiva (idade de início da vida sexual, gravidez, número de filhos, tipo de parto, aborto, uso de métodos anticoncepcionais, menopausa);

6. Avaliação da saúde mental - será conduzida a partir da utilização do SRQ-20 (para detecção de transtornos mentais comuns), CAGE (para triagem de consumo abusivo de álcool), consumo de medicamentos (psicofármacos), padrões de sono.

7. Atividades de lazer – referem-se aos principais recursos usados para relaxamento e bem-estar (cinema, conversa com amigos, atividades físicas, jogos variados, tv, rádio, clube) e tempo destinado a essas atividades.

8. Atos de violência (se sofreu, quais os tipos de agressão sofrida).

#### **4.7 Variáveis do estudo**

##### **4.7.1 Variável dependente**

Obesidade – será autorreferida .

##### **4.7.2 Variáveis independentes**

O estudo é descritivo, pretendeu-se estimar a prevalência de obesidade segundo fatores de riscos associados à patologia. Por tal razão, incluiu as seguintes variáveis:

- Características sociodemográficas (sexo, etnia, faixa etária, situação conjugal, escolaridade, renda);
- Características sociocomportamentais( hábitos de vida, uso de bebidas alcoólicas, hábito de fumar);
- Características do transtorno alimentar (serão investigados os Transtornos de Compulsão Alimentar Periódica (TCAP) e a Bulimia Nervosa (BN) através de dois grupos de questões, as quais compõem o bloco sobre o comportamento alimentar, do *Patient Health Questionnaire* (PHQ).

#### **4.8 Análise de dados**

As variáveis coletadas, no projeto inicial, nos instrumentos de pesquisa, foram codificadas. Em seguida, construído um banco utilizando o programa estatístico SPSS - *Statistical Packard for Social Science* (SPSS), versão 9.0.

Os dados foram, em seguida, digitados. Para avaliação da qualidade desses dados e da precisão das informações, foi sorteada amostra de 10% dos casos para averiguação da qualidade das informações digitadas. Os erros detectados foram prontamente corrigidos.

Neste projeto, os dados serão analisados pelo programa estatístico SPSS - *Statistical Packard for Social Science* (SPSS), versão 9.0 e o R console 2.9.2.

#### **4.9 Análise descritiva das variáveis**

##### **4.9.1 Características sociodemográficas e comportamentais**

As variáveis sociodemográficas serão identificadas por: sexo, idade, situação conjugal, escolaridade, raça e renda mensal (Anexo B).

Com relação à raça, serão agrupadas em duas categorias negras e não negras. Negras para os indivíduos que se autorreferiram cor parda e preta e não negras para os indivíduos que se autorreferiram brancos, indígenas e amarelos.

As variáveis comportamentais serão avaliadas, se o indivíduo participa de atividades regulares de lazer para se distrair ou relaxar, respondendo de forma afirmativa (sim) ou negativa (não); Se participa, referir se são atividades socioculturais como: jogos, cinema/teatro, festa, seresta, barzinho, praia/piscina, visita a amigos, viagens, museus/teatro/exposições/bibliotecas, igreja, TV, ler livro, ouvir rádio, e se desempenha atividades físicas como: ginástica, caminhada, futebol/vôlei, natação/bicicleta, hidroginástica, yoga/dança; o tempo para desenvolver essas atividades é suficiente, os indivíduos terão as opções de sim, não ou não se aplica (quando não realizam atividade de lazer). Ainda nessa variável, será perguntado se, em relação ao esforço físico, consideram as atividades de lazer e relaxar e se distrair, como leve (lê, ouve rádio, assiste TV), moderada (caminhada, anda de bicicleta, aula de dança ou atividade física pelo menos 2 horas semanais), pesada (corre, faz ginástica, natação, jogos com bola ou atividade física, pelo menos, 4 horas semanais).

#### 4.9.2 Obesidade

Para identificar a obesidade será considerada a resposta autorreferida positiva. Tendo em vista que alguns estudos mostraram associação positiva com peso e estatura autorreferidos quando comparados com as medidas aferidas pelo pesquisador. Júnior (2007), em um estudo realizado com 867 adolescentes (433 rapazes e 434 moças), constatou uma elevada concordância entre as medidas autorreferidas e as medidas aferidas, Os índices de validade relativa do IMC, determinados a partir das medidas

referidas, oscilaram entre 60% e 79,1% para sensibilidade, 98,4% a 99,2% para especificidade, 89,8% e 90% para o valor preditivo positivo.

Segundo Silveira e colaboradores (2005), em estudos epidemiológicos, quando se trata de pesquisa sobre obesidade, é necessário classificar o estado nutricional, e o meio mais utilizado para desempenhar essa função é o IMC. No caso, tem-se necessidade de aferir peso e estatura dos indivíduos. A coleta dessas medidas, entretanto, implica, diretamente, custos, tempo de execução, treinamento de antropometristas, além de dificuldades de transporte do material para trabalhos de campo. Em países desenvolvidos, tem sido observada a frequente utilização de peso e altura autorreferidos em estudos epidemiológicos, tanto em questionários administrados, autopreenchidos, quanto em entrevistas por telefone. A utilização do peso e da altura referidos é uma prática pouco frequente no Brasil, possivelmente devido à carência de estudos nacionais e de base populacional analisando a validade de tais informações.

#### 4.9.3 Doenças crônicas não-transmissíveis

Para efeito de possível diagnóstico, o diabetes, a hipertensão e as cardiopatias serão autorreferidas pelos indivíduos pesquisados.

#### 4.9.4 Etilismo

Ao avaliar a variável etilismo, o indivíduo responderá sobre o consumo de bebida alcoólica; se alguma vez sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber, respondendo positiva ou negativamente; se as pessoas o (a) aborrecem porque criticam o seu modo de beber, respondendo sim ou não; se sente chateado consigo mesmo (a) pela maneira como costuma

beber, respondendo sim ou não; costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca, sim ou não.

#### 4.9.5 Tabagismo

Quanto ao tabagismo, os indivíduos da pesquisa responderão sobre o hábito de fumar (se foram ou são fumantes), quantos cigarros por dia, por quanto tempo fuma.

#### 4.9.6 Transtornos alimentares

Para avaliar os transtornos alimentares, serão aplicados dois grupos de questões do bloco sobre alimentação, que compreende um total de sete questões, com respostas consideradas dicotômicas (sim/não). No grupo I (questões referentes a Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica –TCAP e Bulimia Nervosa-BN: “Você normalmente sente que não consegue controlar o que você come e quanto come?”, “ Você frequentemente 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 frequência de duas vezes na semana pelos últimos 3 meses?” e no grupo II (questões específicas para bulimia nervosa): “Forçou o vômito?”, “Tomou mais do que duas vezes a dose recomendada de laxantes?”, “Jejuou-não comeu absolutamente nada por pelo menos 24horas?”, “ Fez exercícios físicos por mais de uma hora especificamente para deixar de ganhar peso depois de comer exageradamente?”).

As respostas afirmativas para as três questões do grupo I, classificarão os indivíduos como portadores de TCAP. Serão classificados como portadores de bulimia nervosa os que responderem positivamente todas as questões do grupo I, além de, pelo menos, responder positivamente uma questão do grupo II.

#### 4.10 Aspectos éticos

Os entrevistadores foram treinados e devidamente orientados sobre os procedimentos éticos a serem seguidos para o desenvolvimento do projeto-mãe, resguardando os direitos dos indivíduos em participarem ou não da investigação. No treinamento da equipe de pesquisa, foram incluídos tópicos sobre questões éticas e direitos individuais na condução de pesquisas com seres humanos.

Foi solicitada, aos indivíduos elegíveis para o estudo, concordância formal em participar da investigação, deveriam conhecer os objetivos e estar de acordo com os mesmos. A concordância em participar manifestou-se através de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), previsto na Resolução 196/96 do Comitê Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Durante todo o processo, foi preocupação da equipe: evitar possíveis constrangimentos e/ou incômodos advindos da natureza da pesquisa, assegurar a confidencialidade dos dados fornecidos pelo entrevistado ao garantir que seriam utilizados exclusivamente, para atender aos objetivos estabelecidos.

No caso de algum prejuízo por quaisquer danos decorrentes do estudo, as compensações seriam de acordo com as normas da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa citadas no capítulo VI-3 da Resolução 196/96 (BRASIL,1996).

O projeto: “Prevalência de obesidade e seus fatores e risco na população adulta do município de Feira de Santana-Ba, 2007”,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 protocolo Nº 202/2009 (CAAE-0210.0.059.000-09) (Anexo D).

Para a realização de nossa pesquisa, foi elaborado um documento de autorização para uso do banco de dados do projeto-mãe (Anexo C).

Este estudo poderá servir de alerta para os órgãos municipais da saúde quanto à necessidade de incrementar campanhas objetivando prevenção e tratamento da obesidade e, favorecer a redução de fatores de riscos a ela associados.



## 6. ORÇAMENTO

### 1. Material de Consumo

Especificação	Quantidade	Valor (R\$)	
		Unitário	Total
Material de escritório:			
Caneta	6	1,00	6,00
Grampeador	2	5,00	10,00
Papel A4	500	0,10	50,00
Furador	02	5,00	10,00
Borracha	6	1,00	6,00
Grampos e clips	10	2,00	20,00
Lapiseira	3	1,00	3,00
Classificador rápido	20	0,60	12,00
Cartuchos para impressora HP			
Preto			
colorido	2	80,00	160,00
	2	80,00	160,00
Subtotal			<b>437,00</b>

### 2. Outros serviços e encargos

Especificação	Quantidade	Valor (R\$)	
		Unitário	Total
Serviço de xerox	1000	0,10	100,00
Serviço de impressão e encadernação da dissertação (qualificação e versão final)	10	40,00	400,00
Digitador	1	500,00	500,00
Serviços de correios, telefone, fax. Encadernação e fotocopia			900,00
Assinatura de periódico para divulgação de artigo			200,00
Subtotal			<b>2.100,00</b>

### Resumo do Orçamento

Nº de ordem	Especificação	Valor (R\$)
01	Material de consumo	437,00
02	Outros serviços e encargos	2.100,00
	<b>TOTAL</b>	<b>2.537,00</b>

Este estudo está vinculado ao Núcleo de Epidemiologia (NEPI) da Universidade Estadual de Feira de Santana-Ba.



## REFERÊNCIAS

A MULHER brasileira: estatística de saúde. *Radis/Dados FIOCRUZ*, Rio de Janeiro, **4**: 1-24, 1986.

ABRANTES, M. M.; LAMOUNIER, J. A.; COLOSIMO, E.A.. Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes das regiões Sudeste e Nordeste. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 78, n. 4, 2002.

ALMEIDA, R. T, de. **Indicadores Antropométricos de obesidade abdominal: prevalência e fatores associados em funcionárias de uma instituição de ensino superior**. –107 fl, Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)- Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2008.

American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes. *Diabetes Care* 28: suplemento 1, janeiro,2005.

ANDERER JR, E. et al . Estudo da gastrinemia pré e pós-operatória em pacientes submetidos à gastroplastia vertical com banda e reconstrução em Y de Roux por obesidade mórbida. **Rev. Col. Bras. Cir**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 6, dez. 2008.

ANJOS, L. A. Índice de massa corporal (massa corporal estatura-2) como indicador do estado nutricional de adultos: Revisão de Literatura. **Rev. Saúde Pública**, dez, vol. 26, nº 6, p.431-436,1992.

APPOLINARIO, J. C.. Transtorno da compulsão alimentar periódica: uma entidade clínica emergente que responde ao tratamento farmacológico. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 26, n. 2, jun. 2004.

AQUINO, E. M.L.; MENEZES, G. M.S.; AMOEDO, M. B.. Gênero e saúde no Brasil: considerações a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 26, n. 3, June 1992.

\_\_\_\_\_. Gênero Saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil. **Rev. Saúde Pública**. Vol. 40, nº esp, p.121-132, 2006.

ARAUJO, A. A. de et al . Modificações da qualidade de vida sexual de obesos submetidos à cirurgia de Fobi-Capella. **Rev. Col. Bras. Cir.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, Feb. 2009.

ARNER, P. The relation between adipose tissue and obesity co-morbidity. Karolinska Institute at Huddinge University Hospital, Stockholm, Sweden. **Int J Obes**. V.26, sop. 1, p. S56-S213, 2000.

BARACAT, E. C.; SOARES JUNIOR, J. M.. Obesidade: um problema para o ginecologista?. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** , Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, fev. 2005.

BARBOSA, P. J. B. et al. Critério de obesidade central em população brasileira: impacto sobre a síndrome metabólica. **Arq. Bras. Cardiol**, out. , vol.87, n. 4, p.407-414, 2006.

BARROSO, G. dos S.; SICHIERI, R.; SALLES-COSTA, R.. Fatores associados ao déficit nutricional em crianças residentes em uma área de prevalência elevada de insegurança alimentar. **Rev. Bras. epidemiol.** , São Paulo, v. 11, n. 3, 2008.

BASUKI, S. B. S.; MONTEIRO, J. B. O Papel da Lipogênese de Novo no Desenvolvimento da Obesidade. **Rev. Nutr.** Vol. 2 Nº 4, julho-agosto 2003.

BATISTA FILHO, M.; RISSIN, A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Cad. Saúde Publica**. Rio de Janeiro, v.19, n.1, p. 181-191, 2003.

BERBER, A. *et al.* Anthropometric indexes em the prediction of type 2 diabetes mellitus, hypertension and dyslipidemia in a Mexican population. **Int J Obes** , vol.25, n. 12, p.1794-1799, 2001.

BERNARDI, F.; CICHELERO, C.; VITOLO, M. R. Comportamento de restrição alimentar e obesidade. **Rev. Nutr.**, Campinas, vol.18, nº 1 janeiro - fevereiro , p. 85-93, 2005.

BOUCHARD, C. et al. The genetics of human obesity. In: BRAY, G. A.; BOUCHARD, C.; JAMES, W. P. T. (Ed). **Handbook of obesity**. New York: Marcel Dekker, p. 157-190, 1998.

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

BUZZACHERA, C.F. et al. Prevalência de sobrepeso e obesidade geral e central em mulheres idosas da cidade de Curitiba, Paraná. **Rev. Nutr**, Campinas, v. 21, n. 5, out. 2008.

CAIRES, N. F. R.. **Sobrepeso e obesidade entre os funcionários da Universidade Estadual de Feira de Santana**, 2004. 200f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)-Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2005.

CARNEIRO, G.. et al. Influência da distribuição da gordura corporal sobre a prevalência de hipertensão arterial e outros fatores de risco cardiovascular em indivíduos obesos. **Rev. Assoc. Med. Bras**, 2003, pág. 306-311.

CARVALHO, K. M. B. de. Obesidade: In: CUPPARI, Lílian. **Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar**. UNIFESP/Escola Paulista de Medicina. Nutrição: Nutrição Clínica do Adulto. São Paulo: Manole, p.131-162, 2002.

CASTRO, M. E. de; ROLIM, M. O.; MAURICIO, T. F.. Prevenção da hipertensão e sua relação com o estilo de vida de trabalhadores. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 18, n. 2, June 2005.

CASTRO, T. G. de et al. Caracterização do consumo alimentar, ambiente socioeconômico e estado nutricional de pré-escolares de creches municipais. **Rev. Nutr.**, Jun, vol.18, no.3, p.321-330, 2005.

CERVATO, A M. et al. Dieta habitual e fatores de risco para doenças cardiovasculares. **Rev. Saúde Pública** 1997: 31: 227-35.

CHOR, D. et al. Doenças cardiovasculares: Um panorama da mortalidade no Brasil. In: MINAYO, M.C.S. **Os Muitos Brasis**: saúde e população na década de 80. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1995.

CLAUDINO, A.M.; BORGES, M.B.F. Criterios diagnósticos para os transtornos alimentares: conceitos em evolução. **Rev. Bras. Psiquiatr**, v.24, supl III, p.7-12, 2002.

CONSENSO BRASILEIRO SOBRE DIABETES, 2002. Diagnóstico e classificação do diabetes melito e tratamento do diabetes melito 2. Sociedade Brasileira de Diabetes. Rio de Janeiro, Ed. Diagraphic, maio 2003. Disponível em: <[http://www.diabetes.org.br/educacao/docs/Consenso\\_atual\\_2002.pdf](http://www.diabetes.org.br/educacao/docs/Consenso_atual_2002.pdf)>. Acesso em 23 de outubro de 2009.

CONSENSO LATINO AMERICANO DE OBESIDADE, 2007. Disponível em: <<http://www.abeso.org.br>>. Acesso em 09 de abr. 2009.

COPPINI, L. Z.; WAITZBERG, D. L. **Obesidade: Abordagem Dietética**. Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica. 3ª ed, São Paulo: Editora Atheneu, p.1023-1035, 2004.

CORDÁS, T. A.. Transtornos alimentares: classificação e diagnóstico. **Rev. psiquiatr. clín.** São Paulo, v. 31, n. 4 2004.

CORREIA, F. H. S. et al..Influência da gordura corporal no controle clínico e metabólico de pacientes com diabetes mellitus tipo 2. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.** Vol.47, nº 1, fev. p. 62-68, 2003.

COSTA, J. S. D. da et al. Consumo abusivo de álcool e fatores associados: estudo de base populacional. **Rev. Saúde Pública**, abr.,vol.38, n.2, p.284-291, 2008.

COUTINHO, W. Consenso Latino- Americano de Obesidade. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.** N.43, p.21-60, fev. 1999.

DESPRES, J. P. et al. Ral distribution of body fat, plasma lipoproteins, and cardiovascular disease. **Arteriosclerosis**. V. 10, p. 497-577, 1990.

DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/v\\_diretrizes\\_brasileira\\_hipertensao\\_arterial\\_2006.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/v_diretrizes_brasileira_hipertensao_arterial_2006.pdf)> Acesso em: 06 de abr. 2009.

DOBDELSTEYN, C. J. et al. A comparative evaluation of waist circumference, waist-to-hip ration and body mass index as indicators of cardiovascular risk factors. The canadian Heart Health Surveys. **Int J Obes.** vol.25, n. 5, p. 652-661, 2001.

FAGUNDES, A. L. N. et al . Prevalência de sobrepeso e obesidade em escolares da região de Parelheiros do município de São Paulo. **Rev. Paul. Pediatr.**, São Paulo, v. 26, n. 3, set. 2008.

FEIRA DE SANTANA. Disponível em: [http://pt.wikipedia.org/wiki/feira\\_de\\_santana](http://pt.wikipedia.org/wiki/feira_de_santana). Acesso em: 02 abr. 2009.

Feira de Santana 1999. *Plano Municipal de Saúde-1998-2001*. Secretaria Municipal de Saúde, Feira de Santana.

FILHO, M. B.; RISSIN, A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, Vol. 19, nº 1, 2003, p. 181-191.

FILHO, M. B. **Saúde e Nutrição**. IN ROUQUAYROL, Maria Zélia & Almeida Filho, Naomar de. Epidemiologia e Saúde, 5ª Edição. Rio de Janeiro. MEDS. 1999.p.421-437.

FONSECA, J. G. M. SILVA, M. K. S.; FÉLIX, D. S. Obesidade: uma visão geral. **Clin. Méd.:** Obesidade e outros distúrbios alimentares, v.1, n.2, p.257-293, jun. 2001.

FRANCISCHI, R. P. P. et al.. Obesidade: atualização sobre a sua etiologia, morbidade e tratamento. **Rev. Nutr.**, vol.13, nº 1, jan - abr., p. 17-29, 2000.

GAGLIARD, J. Obesidade: Conceito e Avaliação. **Rev. Nutr. Saúde e Performance.** Ano 3, Ed. Nº 14, dez. , pág. 5-7, 2001.

GIGANTE, D. P.; BARROS, F. C.; POST, C. L. A.; OLINTO, M. T. A. Prevalência de obesidade em adultos e seus fatores de risco. **Rev. Saúde Pública**. Vol. 21, nº. 3, p. 236-246, 1997.

GOLBERG, R. B. Prevention and Tratamento of Diabetes and Its Complications. Prevention of Type 2 Diabetes. **Med Clin North Am**. V. 82, n.4, July, 1998.

HALPEN, A.; MANCINI, M. C. Obesidade. **Rev. Bras. Med. Dez.**, vol.56, pág. 131 a 140, 1999.

HAN, T.S. et al. Waist circumference action levels in the identification of cardiovascular risk factors: prevalence study in a random simple. **BMJ**, 1995, n.311, p.1404-1405.

HARA, K. et al. A Proposal for the Cutoff Point of Waist Circumference for the Diagnosis of Metabolic Syndrome in the Japanese Population. **Diabetes Care**, may, vol.29, n.5, p.1123-1124, 2006.

HARRIS, H. E.; ELLISON. G. T.; HOLLIDAY, M. Is there na independent association between parity and maternal weight gain? **Annals Of Human Biology**. V.24, p.507-519, 1997.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa de orçamentos familiares 2002-2003: Análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2002/pof2002.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?>. Acesso em: 07 abr. 2009.

ITO, H. et al. Detection of cardiovascular risk factors by indices of obesity obtained from anthropometry and dual-energy X-ray absorptiometry in Japanese individuals, **Int J Obes**, vol. 27, p.232-237, 2003.

JAMES, W.P.T. et al. Effect of sibutramine on weight maintenance after weight loss: a randomized trial. **The Lancet**, v.356, p.2119-2125, 2000.

JUNIOR, J. C. de F. Validade das medidas auto-referidas de peso e estatura para o diagnóstico do estado nutricional de adolescentes. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, vol.7, nº 2, p. 167-174, abr. / jun., 2007

KAC, G, VELÁSQUEZ-MELENDZ, G. A transição nutricional e a epidemiologia da obesidade na América Latina. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.19, sup. 1, p.4-5, 2003.

KAMIMURA, M. A. et al. **Avaliação nutricional**. In: CUPPARI, L. Nutrição: nutrição clínica no adulto. São Paulo: Manole, p.27-45 (Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar), 2002.

KO, G.T.C. et al. Prediction of hypertension, diabetes, dyslipidemia or albuminuria using simple anthropometric indexes in Hong Kong Chinese. **Int J Obes**, vol.23, n.11, p.1136-1142, 1999.

LEAN, M. E.; HAN, T. S.; MORRISON, C. E. Waist circumference as a measure for indicating need for weight management. **BMJ**, jul, vol.311, p. 158-161, 1995.

LERARIO, D. D. G. et al . Excesso de peso e gordura abdominal para a síndrome metabólica em nipo-brasileiros. **Rev. Saúde Pública**. Vol. 36, nº 1 p.4-11, 2002.

LIMA, D. E. Da R. **Fatores de risco para doença arterial coronariana em funcionárias de ensino superior**. 2004. 120f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)- Universidade Estadual de Feira de Santana-Bahia, Feira de Santana, 2004.

LIN, W. Y. et al. Optimal cut-off values for obesity: using simple anthropometric indices to predict cardiovascular risk factors in Taiwan. **Int J Obes**, vol.26, n. 9, p.1232-1238, 2002.

LOPES, I. M. et al. Aspectos genéticos da obesidade. **Rev. Nutr**. Campinas, vol.17, nº 3, jul/set, p. 327-338, 2004.

MANCINI, C. M.; MEDEIROS, M. M. A; HALPEN, A. Diabetes Mellitus. **Rev. Bras. Méd.** Dez , vol. 56, pág. 77 a 82, 1999.

MARINHO, S. P. et al. Obesidade em adultos de segmentos pauperizados da sociedade. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 16, n. 2, jun. 2003.

MARQUES-LOPES, I. et al. Aspectos genéticos da obesidade. **Rev. Nutr.**, Set 2004, vol.17, no. 3, p.327-338.

MARTINS, I. S.; MARINHO, S. P. O potencial diagnóstico dos indicadores da obesidade centralizada. **Rev. Saúde Pública**. Vol.37, nº 6, p. 760-767, 2003.

MAGINNIS, J. M. The public health burden of a sedentary lifestyle. **Medicine and Science in Sports and Exercise (MSSE)**. V.24, Supl.6, p.S196-S200, 1992.

MCLELLAN, K.C. P.; BARBALHO, S. M.; CATTALINI, M.arino . Diabetes mellitus do tipo 2, síndrome metabólica e modificação no estilo de vida. **Rev. Nutr**, set./out. , vol.20, no. 5, p.515-524, 2007.

MONTEIRO, C. A., organizador. **Velhos e novos males da Saúde Pública no Brasil: a evolução do país e de suas doenças**. São Paulo: Hucitec; 433p, 2001.

MONTEIRO, C. A.; CONDE, W.L.; CASTRO, I.R.R. A tendência cambiante da relação entre escolaridade e risco de obesidade no Brasil (1975-1997). **Cad. Saúde Publica**, Rio de Janeiro, v.19, (Sup. 1),p.SS75,2003.

MONTEIRO, C.A., CONDE, W.L, POPKIN, B.M. The burden of disease from undernutrition and overnutrition in countries undergoing rapid nutrition transition: a view from Brazil. **Am J Public Health**. vol.93 n.3, p. 433-434, 2004.

MOTA, M. P. Gênero e sexualidade: fragmentos de identidade masculina nos tempos da Aids. **Cad. Saúde Publica**, vol.14, p.145-155, 1998.

**OBESIDADE: Prevenindo e controlando a epidemia global: relatório da consultoria da OMS**. São Paulo: Roca, 2004.

OLINTO, M. T. A. et al. Níveis de intervenção para obesidade abdominal: prevalência e fatores associados. **Cad. Saúde Publica**. Jun., v.22, n. 6, p. 1207-1215, 2006.



OLIVEIRA, E. O.; VELASQUEZ-MELENDZ, G.e KAC, G.. **Fatores demográficos e comportamentais associados à obesidade abdominal em usuárias de centro de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.** *Rev. Nutr.*, jul./ago. , vol.20, no. 4, p.361-369, 2007.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde.** Brasília: OPAS, 2003. 60p.

PÁDUA, E. M. M. de. **Metodologia da Pesquisa:** Abordagem teórico-prática. 10ª ed. – Campinas, SP: Papyrus, 2004.

PASSOS,T.C.M.; STEFANO, S. C. ; BORGES, M. B. F. **Transtornos de compulsão alimentar periódica (TCAP).** Guia de transtornos alimentares e obesidade. Ed. Manole, p.59-69, 2005;

PEIXOTO, H. G. E. et al. Antidepressivos e alterações no peso corporal. **Rev. Nutr.**, Jun , vol.21, no.3, p.341-348, 2008.

PEREIRA, L. O; FRANCISCHI, R. P. de; JUNIOR, A H. L. Obesidade: hábitos nutricionais, sedentarismo e resistência a insulina. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.** Vol.47, nº 2 São Paulo, Abril, 2003.

PEREIRA, M. G.. **Epidemiologia teoria e prática.** Ed Guanabara Koogan. Rio de Janeiro - RJ, p. 269-306, 1995.

PI- SUNYER, F. X. **Obesidade.** Tratado de Nutrição Moderna na Saúde e na Doença. 9ª edição, ed. Manole, São Paulo, 2003, p.1493-1518.

PINHEIRO, A. R. de O.; FREITAS, S. F. T. de CORSO, A. C. T. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. **Rev. Nutr.**, Campinas, vol.17, nº 4, out/dez, p. 523-533, 2004.

PITANGA, F. J. G.; LESSA, Inês. Sensibilidade e especificidade do índice de conicidade como discriminador do risco coronariano de adultos em Salvador, Brasil. **Rev. Bras. Epidemiol.** , São Paulo, v. 7, n. 3, 2004.

\_\_\_\_\_. Indicadores antropométricos de obesidade como instrumento de triagem para Risco Coronariano Elevado em Adultos na cidade de Salvador-Bahia. **Arq. Bras. Cardiol.** , jul., vol.85, p.23-31, 2005.

RAMOS, M. P.P.; FILHO, A de A B.. Prevalência da Obesidade em Adolescentes de Bragança Paulista e sua Relação com a obesidade dos pais. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.**, vol.47, nº 6, dezembro 2003.

REGO, R A. et al. Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis: inquérito domiciliar no Município de São Paulo, SP, Brasil. Metodologia e resultados preliminares. **Rev. Saúde Pública** 1990; 24:277-85.

RUSSEL, G. F. M. "Bulimia nervosa: on ominous variant of anorexia nervosa" **Psychol. Med.**, v.9, , p 429-48, 1979.

SAMPAIO, H. A. de C.; SILVA, B. Y. da C.; SABRY, M. O. D. .Índice glicêmico e carga glicêmica de dietas consumidas por indivíduos obesos. **Rev. Nutr.**, nov./dez., vol.20, no. 6, p.615-624, 2007.

SANTOS, D. M. dos; SICHERT, R. Índice de massa corporal e indicadores antropométricos de adiposidade em idosos. **Rev. Saúde Pública.** Vol.39, nº 2, p. 163 -168, 2005.

SANTOS, R. D. SPÓSITO, A. C. Alterações do metabolismo lipídico no excesso de peso e obesidade. **Arq. Brás. Cardiol.**. V.78, n.1, p. 5, 2002.

SARTORELLI, D. S.; FRANCO, L. J. Tendências do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional. **Cad. Saúde Pública.** Vol. 19, nº 1, Rio de Janeiro, 2003.

SAWAYA, A. L. R., S. Studing and future risk of obesity: principal physiological mechanisms. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v.19, sup. 1, p.21-28, 2003.

SHILS, M. E. et al. **Tratado de Nutrição Moderna na Saúde e na Doença.** V. 1, ed. 9º, Editora: Manole, São Paulo, 2003.

SILVEIRA, E.A., et al. Validação do peso e altura referidos para o diagnóstico do estado nutricional em uma população de adultos no Sul do Brasil. **Cad Saúde Pública**, Vol. 21, nº 1, jan/fev, 2005;

Sociedade Brasileira de Diabetes - Consenso Brasileiro sobre Diabetes 2002. Diagnóstico e classificação do diabetes melito e tratamento do diabetes melito do tipo 2. Disponível m:[http://www.diabetes.org.br/educacao/docs/consenso\\_atual\\_2002](http://www.diabetes.org.br/educacao/docs/consenso_atual_2002) Acesso em: 10 abr. 2009.

SOUZA, L. J. et al. Prevalência de obesidade e fatores de risco cardiovascular em Campos, Rio de Janeiro. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.**, dez., vol.47, n.6, p.669-676, 2003.

SOUZA, L. J. de et al . Prevalência de diabetes mellitus e fatores de risco em Campos dos Goytacazes, RJ. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 47, n. 1, Feb., 2003.

SUAREZ, M. **Considerações de gênero para a promoção da saúde**. Organização Panamericana de Saúde. Brasília, 1996.

TRICHES, R. M.; GIUGLIANI, E. R. J. Obesidade, práticas alimentares e conhecimentos de nutrição em escolares. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 4, ago. 2005

TRICHES, R. M., GIUGLIANI, E. R. J.. Insatisfação corporal em escolares de dois municípios da região Sul do Brasil. **Rev. Nutr.**, mar./abr., vol.20, no. 2, p.119-128, 2007.

VALDEZ, R. et al. A new index of abdominal adiposity as an indicator of risk for cardiovascular disease. A cross-population study. **Int J Obes Rel Met Disorders**, V.17, n. 2, p.77-82, 1993.

VAN ITALLIE, T. B. Health implications of overweight and obesity in the United States (part 2). **Ann Int Med**. V. 103, p.983-988, 1985.

VILELA, J. E. M. et al . Transtornos alimentares em escolares. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 80, n. 1, fev. 2004.

WAITZBERG, D. L. **Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica**. 3. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2004.

WHO Consultation on Obesity. Obesity: prevention and managing: The Global epidemic. **Report of a WHO Consultation on Obesity**. Geneva, 3-5 June 1997.

**ANEXOS**

## Anexo A



### UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA DEPARTAMENTO DE SAÚDE NÚCLEO DE EPIDEMIOLOGIA

#### 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.

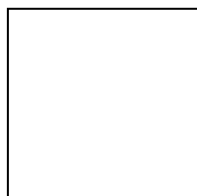
Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa. Antes de decidir, é importante que entenda o motivo da realização do estudo e no que ele consiste. Estaremos a sua disposição, pessoalmente, na UEFS – Centro de Pós Graduação em Saúde Coletiva – Núcleo de Epidemiologia- KM 03, BR 116, Campus Universitário, 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.



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

\_\_\_\_\_

Impressão digital

(quando necessário)

Assinatura do Participante

\_\_\_\_\_

Pesquisador Responsável

## Anexo B

**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: 0 ( ) Feminino 1 ( ) Masculino	2. Idade: ____ anos
3. Situação conjugal: 1 ( ) Casado(a) 2 ( ) União estável 3 ( ) Solteiro/a 4 ( ) divorciado(a)/separado(a)/desquitado(a) 5 ( ) Viúvo/a	
4. Na escola, qual a última série / grau que concluiu com aprovação? 1 ( ) Nunca foi à escola 2 ( ) Lê e escreve o nome 3. Fundamental I ( ) 1 <sup>a</sup> ( ) 2 <sup>a</sup> ( ) 3 <sup>a</sup> ( ) 4 <sup>a</sup> 4. Fundamental II ( ) 5 <sup>a</sup> ( ) 6 <sup>a</sup> ( ) 7 <sup>a</sup> ( ) 8 <sup>a</sup> 5. Ensino Médio ( ) 1 <sup>a</sup> ( ) 2 <sup>a</sup> ( ) 3 <sup>a</sup> 6. Superior ( ) completo ( ) incompleto	
5. Como você classificaria a cor da sua pele? 1 ( ) branca 2 ( ) amarela (oriental) 3 ( ) parda 4 ( ) origem indígena 5 ( ) preta 9 ( ) não sabe	
6. Cor da pele (entrevistador): 1 ( ) branca 2 ( ) amarela (oriental) 3 ( ) parda 4 ( ) origem indígena 5 ( ) preta	
7. Quanto você ganha, em média, por mês? R\$ _____ 8 ( ) 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

2. Está trabalhando atualmente? **Se você NÃO ESTÁ TRABALHANDO, siga para a Questão 11.**

0 ( ) sim 1 ( ) não

3. Há quanto tempo trabalha nesta atividade atual?

\_\_\_\_ anos \_\_\_\_ meses \_\_\_\_ dias

( ) não se aplica

4. Se você **não tem carteira assinada** qual o tipo de contrato do seu trabalho?

1 ( ) Oral 2 ( ) Escrito

( ) não se aplica

5. Se **Escrito**:

1 ( ) Contrato temporário (REDA, outros)

2 ( ) Contrato por Cooperativa

3 ( ) Prestações de Serviço

4 ( ) Cargo comissionado

5 ( ) Diarista

( ) não se aplica

6. em seu trabalho, você tem direito a:

Férias ( ) sim ( ) não

13º Salário ( ) sim ( ) não

Folga ( ) sim ( ) não

1/3 Adicional de Férias ( ) sim ( ) não

( ) não se aplica

7. Seu turno de trabalho é: 8 ( ) não se aplica 1 ( ) Diurno fixo 3 ( ) Diurno e noturno (escala alternante) 2 ( ) Noturno fixo 4 ( ) Revezamento de turnos (alternantes) 5 ( ) Outros. Especifique: _____	8. Quantos dias você trabalha por semana? ____ dia(s) 8 ( ) não se aplica
9. Qual sua carga horária semanal? ____ horas 8 ( ) não se aplica	10. Em que lugar você trabalha? 8 ( ) não se aplica 1 ( ) empresa/emp. privada 4 ( ) em sua própria casa 2 ( ) repartição pública 5 ( ) na casa de outra pessoa 3 ( ) na rua 6 ( ) Outro: _____

11. Qual a sua ocupação?	
1( ) Biscateiro 5( ) Empregado doméstico 11( ) Cooperativa	2( ) Autônomo 6( ) Funcionário público 12( ) Outro (especifique): _____ 8( ) Não se aplica
3( ) Assalariado com comissão 7( ) Profissional liberal	4( ) Assalariado sem comissão 10( ) Empregador/empresário
12. Além desta ocupação, você tem outra atividade regular que lhe dê rendimentos? 0( ) sim 1( ) não 8( ) não se aplica	13. Qual atividade? _____ 8( ) não se aplica
14. Se não está trabalhando, você está: 1( ) Desempregado 2( ) Afastado por motivo de doença 3( ) Afastado por motivo particular 4( ) Aposentado	8( ) não se aplica 5( ) Vivendo de rendas 6( ) Estudando 7( ) Dona-de-casa 10( ) Outros. Especificar: _____
15. Se estiver <b>DESEMPREGADO</b> , quanto tempo está desempregado? 1( ) até 6 meses 3( ) mais de 12 meses 2( ) 7-12 meses 8( ) não se aplica	

### 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.

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



17. Seu trabalho envolve muita negociação/ conversa/ entendimento com outras pessoas? 1( ) Discordo fortemente 2( ) Discordo 3( ) Concordo 4( ) Concordo fortemente 8( ) não se aplica
18. Em seu trabalho, você precisa omitir suas verdadeiras emoções? 1( ) Discordo fortemente 2( ) Discordo 3( ) Concordo 4( ) Concordo fortemente 8( ) não se aplica
19. Seu trabalho exige muito esforço físico? 1( ) Discordo fortemente 2( ) Discordo 3( ) Concordo 4( ) Concordo fortemente 8( ) não se aplica
20. Você é freqüentemente solicitado a mover ou levantar cargas pesadas no seu trabalho? 1( ) Discordo fortemente 2( ) Discordo 3( ) Concordo 4( ) Concordo fortemente 8( ) não se aplica
21. Freqüentemente, seu trabalho exige que você mantenha seu corpo, por longos períodos, em posições fisicamente incômodas? 1( ) Discordo fortemente 2( ) Discordo 3( ) Concordo 4( ) Concordo fortemente 8( ) não se aplica
22. Seu trabalho exige, por longos períodos, que você mantenha sua cabeça ou seus braços em posições fisicamente incômodas? 1( ) Discordo fortemente 2( ) Discordo 3( ) Concordo 4( ) Concordo fortemente 8( ) não se aplica
23. Seu supervisor preocupa-se com o bem-estar de sua equipe de trabalho? 8( ) não se aplica 1( ) Discordo fortemente 2( ) Discordo 3( ) Concordo 4( ) Concordo fortemente
24. Seu supervisor lhe ajuda a fazer seu trabalho? 8( ) não se aplica 1( ) Discordo fortemente 2( ) Discordo 3( ) Concordo 4( ) Concordo fortemente
25. Seu supervisor lhe trata com respeito? 8( ) não se aplica 1( ) Discordo fortemente 2( ) Discordo 3( ) Concordo 4( ) Concordo fortemente
26. As pessoas com quem você trabalha são amigáveis? 1( ) Discordo fortemente 2( ) Discordo 3( ) Concordo 4( ) Concordo fortemente 8( ) não se aplica
27. As pessoas com quem você trabalha ajudam-se umas às outras para fazer o trabalho? 1( ) Discordo fortemente 2( ) Discordo 3( ) Concordo 4( ) Concordo fortemente 8( ) não se aplica
28. Você é tratado/a com respeito pelos seus colegas de trabalho? 1( ) Discordo fortemente 2( ) Discordo 3( ) Concordo 4( ) Concordo fortemente 8( ) não se aplica
29. Onde você trabalha, vocês tentam dividir igualmente as dificuldades do trabalho? 1( ) Discordo fortemente 2( ) Discordo 3( ) Concordo 4( ) Concordo fortemente 8( ) não se aplica
30. Existe um sentimento de união entre as pessoas com quem você trabalha? 1( ) Discordo fortemente 2( ) Discordo 3( ) Concordo 4( ) Concordo fortemente 8( ) não se aplica
31. A sua vida no trabalho e na família interferem uma na outra? 1( ) Discordo fortemente 2( ) Discordo 3( ) Concordo 4( ) Concordo fortemente 8( ) não se aplica
32. Tem sido cada vez mais difícil encontrar, no trabalho, alguém em quem você possa confiar? 1( ) Discordo fortemente 2( ) Discordo 3( ) Concordo 4( ) Concordo fortemente 8( ) não se aplica
33. Seus colegas de trabalho têm freqüentemente encorajado uns aos outros a trabalharem mais e mais rapidamente? 1( ) Discordo fortemente 2( ) Discordo 3( ) Concordo 4( ) Concordo fortemente 8( ) não se aplica
34. Seu trabalho é (escolha uma alternativa): 1( ) Regular e estável 2( ) Sazonal 3( ) Temporário 4( ) Temporário e Sazonal 9( ) outro 8( ) não se aplica
35. Sua estabilidade no emprego é boa? 1( ) Discordo fortemente 2( ) Discordo 3( ) Concordo 4( ) Concordo fortemente 8( ) não se aplica
36. 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? 1( ) muito improvável 2( ) pouco provável 3( ) provável 4( ) muito provável 8( ) não se aplica
37. Suas possibilidades de desenvolvimento na carreira e de promoções são boas? 1( ) Discordo fortemente 2( ) Discordo 3( ) Concordo 4( ) Concordo fortemente 8( ) não se aplica
38. Em 5 anos, suas qualificações ainda continuarão válidas? 1( ) Discordo fortemente 2( ) Discordo 3( ) Concordo 4( ) Concordo fortemente 8( ) não se aplica

#### 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** \_\_\_\_\_

ATIVIDADE	1 Não	2 Sim, a < parte	3 Sim, divide igualmente	4 Sim, a maior parte	5 Sim, inteiramente	8 sem crianças pequenas* ou não se aplica
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?						

\*Crianças pequenas: até 5 anos de idade.

11. Você recebe algum tipo de ajuda para a realização dos trabalhos da casa? 0( ) sim 1( ) não 8( ) não se aplica	13. Quais os dias da semana que você realiza trabalhos da casa? 1( ) Todos os dias 2( ) Segunda a sexta 3( ) Nos finais de semana 8( ) não se aplica
12. De quem você recebe ajuda? 1( ) Ninguém                      5( ) Outra mulher (mãe/irmã/filha/vizinha) 2( ) Empregada                    6( ) Outro homem(pai/irmão/filho/vizinho) 3( ) Marido/ companheiro      7( ) Outra mulher/outro homem 4( ) Esposa/ companheira      8( ) não se aplica	

#### V - SAÚDE REPRODUTIVA (FEMININA)

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 2.500grs      2( ) Mais de 2.500gr      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 8( ) não se aplica      1( ) não	13. Uso de MAC 8( ) não se aplica 0( ) sim ____      1( ) não
14. Número de Parceiro/a(s) sexual(is) atualmente: 1( ) apenas um      2( ) mais de um      3( ) vida sexual inativa      8( ) não se aplica		

#### VI - SAÚDE REPRODUTIVA (MASCULINA)

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		

\* Jogos: baralho, dominó, dama etc.

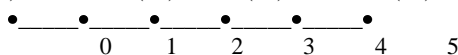
### VIII – DOENÇAS AUTO-REFERIDAS

1. Você sentiu alguma dor nos últimos 4 meses? 0 ( ) sim 1 ( ) não **Se NÃO, salte para a questão 4**

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

2. Qual a intensidade da dor?

(0) sem dor (1) fraca (2) moderada (3) forte (4) violenta (5) insuportável



3. Onde essa dor se localiza? 8 ( ) não se aplica

1 ( ) Músculo-esquelética 2 ( ) Sistema digestivo 3 ( ) Cabeça 4 ( ) Coluna 5 ( ) Outros. Especifique \_\_\_\_\_

4. Você tem algum dos problemas de saúde listados abaixo?

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

### X - USO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS

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

### XI - HÁBITO DE FUMAR

1. Você já foi fumante?      0( ) sim      1( ) não
2. Você fuma atualmente?      0( ) sim      1( ) não <b>Se você <u>NÃO FUMA</u>, siga para o bloco XII</b>
3. Quantos cigarros você fuma por dia?      ____ cigarros
4. 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:

1. Você sofreu alguma agressão física ou emocional (psicológica) nos últimos 24 meses? 0 ( ) sim 1 ( ) não <b>Se marcou NÃO, siga para questão 5</b>					
2. Qual foi o tipo de agressão? 1 ( ) Física Especifique _____ 2 ( ) Psicológica 3 ( ) Sexual 4 ( ) Atos de destruição 5 ( ) Negligência 6 ( ) Outros Especifique _____					
3. Quem praticou a agressão? 1 ( ) esposo 2 ( ) amigo 3 ( ) irmão/irmã 4 ( ) pai 5 ( ) mãe 6 ( ) filho(a) 7 ( ) vizinho(a) 10 ( ) desconhecido (a) 11 ( ) Outros Especifique _____					
4. Você já foi hospitalizado devido a alguma agressão nos últimos 24 meses? 0 ( ) sim 1 ( ) não					
5. Você já foi vítima de algum acidente de trânsito nos últimos 24 meses? 0 ( ) sim 1 ( ) não					
6. Você lembra de ter sofrido agressão quando criança? 0 ( ) sim 1 ( ) não					
7. Como as pessoas usualmente classificam sua raça/ cor da pele? 1 ( ) branca 2 ( ) amarela (oriental) 3 ( ) parda 4 ( ) origem indígena 5 ( ) preta 9 ( ) não sabe					
8. Qual a frequência em que você pensa na sua raça/cor da pele? 1 ( ) nunca 2 ( ) uma vez ao ano 3 ( ) uma vez ao mês 4 ( ) uma vez na semana 5 ( ) uma vez ao dia 6 ( ) a cada hora 7 ( ) constantemente					
9. 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? 0 ( ) sim 1 ( ) não					

## XIII – QUESTIONÁRIO DE SAÚDE DA PESSOA

1. Durante o último mês, quanto você se sentiu incomodado(a) por quaisquer dos seguintes problemas?	0	1	2	8 Não se aplica
	Não me senti incomodado	Incomodou-me um pouco	Incomodou-me muito	
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				----
2. Nos últimos <u>15 dias</u> com que frequência você se sentiu incomodado por qualquer um dos seguintes problemas?	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?			

<b>4. Pense sobre sua última grave crise de ansiedade.</b>	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?			

<b>5. No último mês, com que frequência você se sentiu incomodado por qualquer um dos problemas seguintes?</b>	0	1	2	8
	Nenhuma	Vários dias	Mais que a metade dos dias	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				

<b>6. Perguntas sobre alimentação</b>	0	1	8
	Sim	Não	Não se aplica
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?			-----

Se você marcou 'NÃO' para alternativas "a" ou "b", salte para a questão 8			-----
Isso ocorreu, em média, com uma frequência de duas vezes na semana pelos últimos 3 meses?			

7. Nos últimos 3 meses, você <u>freqüentemente</u> fez algum dos seguintes 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 Definitiv a mente não	1 Um pouco	2 Muito	3 Extrema mente

9. No <u>último mês</u> , o quanto você se sentiu incomodado pelos seguintes 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: \_\_\_\_\_

Entrevistador: Por favor, antes de entregar este questionário revise-o todo completando aquelas questões não respondidas (“não se aplica”). Evite borrões e rasuras. Obrigada,

Coordenação.



## Anexo C



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

Feira de Santana, 24 novembro de 2009.

### TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Eu, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Tânia Maria de Araújo, coordenadora do Núcleo de Epidemiologia –NEPI, autorizo a utilização do banco de dados do Projeto de Pesquisa Intitulado “Caracterização de Transtornos Mentais em Feira de Santana-Ba”, de autoria deste Núcleo, para a realização da dissertação da discente Morgana Teixeira Lima Mascarenhas mestrando em Saúde Coletiva desta Instituição, cujo título é “**Prevalência de obesidade e seus fatores de riscos na população adulta urbana do município de Feira de Santana-Ba, no ano de 2007**”.

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Tânia Maria de Araújo  
Coordenadora  
Núcleo de Epidemiologia-NEPI

## Anexo D



### UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA / CEP-UEFS

Av. Transnordestina, S/N – Novo Horizonte - Módulo I – 44.036-900 – Feira de Santana-BA  
Fone: (75) 224-8124 E-mail: cep.uefs@yahoo.com.br

Feira de Santana, 23 de fevereiro de 2010.  
Of. CEP-UEFS nº 036/2009

Senhor(a) Pesquisador(a): Morgana Teixeira Lima Mascarenhas

Tenho satisfação em informar-lhe que o seu Projeto de Pesquisa intitulado “**Prevalência de obesidade e seus fatores de risco na população adulta do município de Feira de Santana – BA, 2007**”, registrado sob **Protocolo N.º 202/2009 (CAAE 0210.0.059.000-09)**, foi apreciado pelos membros do CEP-UEFS e satisfaz às exigências da *Res. 196/96*. Assim, seu projeto foi **Aprovado** (vide parecer anexo), podendo ser iniciada a coleta de dados com os Sujeitos da pesquisa conforme orienta o *Cap. IX.2, alínea a – Res. 196/96*.

Na oportunidade informo que qualquer modificação feita no projeto, após aprovação pelo CEP, deverá ser imediatamente comunicada ao Comitê, conforme orienta a *Res. 196/96, Cap. IX.2, alínea b*.

Relembro que conforme instrui a *Res. 196/96, Cap. IX.2, alínea c, V.Sa.* deverá enviar a este CEP relatórios anuais de atividades pertinentes ao referido projeto e um relatório final tão logo a pesquisa seja concluída.

Em nome dos membros do CEP-UEFS, desejo-lhe pleno sucesso no desenvolvimento dos trabalhos e, em tempo oportuno, um ano (**23/02/2011**) este CEP aguardará o recebimento do seu relatório.

Atenciosamente,

A handwritten signature in purple ink, which appears to read 'M. A. Nascimento'.

Maria Ângela Alves do Nascimento

Coordenadora do CEP-UEFS