



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Nutrição

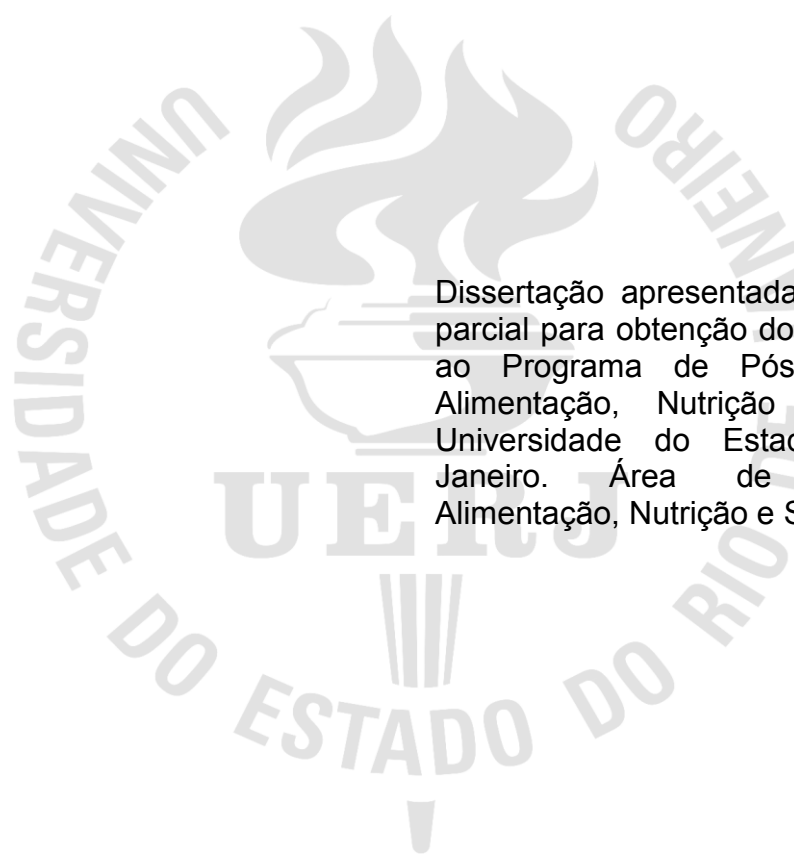
Tânia Muzy da Silva

**Associação entre Sobrepeso, Obesidade e Transtornos Mentais
Comuns: estudo realizado com nutricionistas da Rede Hospitalar
do Município do Rio de Janeiro**

**Rio de Janeiro
2013**

Tânia Muzy da Silva

**Associação entre Sobrepeso, Obesidade e Transtornos Mentais Comuns:
Estudo realizado com Nutricionistas da Rede Hospitalar
do Município do Rio de Janeiro**



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Alimentação, Nutrição e Saúde, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de Concentração: Alimentação, Nutrição e Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dra. Odaleia Barbosa de Aguiar

Rio de Janeiro
2013

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CEH/A

S586	<p>Silva, Tânia Muzy da. Associação entre sobrepeso, obesidade e transtornos mentais comuns: estudo realizado com nutricionistas da Rede Hospitalar do Município do Rio de Janeiro / Tânia Muzy da Silva. – 2013. 126 f.</p> <p>Orientador: Odaleia Barbosa de Aguiar. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Nutrição.</p> <p>1. Obesidade – Teses. 2. Doenças mentais – Teses. 3. Nutrição – Teses. I. Aguiar, Odaleia Barbosa de. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Nutrição. III. Título.</p>
es	CDU 613.2:159.9

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Tânia Muzy da Silva

**Associação entre sobrepeso, obesidade e transtornos mentais comuns:
estudo realizado com nutricionistas da Rede Hospitalar do Município do Rio de
Janeiro**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Alimentação, Nutrição e Saúde, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de Concentração: Alimentação, Nutrição e Saúde.

Aprovado em: 11 de julho de 2013.

Banca Examinadora:

Profª Drª Odaleia Barbosa de Aguiar (Orientadora)
Instituto de Nutrição da UERJ

Profª Drª Inês Rugani Ribeiro de Castro
Instituto de Nutrição da UERJ

Profª Drª Arlinda Barbosa Moreno
Escola Nacional de Saúde Pública - FIOCRUZ

Rio de Janeiro

2013

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha família que é o meu alicerce e o motivo da minha felicidade; ao meu marido, companheiro, amigo, grande incentivador e que tanto me ajudou para que este sonho se tornasse realidade; aos meus filhos Patrícia, Thiago e Lucas, razão da minha vida, pelo apoio e paciência nos momentos de estudos e de realização deste trabalho. Amo vocês!

AGRADECIMENTOS

A Deus por estar comigo a cada momento de minha vida, me abençoando e iluminando os meus caminhos.

À minha família, fonte de inspiração para as minhas conquistas. Obrigada por vocês existirem!

À Odaléia Barbosa de Aguiar, minha orientadora e amiga, pelo exemplo de profissional competente, dedicada e que tanto me estimulou e me ajudou nos conhecimentos da ciência e da vida. Sou muito grata a você!

À Maria de Jesus Mendes da Fonseca, pelo conhecimento, paciência e exemplo de profissional que sempre demonstrou ser ao longo desta jornada.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Alimentação, Nutrição e Saúde pelos ensinamentos prestados aos alunos.

Aos nutricionistas que participaram da pesquisa, pela disponibilidade, paciência e boa vontade que tiveram ao longo da coleta de dados.

À Thais Rangel, que com seu incansável e dedicado apoio, me proporcionou aprender e fazer as análises em *software* estatístico para este estudo.

RESUMO

SILVA, Tânia Muzy da. *Associação entre sobrepeso, obesidade e transtornos mentais comuns*: estudo realizado com nutricionistas da Rede Hospitalar do Município do Rio de Janeiro. 2013. 126 f. Dissertação (Mestrado em Alimentação, Nutrição e Saúde) – Instituto de Nutrição, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

Excesso de peso (sobrepeso e obesidade) e transtornos mentais comuns são importantes problemas de saúde pública no Brasil e no mundo. A associação entre ambos tem sido investigada por pesquisadores, porém os resultados ainda são conflitantes. Estudos realizados com nutricionistas têm dado maior ênfase à prática de atuação, entretanto, poucos abordaram questões de saúde desses profissionais, principalmente sobre o excesso de peso e sofrimento psíquico. **Objetivo** - Analisar a associação entre sobrepeso, obesidade e transtornos mentais comuns nesses profissionais. **Métodos** - Estudo seccional, realizado com 289 nutricionistas da rede pública de hospitais do município do Rio de Janeiro, no período de outubro de 2011 a agosto de 2012. A avaliação do excesso de peso corporal foi realizada com base no Índice de Massa Corporal (kg/m^2) através da aferição de peso e altura, e os transtornos mentais comuns através do General Health Questionarie (GHQ-12). Variáveis sócio-demográficas, laborativas e de saúde também foram incluídas no estudo. **Resultados** - A prevalência de sobrepeso foi de 32,3% e de obesidade, 15,3%. A prevalência de transtornos mentais comuns (TMC) foi de 37,7%. A análise bruta demonstrou uma associação negativa entre transtornos mentais comuns e sobrepeso (OR 0,68; IC95% 0,39 – 1,20) e positiva para obesidade (OR 1,34; IC95% 0,65 – 2,75) que não se modificou quando ajustado pelas variáveis socioeconômicas (SES), laborativas e de saúde (OR= 0,60 IC95% 0,32 – 1,10) para sobrepeso e para a obesidade (OR= 1,09 IC95% 0,50 – 2,37). **Conclusão** - Os resultados do estudo destacam as altas prevalências de sobrepeso, obesidade e transtornos mentais comuns, bem como, a magnitude da associação entre os eventos, ambos sem significância estatística. Sugerimos novos estudos em que se possam identificar os mecanismos envolvidos nesta relação, bem como os fatores relacionados às condições de trabalho e de vida que possam estar afetando a saúde do nutricionista que é formado para cuidar da saúde população muitas vezes em detrimento da sua própria saúde.

Palavras-chave: Transtornos mentais comuns. Obesidade. Sobrepeso. Nutricionista.

ABSTRACT

Overweight, obesity and common mental disorders are important public health problems in Brazil and worldwide. The association between both has been investigated by researchers, but the results are still conflicting ones. Studies done with Dietitians have put more emphasis on the practice itself, but only a few approached the health issues of these professionals, especially those related to overweight and psychic suffering. **Aim** – The aim of this dissertation is to assess the association between overweight, obesity and common mental disorders among these professionals. **Methods** – This is a cross study done with 289 dietitians at the public hospitals of the city of Rio de Janeiro, in the period from October 2011 to August 2012. The evaluation of corporal overweight was done by BMI (Kg/m^2), through measurement of weight and height, and the common mental disorders were evaluated using the General Health Questionnaire (GHQ-12). Socioeconomic, labour and general health variables were also included in the study. **Results** – The prevalence of overweight was 32.3%, and that of obesity was 15.3%. The prevalence of common mental disorders (CMD) was 37.7%. The raw analysis showed a negative association between common mental disorders and overweight (OR 0.68; IC95% 0.39 – 1.20), and a positive association for obesity (OR 1.34; IC95% 0.65 – 2.75), which wasn't changed when adjusted by the socio-economic (SES), labor and general health variables (OR 0.60 IC95% 0.32 – 1.10) for overweight and (OR= 1.09 IC95% 0.50 – 2.37) for obesity. **Conclusion** – The results of the study highlight high overweight, obesity and common mental disorders prevalence, as well as the magnitude of the association between the events, both with no statistical significance. Further studies to identify the mechanisms involved in this relationship are suggested, as well as studies to identify the factors related to the working and living conditions that might be affecting the Dietitian's health, a professional trained to take care of the health of the population, often to the detriment of his own health.

Keywords: Mental Disorders. Obesity. Overweight. Dietitian.

RESUMEN

El exceso de peso (sobrepeso y obesidad) y trastornos mentales comunes son importantes problemas de salud pública en Brasil y en todo el mundo. La asociación entre ambas ha sido investigada por investigadores, sin embargo los resultados todavía son contradictorios. Estudios realizados con nutricionistas han dado mayor énfasis a la práctica de actuación, entretanto pocos abordaran las cuestiones de salud de esos profesionales, principalmente sobre el exceso de peso y el sufrimiento síquico. **Objetivo** - Analizar la asociación entre el sobrepeso, la obesidad y los trastornos mentales comunes en esos profesionales. **Métodos** - Estudio seccional, realizado con 289 nutricionistas de la red pública de hospitales del municipio de Rio de Janeiro, en el período de octubre de 2011 a agosto de 2012. La evaluación del exceso de peso corporal fue realizada por IMC (kg/m^2) a través de la medición del peso y la altura, y los trastornos mentales comunes a través del General Health Questionarie (GHQ-12). Las variables socio-demográficas, laborales y de salud también fueron incluidas en el estudio. **Resultados** - La prevalencia de sobrepeso fue de 32,3%, de obesidad 15,3%. La prevalencia de trastornos mentales comunes fue de 37,7%. El análisis bruto demostró una asociación negativa entre trastornos mentales comunes y sobrepeso (OR 0,68; IC95% 0,39 – 1,20) y positiva para obesidad (OR 1,34; IC95% 0,65 – 2,75) que se modificó cuando ajustada pelas variables socioeconómico (SES), laborales y de salud (OR= 0,60 IC95% 0.32 – 1,10) para sobrepeso y la obesidad (OR= 1.09 IC95% 0.50 – 2.37). **Conclusión** - Los resultados del estudio destacan las altas prevalencias entre obesidad e trastornos mentales comunes y la magnitud de la asociación entre estos dos eventos, ambos sin significado estadístico. Sugerimos mayores estudios en que se puedan identificar los mecanismos envueltos en esta relación, bien como identificar los factores relacionados a las condiciones de trabajo y de vida que puedan estar afectando la salud del nutricionista quien ha sido formado para cuidar de la salud de la población muchas veces en detrimento de la propia salud.

Palabras-clave: Trastornos mentales. Obesidad. Sobrepeso. Nutricionista.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Estudos sobre transtornos mentais comuns na população brasileira.....	30
Quadro 2 - Estudos relacionados a transtornos mentais comuns em trabalhadores	36
Quadro 3 - Estudos relacionados à associação entre obesidade e transtornos mentais.....	46
Quadro 4 - Classificação do estado nutricional segundo IMC.....	62
Quadro 5 - Covariáveis utilizadas no estudo.....	67

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Características sócio-demográficas de nutricionistas da rede municipal de hospitais. Rio de Janeiro, Brasil 2011/2012.....	87
Tabela 2 -	Características laborativas e de saúde dos nutricionistas da rede municipal de hospitais. Rio de Janeiro, Brasil 2011/2012.....	88
Tabela 3 -	Análise Bivariada. Variável de exposição e as covariáveis que apresentaram significância estatística na análise bivariada ($p < 0,20$).....	89
Tabela 4 -	Análise Multivariada. Modelos de regressão logística multinomial para Estado Nutricional. Nutricionistas da rede municipal de Hospitais. Rio de Janeiro, Brasil, 2011/2012.....	90

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABN -	Associação Brasileira de Nutrição
CC -	Circunferência de cintura
CEPSMSDC -	Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil
CFN -	Conselho Federal de Nutrição
CLT -	Consolidação das Leis do Trabalho
DCNT -	Doenças crônicas não transmissíveis
DXA -	Dualenergy Xray absorptiometry
Endef -	Estudo Nacional de Despesas Familiares
ENSP -	Escola Nacional de Saúde Pública
EVPE -	Eventos de vida produtores de estresse
Faperj -	Fundação de Apoio à Pesquisa do Rio de Janeiro
Fiocruz -	Fundação Oswaldo Cruz
GHQ -	General Health Questionarie
HAS -	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE -	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC -	Intervalo de confiança
IMC -	Índice de Massa Corporal
INAD -	Instituto de Nutrição Annes Dias
IPAQ -	International Physical Activity Questionary
LER -	Lesão por esforço repetitivo
MPM -	Morbidades psiquiátricas menores
MS -	Ministério da Saúde
OMS -	Organização Mundial de Saúde
OR -	<i>Odds Ratio</i> , razão de chances
PNAE -	Programa Nacional de Alimentação Escolar
PNSN -	Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição
POF -	Pesquisa de Orçamento Familiar
PSF -	Programa de Saúde da Família
RP -	Razão de prevalência
RR -	Risco relativo

SAC -	Serviço de atendimento ao consumidor
SAPS -	Serviço de Alimentação da Previdência Social
SBN -	Sociedade Brasileira de Nutrição
SMS -	Secretaria Municipal de Saúde
TCLE -	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMC -	Transtornos Mentais Comuns
UBS -	Unidade Básica de Saúde
UERJ -	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFBA -	Universidade Federal da Bahia
UFF -	Universidade Federal Fluminense
UFPE -	Universidade Federal de Pernambuco
UFRJ -	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UFSC -	Universidade Federal de Santa Catarina
Unirio -	Universidade do Rio de Janeiro
USP -	Universidade de São Paulo
VIGITEL -	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	15
1	REFERENCIAL TEÓRICO	20
1.1	Epidemiologia do Excesso de Peso	20
1.2	Transtornos mentais – conceituação e epidemiologia	27
1.3	Relação entre sobrepeso, obesidade e transtornos mentais	42
2	JUSTIFICATIVA	58
3	OBJETIVOS	59
3.1	Objetivo geral	59
3.2	Objetivos específicos	59
4	MÉTODO	60
4.1	Delineamento e população do estudo	60
4.2	Procedimento da pesquisa e coleta de dados	60
4.3	Instrumentos de aferição	62
4.3.1	<u>Peso corporal e estatura</u>	62
4.3.2	<u>Transtornos mentais comuns</u>	64
4.3.3	<u>Outras informações utilizadas no estudo</u>	64
4.3.3.1	Variáveis sociodemográficas.....	64
4.3.3.2	Quantidade de comida.....	65
4.3.3.3	Atividade Física.....	65
4.3.3.4	Variáveis que podem influenciar no estado físico e saúde.....	66
4.3.3.5	História profissional e características do trabalho.....	66
4.4	Variáveis do estudo	66
4.4.1	<u>Variável dependente</u>	66
4.4.2	<u>Variável independente</u>	67
4.4.3	<u>Covariáveis</u>	67
4.5	Armazenamento, processamento e análise dos dados	68
4.6	Aspectos éticos	69
5	ARTIGO: ASSOCIAÇÃO ENTRE SOBREPESO, OBESIDADE E TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS: ESTUDO REALIZADO COM NUTRICIONISTAS DA REDE HOSPITALAR MUNICIPAL DO RIO	

DE JANEIRO	71
CONSIDERAÇÕES FINAIS	91
REFERÊNCIAS	93
ANEXO A – Questionário para coleta das covariáveis.....	104
ANEXO B - Cartão de agradecimento.....	113
ANEXO C – Planilha de registro de peso e altura.....	114
ANEXO D - Escala GHQ-12.....	115
ANEXO E – Protocolo IPAQ curto.....	116
ANEXO F – Protocolo de aprovação do comitê ética e pesquisa.....	121
ANEXO G - Termo de consentimento livre e esclarecido.....	122
ANEXO H - <i>Odds ratio</i> bruto da variável de exposição e co-variáveis...	123
ANEXO I – Análise bruta GHQ considerando desfechos Excesso de Peso e IMC contínuo.....	124
ANEXO J – Análise multivariada - Regressão linear (desfecho IMC contínuo, GHQ categórico e contínuo).....	125
ANEXO K – Análise multivariada - Regressão logística (desfecho Excesso de Peso).....	126

APRESENTAÇÃO

Este trabalho é um dos resultados do Projeto de Pesquisa intitulado de “Desigualdade de Gênero e Saúde Mental entre Nutricionistas dos Hospitais do Município do Rio de Janeiro”, coordenado pela UERJ e realizado em parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp)/ Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e o Instituto de Nutrição Annes Dias (INAD), que é o órgão responsável pela coordenação técnica da área de nutrição da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

O meu envolvimento no projeto de pesquisa se iniciou antes da coleta de dados, no processo de pré-teste, projeto piloto, sensibilização das chefias de nutrição dos hospitais, treinamento da equipe de pesquisadores que participaram da pesquisa, bem como, de todo o processo de coleta de dados que durou quase um ano. Parte dos dados coletados foram utilizados neste meu estudo.

Toda a construção do percurso metodológico para as análises estatísticas foi realizada por mim com a direção de minha orientadora.

Esta dissertação é requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Alimentação, Nutrição e Saúde, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e será apresentada em forma de artigo.

INTRODUÇÃO

O nutricionista tem uma história mundial de formação e atuação profissional relativamente recente, característica do início do século XX, sendo que a criação do primeiro curso universitário de Dietista foi em 1902, no Canadá, ocorrendo a partir da década de 20, na América Latina, um grande avanço com a criação dos primeiros estudos e pesquisas, os primeiros cursos para formação de profissionais especialistas e a criação dos primeiros órgãos para o estabelecimento de medidas de intervenção em Nutrição (ABN, 1991; VASCONCELOS, 2002).

Na América Latina, este processo foi fortemente influenciado pelo médico Pedro Escudero, com a criação, em 1926, do Instituto Municipal de Nutrição em Buenos Aires e, em 1933, da Escola Municipal de Dietistas, da qual profissionais de saúde brasileiros foram convidados a estagiar e realizar seus cursos de profissionalização e aperfeiçoamento (MAURICIO, 1964; ABN, 1991; VASCONCELOS, 2002)

No Brasil, a ampliação da formação e da atuação do profissional nutricionista teve como grande contribuição a criação do Serviço de Alimentação da Previdência Social (SAPS) em 1940, com objetivo de criar uma rede nacional de restaurantes visando à garantia de uma alimentação de qualidade à população, através da realização de inspeção alimentar, pesquisa e educação, além da formação e capacitação de profissionais da área de nutrição (MAURÍCIO, 1964; L'ABBATE, 1988; ABN, 1991).

Em relação a este processo de formação do nutricionista brasileiro, foram criados, na década de quarenta, os cursos da Universidade de São Paulo (USP); o curso de nutricionistas do SAPS em 1943, que deu origem à atual Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNI-RIO); o curso da Escola Técnica de Cecy Dodsworth, atual curso da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ); o curso da Universidade do Brasil, atual Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), seguidos mais tarde pelos cursos da Universidade Federal da Bahia (UFBA) em 1956, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) em 1957 e, em 1967, o da Universidade Federal Fluminense (UFF). Esses cursos tinham inicialmente como foco a capacitação nas áreas de clínica (dietoterapia) e alimentação coletiva (ABN, 1991, COSTA, 1999, VASCONCELOS, 2002).

A área técnico-científica nasce com a criação da Sociedade Brasileira de Nutrição (SBN) em 1940, a criação dos Arquivos Brasileiros de Nutrição em 1944 e a fundação da Associação Brasileira de Nutrição (ABN) em 31 de agosto de 1949, data que passou a ser comemorada como “Dia do Nutricionista” (MAURÍCIO, 1964; ABN, 1991; VASCONCELOS, 2002).

As conquistas na atuação profissional se tornaram mais consistentes no Brasil com o reconhecimento do curso de nutricionista como curso de nível superior no ano de 1962, e com a regulamentação da profissão pela Lei nº 5.276, sancionada em 24 de abril de 1967, que vigorou até 1991, revogada pela Lei nº 8.234, de 17 de setembro de 1991, que regulamenta a profissão de nutricionista, bem como estabelece a criação das entidades de regulação e fiscalização, através dos Conselhos Federal e Regional, e da criação do sindicato em 1984 (BRASIL, 1991; ABN, 1991).

O Conselho Federal de Nutricionistas (CFN), através da resolução nº 380/2005, define as áreas de atuação do nutricionista, tais como: alimentação coletiva, nutrição clínica, saúde coletiva, docência, indústria de alimentos, nutrição em esportes e marketing na área de alimentação e nutrição. Em todas essas áreas, o nutricionista atua no desenvolvimento de processos de nutrição humana e na melhoria das condições e dos ambientes de trabalho, contribuindo para que as pessoas tenham assistência nutricional e usufruam da nutrição para prevenção de doenças e recuperação de sua saúde (CFN, 2006).

Vasconcelos (2002) realizou uma análise histórica do processo de emergência e evolução da profissão de nutricionista no Brasil através de revisão da literatura no período de 1939 a 2000, apontando as perspectivas para a prática desse profissional no decorrer do século XXI com a preocupação com o resgate da cultura dietética, o controle de qualidade e a segurança alimentar.

Em outro estudo realizado em 2009, Vasconcelos e Calado (2011), apresentaram a expansão dos cursos de graduação em nutrição e a ampliação da oferta de profissionais no mercado de trabalho, fatores que trouxeram diversificação das áreas de atuação, redistribuição geográfica e modificações no perfil do mercado de trabalho.

Dentro deste contexto de inserção da profissão e de conquistas já sedimentadas com a ampliação e diversificação do campo de trabalho, estão

inseridas algumas questões sobre a prática do profissional, o mercado e o ambiente de trabalho e suas repercussões sobre o estado de saúde do nutricionista.

Os estudos disponíveis, realizados com este grupo de profissionais, analisaram as condições de inserção e atuação do nutricionista no mercado de trabalho, sua caracterização, bem como, as tendências profissionais para a categoria (PRADO; ABREU 1991; ALVES et al. 2003; ANSALONI 1999, GAMBARDELLA 2000; MELLO et al.2012; CFN 2006; AKUTSU 2008; BOSI 2000; MIRANDA et al., 2010).

Prado e Abreu (1991) realizaram um estudo com 102 nutricionistas egressos no estado do Rio de Janeiro no ano de 1987 e observaram que 78% atuavam como nutricionistas, sendo 51,3% em hospitais e 22,4% em alimentação coletiva. A carga horária média de trabalho era de 36,8 horas com média de remuneração de 7,5 salários mínimos, com destaque para a tendência de crescimento na força de trabalho feminina, mais jovem e com maior absorção pelo setor privado.

Em 1996, Ansaloni estudou nutricionistas de Belo Horizonte com objetivo de analisar a situação de trabalho, interrelação e posição de classe de 40 profissionais que trabalhavam em empresas de refeições coletivas, concluindo que 90% exerciam atividades administrativas e de supervisão, com poucas oportunidades de crescimento na empresa e com instalações físicas precárias (ANSALONI, 1999).

Gambardella et al.(2000) analisaram a situação profissional de 89 egressos do curso de nutrição da USP no período de 1990 a 1996 e encontraram resultados de 79,8% atuando na área de nutrição com maior concentração nas áreas de nutrição clínica (36,6%) e alimentação coletiva (31%) e com 32,4% atuando em outras áreas como hotelaria, Serviço de Atendimento ao Consumidor (SAC), desenvolvimento de produtos, *catering*, nutrição esportiva, dentre outras, apontando para uma tendência de diversificação na atuação. Com relação à renda, 59,1% recebiam 10 salários mínimos ou mais e para a jornada de trabalho, 88,7% trabalhavam 40 horas semanais ou mais.

Ao analisar 131 egressos da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) no período de 1983 a 2000, Alves et al.(2003) verificaram que 84,7% exerciam a profissão, sendo que 28,9% atuavam na área de alimentação coletiva, 27% em nutrição clínica, 20,7% na área de ensino e 23% em outras áreas.

O Conselho Federal de Nutrição (CFN), no ano de 2005, utilizando uma amostra distribuída de forma aleatória de 2.492 nutricionistas em todas as regiões do

país, encontrou forte presença do sexo feminino (96,5%), concentrada na faixa etária entre 20 e 40 anos (79,4%), 53,6% eram solteiros, 79,1% da raça branca e 66,7% atuando nas capitais onde residiam. Quanto à inserção no mercado de trabalho, 72,6% atuavam em apenas um local de trabalho, com renda mensal média de R\$ 1.616,00 (5,4 salários mínimos da época) e com maior densidade de atuação nas áreas clínica (40%) e alimentação coletiva (32,2%) (CFN, 2006).

Estudo realizado em 2007 para identificar o perfil de 434 nutricionistas atuantes no Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), demonstrou que a maior parte era do sexo feminino (97,2%), na faixa de 20 a 30 anos (42,7%) e possuía mais de dez anos de formada (40,2%), predominando o vínculo empregatício efetivo por tempo parcial no programa (53,3%). O rendimento mensal da maioria ficou entre 2-5 salários-mínimos (64,1%). Apesar da satisfação na atuação profissional, os participantes sentiam-se pouco satisfeitos em relação às condições de trabalho (MELLO et al., 2012).

Mais recentemente, Akutsu (2008) analisou a atuação profissional e as condições sócio-demográficas de 587 nutricionistas de diversas regiões do país, reforçando a presença do sexo feminino (96,9%) e as concentrações de atuação nas áreas clínica (22%), alimentação coletiva (24,4%) e mais que uma área (30,6%).

Analisando a relação saúde e trabalho, encontramos o estudo realizado por Bosi (2000) com 40 nutricionistas da área de saúde pública, que teve como objetivo discutir os aspectos da subjetividade no cotidiano de trabalho, em especial as cargas e sofrimentos presentes nesses profissionais. Os resultados mostraram um predomínio das cargas mentais e psicoafetivas sobre as cargas físicas, apesar de um nível elevado de satisfação no trabalho, que se sobrepõe aos sofrimentos vivenciados na prática profissional.

Em pesquisa com 75 ex-alunos do curso de nutrição da Universidade de Franca formados no período de 2005 a 2007, Miranda et al. (2010) demonstraram que 85,5% encontravam-se exercendo a profissão, distribuídos nas áreas de nutrição clínica e alimentação coletiva (59,6% e 53,8%, respectivamente). A média salarial para a maioria dos participantes (32,7%) foi de três salários mínimos, e a carga horária de trabalho era superior a 40 horas semanais. Quanto ao nível de satisfação com a atuação profissional, houve 74,5% de aprovação. Em relação ao estado nutricional, 78,18% e 12,72% foram classificados com eutrofia e sobrepeso respectivamente e nenhum indivíduo com obesidade.

O levantamento bibliográfico realizado demonstra que, nos últimos vinte anos, os nutricionistas perderam padrão de remuneração, as áreas de clínica e alimentação coletiva se mantiveram as grandes empregadoras deste profissional, as condições de trabalho não são satisfatórias e se mantém a predominância do sexo feminino.

Nesta caminhada de conquistas e transformações no universo de trabalho e de atuação, percebemos o nutricionista formado para preservar, promover e recuperar a saúde da população, inserido no grupo de profissionais da área de saúde, responsáveis por “serem cuidadores” da saúde da população, muitas vezes em situações que causam comprometimento de sua própria saúde. Esses profissionais também fazem parte da população em geral, estão inseridos no quadro epidemiológico de saúde pública do país e, como tal, necessitam de políticas relacionadas à sua saúde física e mental.

Existe uma escassez de estudos relacionados à saúde do profissional nutricionista, tornando pertinentes as investigações que analisem e discutam esta temática.

1 REFERENCIAL TEÓRICO

1.1 Epidemiologia do Excesso de Peso

O quadro epidemiológico de sobrepeso e obesidade tem sido motivo de grande preocupação para as autoridades de saúde pública devido ao crescimento gradativo das prevalências na população mundial, tanto nos países desenvolvidos, como dos em desenvolvimento (OMS, 1998; 2000).

Segundo estimativas globais da Organização Mundial da Saúde (OMS) realizadas em 2008, mais de 1,4 bilhão de adultos, com 20 anos ou mais, estavam acima do peso, sendo que aproximadamente 200 milhões de homens e quase 300 milhões de mulheres estavam obesos. O sobrepeso e a obesidade atingiam a população na ordem de 35% e 11%, respectivamente. De 1980 a 2008 a prevalência da obesidade quase dobrou passando de 5% para 10% para homens e de 8% para 14% em mulheres (OMS, 2008a, 2008b).

Segundo essas estimativas da OMS, no ano de 2008, as prevalências de sobrepeso e obesidade eram maiores nas Américas (62% de excesso de peso em ambos os sexos e 26% de obesidade) e menores no Sudeste da Ásia (14% com excesso de peso em ambos os sexos e 3% de obesidade). Em todas as regiões, as mulheres tiveram maior prevalência de sobrepeso e obesidade. O aumento foi significativo em países de alta e média renda (OMS, 2008b). Estes dados demonstram crescimento alarmante de uma doença complexa e multifatorial.

O excesso de peso corporal pode ser definido como uma condição nutricional derivada do acúmulo de gordura ou de tecido adiposo decorrente de um balanço energético positivo entre consumo e gasto de energia, e a obesidade é o estado mais grave do excesso de peso (OMS, 1998; OPAS, 2003).

O desenvolvimento da obesidade tem causa multifatorial e com interação entre os fatores genéticos, psicológicos, socioeconômicos, culturais e ambientais. Dentre todos os fatores, os sociais e ambientais têm sido destacados, pois vêm desempenhando papel determinante no desenvolvimento da doença (FRANCISCHI, 2000; OMS, 2002).

As mudanças comportamentais do século XX, com a modernização das sociedades, o avanço da tecnologia e da indústria de alimentos, o *marketing* da indústria favorecendo o consumo de alimentos ultraprocessados, a mudança de estilo de vida com a diminuição da prática de atividade física, a inserção da mulher no mercado de trabalho, a migração da população rural para os centros urbanos, bem como a mudança no comportamento alimentar são os fatores aos quais se tem atribuído grande responsabilidade na evolução desses agravos para a população mundial (KAC, 2003; SOUZA, 2010).

Estas mudanças se refletem no aumento do consumo de alimentos de baixo teor nutritivo, ricos em gorduras e açúcares simples (*"junk food"*) com uma dieta denominada de "ocidental" ou "ocidentalizada", caracterizada também pelo consumo elevado de sal e bebidas alcoólicas, bem como pelo baixo consumo de frutas, fibras, verduras e legumes (FRANCISCHI, 2000; MARCHIONI; ZACCARELLI, 2002; SOUZA, 2010).

Esse processo de mudança comportamental da população tem trazido impacto significativo para a saúde em todo o mundo, considerando-se a carga que o sobrepeso e a obesidade têm no perfil de morbi-mortalidade. Ambos produzem efeitos metabólicos danosos ao organismo e especialmente a obesidade é fator de risco relevante para o surgimento de doenças crônicas tais como: diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial sistêmica (HAS), doenças cardiovasculares e certos tipos de cânceres, além de doenças gastrointestinais, osteoartrites, apneia do sono, distúrbios psicossociais, dentre outras enfermidades (BAUMGARTNER, 1995; FRANCISCHI, 2000; OMS, 2002; OPAS, 2003).

As doenças crônicas não transmissíveis compõem um grupo de agravos que se caracterizam por apresentar, de forma geral, longo período de latência, tempo de evolução prolongado, lesões irreversíveis e complicações que acarretam graus variáveis de incapacidade ou óbito (OMS, 2002).

Em 2001, essas doenças foram responsáveis por 59% do total de óbitos e 45,9% da carga global de enfermidades (OPAS, 2003). Além disso, geraram alto custo de atenção à saúde, estimado em 2002 de 2 a 6% para os países em desenvolvimento, podendo ser maior, considerando-se que nem todas as enfermidades relacionadas à obesidade são incluídas na apuração dos custos (OPAS, 2003). No Brasil, os custos de internações para doenças relacionadas ao

sobrepeso e à obesidade representaram, em 2001, de 6,8% a 9% do custo total de hospitalizações na rede de saúde (SHICHERI, 2007).

Segundo a OMS, no ano de 2008, foram atribuídos ao sobrepeso e à obesidade uma carga de diabetes na ordem de 44%, 23% da carga de doença isquêmica do coração e entre 7% e 41% de determinados tipos de câncer. Além disso, eles ocuparam a posição de quinto lugar no *ranking* de mortalidade global, estimando-se que 2,8 milhões morrem no mundo em decorrência do excesso de peso (OMS, 2008a).

O quadro epidemiológico no Brasil também evidencia que, nas últimas décadas, houve um crescimento alarmante de sobrepeso e obesidade em homens e mulheres nos diferentes estratos sociais, passando pelo processo chamado de transição nutricional, que é a expressão utilizada para sintetizar as mudanças ocorridas no perfil nutricional da população, nos últimos cinquenta anos, com o declínio da prevalência de desnutrição (com a correção do déficit estatural) e a emergência do sobrepeso e obesidade. Esse fenômeno pode ser explicado por mudanças em termos de ocupação demográfica, com a passagem de uma população mais rural nos anos 50 (66%) para uma população atual mais concentrada na área urbana (80%); a inserção da mulher no mercado de trabalho, provocando uma mudança na qualidade da alimentação no lar com preferência pelo uso de alimentos industrializados e/ou a realização das refeições fora do lar; e a diminuição da prática de atividade física pela evolução da tecnologia, mudando os hábitos de trabalho (diminuição do trabalho manual) e de casa com a praticidade dos recursos eletrônicos, resultando em uma mudança de hábitos de vida e gerando impacto sobre a saúde da população (MONTEIRO; CONDE, 1999; BATISTA; FILHO, 2003; SOUZA, 2010).

As prevalências de excesso de peso e de obesidade na população brasileira vêm aumentando continuamente ao longo das últimas décadas, conforme registrado pelos quatro inquéritos populacionais realizados: o Estudo Nacional de Despesas Familiares (ENDEF) 1974/1975; a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN) 1989 e as Pesquisas de Orçamento Familiar (POF) 2003/2004 e 2008/2009. Os resultados da última POF demonstram que, neste período de 34 anos, a prevalência de excesso de peso em adultos aumentou em quase três vezes para o sexo masculino (de 18,5% para 50,1%) e em quase duas vezes para o sexo feminino (de 28,7% para 48,0%). No mesmo período, a prevalência de obesidade

aumentou em mais de quatro vezes para homens (de 2,8% para 12,4%) e em mais de duas vezes para mulheres (de 8,0% para 16,9%). A prevalência geral em 2008-2009 foi de 49% de excesso de peso e 14,8% de obesidade (IBGE, 2010).

Analisando o comportamento desses eventos com relação à renda, a POF 2008-2009 demonstra que as frequências de excesso de peso e obesidade aumentaram em todos os estratos de renda no sexo masculino. No sexo feminino, as maiores prevalências estão na classe intermediária de renda, sendo o crescimento mais acentuado entre os 20% de menor rendimento, passando de 14,6% para 45% de excesso de peso e de 2,4% (ENDEF) para 15,1% de obesidade. Entre os 20% de maior rendimento, a prevalência de obesidade aumentou de 10,8% para 16,9%.

O excesso de peso e a obesidade foram mais frequentes nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste e nos domicílios urbanos. Nas mulheres, as duas condições se destacaram no Sul do país (IBGE, 2010).

Com relação à idade, a POF demonstrou que houve um aumento das frequências de sobrepeso e obesidade para mulheres até a faixa etária entre 55 e 64 anos e para os homens a faixa etária entre 45 a 54 anos com prevalências menores após estas faixas (IBGE, 2010).

Outro inquérito realizado pelo Ministério da Saúde (MS) desde 2006, o VIGITEL (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por inquérito telefônico), realizado em 26 capitais do país e no DF, encontrou, no conjunto da população adulta das 27 cidades, no ano de 2010, prevalências de 48,1% de excesso de peso e 15% de obesidade, reforçando o quadro epidemiológico do estado nutricional da população adulta no país registrado nos inquéritos populacionais de base domiciliar (BRASIL, 2010).

Em relação aos dados do VIGITEL (BRASIL, 2010), a prevalência geral de excesso de peso foi de 48,1% sendo maior entre homens (52,1%) do que entre mulheres (44,3%). Em ambos os sexos, a frequência foi maior entre as faixas etárias 18-24 anos (29,6%) e 45-54 anos (59,6%) quando é quase duplicada. No sexo masculino, a frequência da obesidade quase quadruplica dos 18-24 (5,6%) aos 45-54 (22,5%) anos de idade, sendo menor entre aqueles com 55 ou mais anos de idade. Entre mulheres, a frequência da obesidade mais do que triplica entre 18-24 (7%) e 55-64 (20,7%) anos, sendo menor entre aquelas com 65 ou mais anos de idade (BRASIL, 2010).

Ao analisar esse evento segundo o nível de escolaridade, a frequência de excesso de peso entre as mulheres foi inversa, sendo 52,5% no estrato de menor escolaridade e 35,3% no estrato de maior escolaridade, o mesmo ocorrendo para obesidade com 20,4% e 10,7% respectivamente. No sexo masculino, não há um padrão claro para o excesso de peso, mas a maior frequência foi observada no estrato de maior escolaridade; e para os obesos a frequência foi semelhante em todos os estratos (BRASIL, 2010).

As crescentes prevalências de excesso de peso no Brasil são acompanhadas pela modificação do padrão alimentar da população brasileira. Levy-Costa et al.(2005) observaram que a evolução do sobrepeso e da obesidade, bem como da participação das doenças crônicas não transmissíveis no perfil de morbi-mortalidade no país, estão em conformidade com a mudança no padrão alimentar ocorrido a partir da década de 70. Foi observado, no período de 1970 a 2000, um declínio da aquisição de alimentos tradicionais, como o feijão, o arroz, as frutas e hortaliças, e um aumento de até 400% no consumo de produtos industrializados, como biscoitos e refrigerantes (LEVY-COSTA et al., 2005).

Os inquéritos populacionais realizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no Brasil ao longo dos anos têm permitido avaliar as modificações no consumo de alimentos demonstrado na última POF (2008-2009) um aumento de gastos com alimentação fora do lar, de 24,1% (2002) para 33,1%(2009), principalmente na população urbana em relação a POF anterior (2002-2003). Com relação ao padrão de consumo alimentar, os dados demonstraram alto consumo de açúcares simples (açúcar de mesa ou produtos industrializados) e de gorduras saturadas, consumo de frutas e verduras insuficiente, bem como a perda de importância de produtos tradicionais da dieta do brasileiro como o arroz, feijão e a farinha de mandioca (IBGE,2010).

Visando analisar a tendência de consumo alimentar individual de dois estudos seccionais de base populacional, foram avaliados os dados de mulheres residentes no município do Rio de Janeiro com idade acima dos 35 anos, no período de 1995 a 2006, totalizando 1.401 participantes. Os resultados demonstraram que, no período de 10 anos, houve um incremento no consumo de alimentos com alta densidade energética, com redução de consumo de frutas, leite, feijão, raízes e tubérculos (PEREIRA et al., 2009).

Os resultados dos estudos corroboram os achados dos inquéritos que demonstram a mudança no padrão alimentar do brasileiro contribuindo fortemente para este cenário alarmante que traz um grande desafio à área de saúde pública.

Dentro deste contexto de epidemia de sobrepeso e obesidade estão os trabalhadores, que pertencem à população geral e também estão expostos a esse tipo de adoecimento. Descrever a obesidade e identificar grupos de riscos específicos, bem como a possível relação com os processos de trabalho é importante para o desenvolvimento de estratégias de promoção da saúde, considerando a diversidade dos espaços sociais. No entanto, este assunto ainda é pouco explorado entre os trabalhadores no Brasil (BOCLIN, 2010).

Dados de pesquisa realizada com funcionários de uma universidade no Rio de Janeiro, em 1999, para avaliar as associações entre escolaridade, renda e índice de massa corporal (IMC), demonstraram prevalência de sobrepeso de 3,5 vezes maior em mulheres com baixa escolaridade (32%) quando comparadas com as de nível escolaridade mais alto (9,4%). Para os homens, as prevalências foram de 19% (baixa escolaridade) e 15,8% (alta escolaridade), com relação inversa entre o nível de escolaridade somente entre as mulheres, demonstrando, que a baixa escolaridade exerce papel importante na determinação social da obesidade, principalmente entre as mulheres. Em relação à renda, não houve associação estatística significativa para ambos os sexos (FONSECA, 2006).

No ano de 2003, foi realizado um estudo com trabalhadores das cozinhas de sete hospitais públicos estaduais da Grande Florianópolis com o objetivo de avaliar a prevalência de sobrepeso e obesidade e a associação com as características sócio-demográficas. Seus resultados apontaram para prevalências de 46,5% de sobrepeso e 25% de obesidade, sendo três vezes maior nas mulheres do que nos homens, especialmente para aquelas com menor escolaridade. Das variáveis de exposição (sexo, idade, renda familiar, situação conjugal e saúde autoavaliada), somente o sexo se manteve associado ao excesso de peso (BOCLIN, 2010).

No município de Teresina, ao investigar a prevalência de sobrepeso, obesidade e fatores associados em funcionários de plantões diurnos de quatro unidades básicas de saúde, Sousa *et al.* (2007) encontraram prevalência de 53,72% de excesso de peso, sendo 35,75% de sobrepeso e 17,7% de obesidade, sendo maior a prevalência de sobrepeso em homens (45,16%) e a de obesidade em mulheres (19,31%). As variáveis que se mantiveram associadas significativamente

foram idade, função desempenhada pelo funcionário, obesidade dos pais, renda, fumo e circunferência da cintura (SOUSA et al., 2007).

Ao analisar 1.249 trabalhadores de 49 centros de atenção básica à saúde de Florianópolis, com o objetivo de investigar a relação entre problemas de saúde por meio de autoavaliação, as condições de trabalho e outros fatores, Garcia et al.(2010), encontraram prevalência de 43,08% de obesidade e associação significativa com baixa saúde autorrelatada (razão de prevalência [RP] 1,74; intervalo de confiança [IC] 95%; 1,37-2,21; $p < 0,001$) no modelo ajustado por sexo, idade, educação, tempo de trabalho para a administração pública, carga de trabalho, condições do ambiente de trabalho, ocupação e sintomas músculo-esqueléticos.

A descrição do perfil de saúde dos trabalhadores ($n = 184$) de um Centro de Saúde-Escola de Ribeirão Preto mostrou que os trabalhadores eram predominantemente do sexo feminino, com idade entre 35 a 39 anos, nível de escolaridade superior completo e 26,6% deles apresentavam sobrepeso e 35,3% obesidade, sendo esta presente em mais da metade dos indivíduos com pressão arterial alterada (NASCIMENTO; MENDES, 2002).

Silva *et al.* (2008) analisaram 579 trabalhadores de um hospital na cidade de São Paulo e encontraram prevalência de sobrepeso maior na faixa etária de 31 a 40 anos e obesidade na faixa acima dos 50 anos. Almeida *et al.* (2006) analisaram as medidas antropométricas de 295 trabalhadores de um hospital de Fortaleza-CE encontrando 33,2% de sobrepeso e 13,9%, de obesidade.

Os estudos analisados reforçam que os profissionais de saúde também estão sofrendo desses agravos e, em consequência disso, sujeitos aos riscos de desenvolvimento de doenças crônicas, tornando necessária a realização de outros estudos visando identificar que fatores relacionados ao trabalho e aos hábitos de vida (práticas alimentares e de atividade física) podem estar influenciando a saúde desses profissionais.

A abordagem referente a sobrepeso e obesidade tem sido feita também, ainda que tímida, considerando a associação com distúrbios psicológicos, incluindo depressão, distúrbios alimentares, imagem corporal distorcida e baixa autoestima (EUA, 2001). Investigações que incluam o ambiente e as condições de trabalho a que estes indivíduos estejam expostos, principalmente quanto aos aspectos psicossociais são importantes subsídios para o estabelecimento de estratégias de promoção da saúde para este grupo de trabalhadores.

2.2 Transtornos mentais – conceituação e epidemiologia

Os transtornos mentais emergem como componente altamente significativo dentro da carga global de doenças no mundo, quando a incapacidade e a morte são levadas em conta. As projeções mostram que doenças psiquiátricas e condições neurológicas podem aumentar a sua participação na carga global de doenças, de 10,5 % em 1990 para quase 15 % prospectando uma mudança no *ranking* das principais causas de doenças globais, passando a depressão maior a ocupar o 2º lugar em 2020, perdendo somente para doenças isquêmicas do coração (MURRAY e LOPEZ, 1996).

A determinação da doença mental é complexa, envolvendo várias dimensões como fatores biológicos (funcionamento neuroendócrino e imunitário), comportamentais (hábitos alimentares, prática de atividade física, prática sexual, uso de álcool, tabaco e drogas), psicológicos (relação da criança com os pais ou cuidadores e seu envolvimento afetivo) e sócio-ambientais (urbanização descontrolada, pobreza, rápidas transformações tecnológicas) que se juntam para causar doenças da mente, que tem sua base física no cérebro e que possuem dinâmicas diferentes nas classes sociais (desemprego e pobreza), nas relações de gênero e idade (mais prevalentes no sexo feminino e entre pessoas mais velhas) e no ambiente familiar e social (relações de conflito) (OMS, 2001; LURDEMIR, 2008).

Uma característica importante da doença mental é a invisibilidade, ou seja, a dificuldade de medir, ver ou sentir pelo outro e que muitas vezes acomete o próprio doente, fazendo-o não “enxergar” e não se aceitar doente; o que torna mais difícil a identificação, o tratamento e o desenvolvimento de ações estratégicas de saúde pública. Os sintomas de doença mental podem ser confundidos com fatores físicos, dificultando o seu diagnóstico. Muitas pessoas sofrem em silêncio e com a falta de cuidados, ficam sujeitas ao estigma, à vergonha, à exclusão e até à morte (OMS, 2001).

A doença mental pode provocar uma série de prejuízos sociais na vida do indivíduo, como baixo nível educacional, desemprego e prejuízo nas relações pessoais (MURRAY; LOPEZ, 1996; OMS, 2001).

A urbanização e a industrialização geraram um ritmo de vida “agitado”, com cerceamento da liberdade pelo aumento da violência urbana. O alto custo de vida no

mundo moderno e capitalista desencadeia uma desigualdade social que afeta diretamente as condições de vida da população trazendo uma carga psíquica pesada (alto nível de stress) para o ser humano (LURDEMIR, 2002, 2008).

Em relatório sobre saúde mental publicado em 2001, a OMS afirma que as perturbações mentais e comportamentais afetam 25% da população em algum momento da vida, ou seja, uma em cada quatro pessoas será afetada por um transtorno mental. Em 2000, a doença mental ocupava 12% da carga global de doença, sendo a depressão maior a principal causa de incapacidade em nível global, ocupando o quarto lugar nas dez principais causas de enfermidades em nível mundial sendo que uma minoria recebe tratamento. Projeções deste relatório descrevem que a depressão deverá ser, em 2020, a segunda principal causa de doença no mundo (OMS, 2001).

As perturbações mentais estão definidas pela Classificação Internacional de doenças (CID-10) que se caracterizam, geralmente, por uma combinação de idéias, emoções e comportamentos anormais com prejuízo do funcionamento normal da vida e que devem ser continuadas ou recorrentes. Estão incluídas as perturbações depressivas; as devidas ao uso de substâncias como o álcool; esquizofrenia; epilepsia, doença de Alzheimer; atraso mental e perturbações na infância e adolescência. No contexto da saúde primária, os diagnósticos mais comuns são a depressão, ansiedade e perturbações por abuso de substâncias (OMS,2001).

A Associação Americana de Psiquiatria (APA) desenvolveu o Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) com objetivo de descrever e agrupar os sintomas destas perturbações mentais para facilitar o diagnóstico por parte dos profissionais da área de psiquiatria.

Existem transtornos mentais que se apresentam por queixas somáticas inespecíficas, e que não preenchem todos os critérios formais para diagnóstico de depressão e ansiedade, segundo DSM-V (quinta versão) e CID-10, mas podem trazer um nível de incapacitação igual ou maior do que os quadros de doenças estabelecidas. Tais eventos têm sido chamados de transtornos mentais comuns, ainda que essa nomenclatura seja criticada por alguns pesquisadores (FORTES, 2001; FONSECA, 2008).

Os transtornos mentais comuns (TMC), expressão criada por Goldberg e Huxley (1992), também chamados de morbidades psiquiátricas menores (MPM), para definir os “transtornos que são comumente encontrados nos espaços

comunitários, cuja presença assinala uma alteração em relação ao funcionamento normal”. Eles se caracterizam por sintomas como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração, queixas somáticas e principalmente depressão e ansiedade. (GOLDBERG; HUXLEY, 1992).

Os estudos que avaliaram a saúde mental de indivíduos na comunidade têm demonstrado que cerca de 90% da morbidade psiquiátrica, nessas populações, compõe-se de distúrbios não psicóticos com maior evidência para depressão e ansiedade, incluindo uma série de queixas inespecíficas e somáticas (GOLDBERG; HUXLEY, 1992).

Fatores como condições de vida e de trabalho, gênero, cor, raça, desemprego, renda e características genéticas podem ser determinantes no desenvolvimento dos TMC (LUDERMIR,2002; FONSECA,2008).

Uma revisão feita por Patel e Kleinman em 2003, com 11 estudos comunitários em seis países em desenvolvimento (de baixa e média renda) distribuídos pela África (Lesotho e Zimbábue), Ásia (Indonésia e Paquistão) e América Latina (Brasil e Chile) demonstrou prevalências entre 20 e 30% de TMC (PATTEL; KLEINMAN, 2003).

Em estudos realizados com populações ocidentais, os resultados demonstraram prevalências de transtornos não psicóticos entre 7% a 26%, com média de 17% (12,5% em homens e 20% em mulheres) (BHUGRA, 1993; LOPES, 2003).

Em revisão bibliográfica de estudos realizados no Brasil sobre sofrimento difuso e TMC, Fonseca *et al.*(2008) verificaram que eles têm sido realizados em segmentos da população, especialmente na atenção primária e em comunidades. Os resultados têm demonstrado altas prevalências de TMC entre aqueles com baixa renda e escolaridade, separados ou viúvos, do sexo feminino, que fazem trabalhos manuais, donas de casa, maiores de 55 anos, com condições de moradia precárias e migrantes. Na conclusão, os autores alertam para o despreparo dos profissionais de saúde para lidarem com a forma de sofrimento não classificado em manuais e para as ausências de políticas públicas destinadas a essa problemática no campo da saúde.

O Quadro 1 apresenta estudos realizados no Brasil que investigaram a prevalência de transtornos mentais em diversos grupos populacionais. Alguns estudos analisam os TMC em geral e outros, os sintomas de depressão, ansiedade

e transtornos de humor. Os estudos apresentados utilizam diversos instrumentos de rastreamento para os distúrbios psicológicos.

Quadro 1- Estudos sobre a TMC na população brasileira (1993-2010).

Autor/Ano	Coleta Dados	Local Estudo	Objetivo Principal	Desenho Estudo	População/ Amostra	Instrumento aferição TMC	Covariáveis	Principais resultados
Lurdermir, AB; e Filho, AAM. 2002	1993	Olinda	Determinar a prevalência de TMC e analisar sua associação a condições de vida e inserção na estrutura ocupacional.	Seccional	621 adultos de ≥ 15 anos de idade.	SRQ-20	Condições de vida, renda e inserção na estrutura ocupacional.	A prevalência total de TMC foi de 35%. Baixa escolaridade, baixa renda e exclusão do mercado formal de trabalho estiveram associados à presença de TMC.
Lopes <i>et al.</i> 2003	1999	Rio de Janeiro	Investigar a associação entre eventos de vida produtores de estresse (EVPE) e TMC	Dados seccionais de um estudo de coorte (Estudo Pró-Saúde).	4.030 funcionários técnico-administrativos de uma universidade pública do estado do RJ.	GHQ-12	Variáveis sócio-demográficas (sexo, idade, renda, situação conjugal, problemas financeiros graves, agressão física, mudança forçada de moradia, doença grave, rompimento de relação amorosa, internação hospitalar e assalto ou roubo).	Prevalência TMC de 29% (22,2% dos homens e 34,4% das mulheres). Após o ajuste por sexo, idade, renda e situação conjugal, as variáveis problemas financeiros graves, agressão física, mudança forçada de moradia, doença grave, rompimento de relação amorosa, internação hospitalar e assalto ou roubo foram os eventos associados a uma chance mais elevada de TMC.

Continuação do quadro 1

Autor/Ano	Coleta Dados	Local Estudo	Objetivo Principal	Desenho Estudo	População/ Amostra	Instrumento aferição TMC	Covariáveis	Principais resultados
Costa e Lurdemir 2005	Dezembro 1999 a janeiro 2000	Comunidade rural de Pirauá-Macaparana, Zona da Mata, PE	Estimar prevalência de TMC e sua associação com apoio social.	Seccional	Todos os residentes – 483 indivíduos	SRQ-20	Sexo, idade, pessoal no domicílio, estado civil, companheiro, escolaridade, participação no mercado de trabalho, renda PC, apoio social	Prevalência de TMC de 36% com razão de chances de 2,23 (IC 95% 1,47 – 3,36) para os que não tinham apoio social.
Maragno <i>et al.</i> 2006	Janeiro a março 2001	Projeto QUALIS- PSF Vila Nova Cachoeirinha e Vila Curuçá, no município de São Paulo	Investigar a prevalência de TMC segundo a cobertura PSF QUALIS e analisar a sua distribuição segundo determinadas variáveis sócio-demográficas	Seccional	2337 indivíduos da população \geq 15 anos.	SRQ-20	Idade, sexo, estado civil, escolaridade, naturalidade, renda <i>per capita</i> mensal.	Prevalência de TMC de 24,95% com significância estatística para o sexo feminino, idosos, indivíduos com menor renda e menor escolaridade.
Márin-Léon <i>et al.</i> 2007	-	Zona Urbana de campinas	Analisar a associação entre características sócioeconômicas e TMC.	Seccional	Amostra 515 indivíduos da população \geq 14 anos	SRQ-20	Sexo, faixa etária, atual estado conjugal, filhos, escolaridade, renda e ocupação.	Prevalência global de 17% sendo maior em mulheres, pessoas com 55 anos ou mais de idade, menor escolaridade, os desempregados ou precariamente empregados.
Fortes S. <i>et al.</i> 2008	Agosto a dezembro 2002	Petrópolis - RJ	Conhecer a prevalência de TMC na clientela atendida no Programa de Saúde da Família (PSF) em Petrópolis-RJ e seu perfil nosológico.	Seccional	Pacientes entre 18 e 25 anos. N = 714 Casos de TMC = 215	GHQ-12	-	Prevalência 56% de TMC para o ponto de corte 2/3 e de 33% para 4/5. Houve alta frequência de comorbidade, especialmente entre transtornos ansiosos, depressivos, somatoformes e dissociativos.

Continuação do quadro 1

Autor/Ano	Coleta Dados	Local Estudo	Objetivo Principal	Desenho Estudo	População/ Amostra	Instrumento aferição TMC	Covariáveis	Principais resultados
Anselmi <i>et al.</i> 2008	2004-2005	Pelotas – RS	Estimar prevalência TMC na população	Seccional de uma coorte	4.285 indivíduos	SRQ-20	Cor, escolaridade mãe, renda familiar em SM e mudança de renda.	A prevalência de TMC foi de 28,0% na coorte, 32,8% entre as mulheres e 23,5 % entre os homens. Associação com pobreza (RP 1,5), cor e renda ao nascer para mulheres.
Bandeira <i>et al.</i> 2007	-	Minas Gerais	Estimar prevalência de TMC	Seccional	400 indivíduos atendidos no PSF	Escala QSG	-	Prevalência TMC total de 37,% sendo 45,1% homens e 32,6% mulheres.
SÃO PAULO, Bol. ISA 2011	2008	Cidade de São Paulo	Analisar as questões de saúde emocional, tabagismo e consumo de álcool.	Seccional	Indivíduos da cidade de SP	SRQ-20	Cor, raça, idade, gênero, renda, situação conjugal, religião, escolaridade e presença de deficiência.	Prevalência de TMC em > 16 anos foi 16,5%, (IC95% 14,8-18,3) com diferença estatisticamente significativa entre os sexos, sendo 8,0% (IC: 6,1-10,3) para o masculino e 23,9%(IC: 21,4-26,6) para o feminino.
Lima <i>et al.</i> 2008	2001 - 2002	Botucatu	Avaliar a influência das condições socioeconômicas na associação entre TMC e uso de serviços de saúde e de psicofármacos.	Seccional	Amostra da população com 1.023 indivíduos \geq 15 anos de idade.	SRQ-20	Procura dos serviços de saúde, sexo, renda e uso de psicotrópicos.	A procura de serviços de saúde se associou ao sexo feminino (OR=2,0) e à presença de transtorno mental comum (OR=2,2). O TMC associou-se à menor renda e ao uso de psicotrópicos.
Fiorotti <i>et al.</i> 2009	2005	Unidade de Atenção Primária à Saúde – município do RJ	Estimar presença de TMC em hipertensos	Seccional	Amostra conveniência: 92 pacientes	QSG-60	Gênero, escolaridade, grau de hipertensão, tempo de diagnóstico e tratamento.	Casos suspeitos de TMC foram de 29,3%. Maiores índices para a faixa de 45 a 54 anos, ensino fundamental incompleto, tempo de diagnóstico e de tratamento da hipertensão de até 10 anos.

Continuação do quadro 1

Autor/Ano	Coleta Dados	Local Estudo	Objetivo Principal	Desenho Estudo	População/ Amostra	Instrumento aferição TMC	Covariáveis	Principais resultados
Coelho <i>et al.</i> 2009	Julho 2004 a Julho 2005	Pelotas – RS	Estimar prevalência de TMC em indivíduos acima de 40 anos e que apresentavam doenças crônicas não degenerativas (DCND)	Seccional	Amostra de 1276 indivíduos	SRQ-20	Gênero, idade, estado civil, escolaridade e status social (critério Brasil).	Prevalência de TMC de 30,2% Baixa escolaridade, classe social mais inferior e faixa etária de 46-55 anos apresentaram associação significativa com morbidade psiquiátrica, além de forte associação com auto-relato de 5 ou mais condições de DCND.
Botti <i>et al.</i> 2010	Março a julho 2009	Belo Horizonte – MG	Estimar prevalência de transtornos mentais	Seccional	Amostra 245 (26,4% população atendida pelo Centro de referência de população de rua).	SRQ-20	Estado civil, idade, tempo de moradia na rua e escolaridade.	Prevalência de 49,% de TMC.
Rocha <i>et al.</i> 2010	2007	Área urbana de Feira de Santana - BA	Descrever a prevalência de TMC segundo condições sociodemográficas, hábitos de vida e doenças crônicas.	Seccional	3.597 indivíduos de ≥ 15 anos de idade.	SRQ-20	Sexo, renda, idade, escolaridade, situação conjugal, hábitos de vida e presença de doenças crônicas.	Prevalência global de TMC de 29,9%, sendo maior em mulheres (35%), em indivíduos mais velhos, com baixa renda e escolaridade e/ou analfabetos e os que viviam sem companheiro.
Fortes S. <i>et al.</i> 2011	2002	Cinco centros urbanos atendidos pelo PSF Petrópolis - RJ	Investigar pacientes atendidos pelo PSF com maior risco para TMC e recomendar intervenções alternativas.	Seccional	4.928 pacientes acima de 18 anos e ≤ 65 anos.	GHQ-12	Gênero, pobreza (renda mensal per capita de até U\$ 40), ausência de fonte de renda pessoal, estado civil (não ter um parceiro), idade (menores de 45 anos de idade) e analfabetismo.	Associação entre TMC e ser mulher (OR = 2.90; 95% CI 1.82-4.32), ter menos de 45 anos (OR = 1.43; 95% CI 1.02-2.01), ter renda PC familiar menor que U\$40,00 (OR = 1.68; 95% CI 1.20-2.39) e não ter companheiro (OR = 1.71; 95% CI 1.22-2.39). Analfabetismo se associava a TMC em indivíduos não extremamente pobres.

Continuação do quadro 1

Autor/Ano	Coleta Dados	Local Estudo	Objetivo Principal	Desenho Estudo	População/ Amostra	Instrumento aferição TMC	Covariáveis	Principais resultados
Jansen <i>et al.</i> 2011	2008	Zona urbana de Pelotas – RS	Verificar a prevalência de TMC e sua associação com qualidade de vida	Seccional	1.560 de jovens de 18 a 24 anos. Amostra por conglomerado da população	SRQ-20	Idade, sexo, classificação sócio-econômica, estudo, trabalho, uso de subst. psicoativas na última semana e nos últimos 3 meses, Critério de classificação econômica (ABEP) e escolaridade.	Prevalência de 24,5% com significância estatística para o sexo feminino, classe social mais inferior, alto consumo de álcool e nicotina, para aqueles indivíduos que não estavam trabalhando nem estudando e com uso de substâncias ilícitas.
Moreira <i>et al.</i> 2011	2010	São João Del Rei - MG	Avaliar a prevalência de casos suspeitos de TMC em população assistida pelo PSF e investigar os fatores associados à ocorrência dessa morbidade.	Seccional	477 indivíduos assistidos pelo PSF - Tejuco	SRQ-20	Sexo, idade, cidade de origem, estado civil, escolaridade, nº moradores/domicílio, nº moradores com renda/dom., tipo de vínculo, renda familiar, uso de medicamento e tipo de medicamento.	A prevalência global de TMC foi de 43,70% sendo de 48,37% no sexo feminino e de 34,41% no masculino. Foi estatisticamente significante a associação entre o TMC e “uso de medicamento” e “renda familiar”.

Os pesquisadores têm investigado não só a relação do TMC com as condições de vida mas também com o trabalho, especialmente no que concerne a renda, ocupação e relação informal de trabalho pois esses transtornos representam um alto custo social e econômico, uma vez que, como são incapacitantes, constituem causa importante de dias perdidos de trabalho, além de elevarem a demanda nos serviços de saúde (LURDEMIR; FILHO, 2002).

Os fatores psicossociais que têm sido apontados como desencadeadores do desenvolvimento de TMC no mundo do trabalho são: a instabilidade no emprego, a rápida mudança no mundo organizacional, com aumento das demandas de trabalho, a pressão por metas desafiadoras e o acúmulo de atividades por parte dos profissionais (GODIN et al., 2005).

Para avaliar a associação entre aspectos psicossociais e condições de trabalho organizacional, um estudo realizado no ano de 1999 com profissionais do sexo feminino, empregadas no ramo de limpeza em sete cidades da Noruega, demonstrou prevalência de 17,5% de problemas de saúde mental sendo mais associado estatisticamente com as variáveis pouca satisfação com a liderança (OR 3,6; IC95% 1.2-10.6), insatisfação (OR=2,3; IC95% 1,1-4,8), pouco contato com as colegas de trabalho (OR=2,4; IC95% 1.2-5.1) e não ser norueguês (OR=3,0; IC95% 1.4-6.4) (GAMPERIENE et al., 2006).

A relação entre estresse cumulativo de trabalho e doença mental foi demonstrada num estudo de coorte realizado com 1.986 homens e mulheres de quatro empresas na Bélgica. Ele demonstrou associação entre o desenvolvimento dos sinais e sintomas de doença mental e estresse no trabalho, alto esforço e baixa recompensa, sendo mais expressivo para os homens o estresse recente e, para as mulheres, o estresse em longo prazo (GODIN et al., 2005).

No Brasil, estudos têm demonstrado que a carga e a jornada de trabalho; as condições estruturais ou físicas; as demandas psicossociais, bem como o estresse no trabalho têm trazido impacto sobre a saúde mental de profissionais, conforme apresentado no Quadro 2.

Quadro 2 - Estudos relacionados a TMC em trabalhadores de diferentes localidades brasileiras (2001-2011).

Autor/Ano	Coleta Dados	Local Estudo	Objetivo Principal	Desenho Estudo	População/ Amostra	Instrumento aferição TMC	Covariáveis	Principais resultados
Gasparini S.M. <i>et al.</i> 2006		Belo Horizonte - MG	Estimar a prevalência de transtornos mentais e a associação entre fatores relacionados ao trabalho.	Seccional	751 professores da rede municipal de ensino.	GHQ-12	Sócio-demográficas, econômicas, local e tipo de trabalho realizado e hábitos de vida.	Prevalência de TMC de 50,3%. Associação com história de violência, condições precárias de trabalho, baixa autonomia e criatividade para desenvolvimento do trabalho e tempo insuficiente para preparo do trabalho.
Nascimento Sobrinho <i>et al.</i> 2006	Agosto 2002 a março 2003	Salvador - BA	Descrever as condições de trabalho e os principais problemas de saúde referidos pelos médicos	Seccional	350 médicos da cidade de Salvador	SRQ-20	Sexo, idade, especialização, tempo de trabalho profissional, carga horária total trabalhada/semana, turnos de trabalho, características do ambiente de trabalho percebidas pelo médico como nocivas à saúde, problemas de saúde mais frequentes, acidentes de trabalho e hábitos de vida.	Prevalência de TMC de 26%. Associação para alta demanda psicológica no trabalho. Relatos de elevada sobrecarga de trabalho, excesso de trabalho em regime de plantão, múltiplas inserções, contratação precária com remuneração por procedimento e baixa remuneração.
Silva, Fassa e Kriebel. 2006	Março a julho 2004	Pelotas - RS	Estimar a prevalência de TMC.	Estudo transversal de uma Coorte	990 indivíduos sendo metade "catadores de lixo" e outra metade vizinhança.	SRQ-20	Questionário sobre ambiente ocupacional, condições sócio-demográficas, econômicas, comportamentais, fatores de saúde e de trabalho.	A prevalência de TMC em catadores de lixo foi de 44,7%, maior do que o relatado por controles de vizinhança (33,6%). Foram mais comuns entre as mulheres, os de menor nível econômico, fumantes e alcoólatras. Entre as características ocupacionais, esteve associado a frequentes posturas estáticas, insatisfação no trabalho e acidente de trabalho.

Continuação do quadro 2

Autor/Ano	Coleta Dados	Local Estudo	Objetivo Principal	Desenho Estudo	População/ Amostra	Instrumento aferição TMC	Covariáveis	Principais resultados
Pinho e Araújo 2007	2001	Feira de Santana – BA	Estimar a prevalência de TMC e analisar os aspectos psicossociais do trabalho	Seccional	80 profissionais de enfermagem de um hospital geral.	SRQ-20	Variáveis sócio-econômicas e aspectos psicossociais do trabalho. Foram estabelecidos grupos de baixa exigência, trabalho ativo, passivo e alta exigência de acordo com controle e demanda de trabalho.	Prevalência geral de TMC de 26,3% sendo maior (33,3%) no grupo de maior exigência (enfermeiros com alta demanda de trabalho e pouco controle de trabalho).
Cabana <i>et al.</i> 2007	Agosto a dezembro de 2004	Recife	Comparar o cotidiano de trabalho e a prevalência dos TMC entre os médicos do setor de emergência com os da UTI e enfermarias.	124 médicos emergência e UTI de hospital geral de um hospital da rede estadual do PE.	Seccional	SRQ-20	Sexo, idade, estado civil, número de filhos, renda pessoal e PC domiciliar, nº pessoas residência, nº depend., tempo de serviço, vínculo empregatício, tempo de formado, manutenção da escolha pela profissão médica, setor de trabalho, especialidade jornada de trabalho total, regime de trabalho, sensação de sobrecarga de trabalho e o lidar no dia-a-dia com dor, morte e sofrimento.	TMC foi maior nos médicos da emergência (32,00%), comparando-se aos da UTI (17,65%) e enfermarias (17,54%), entre aqueles com vínculo empregatício com o Estado, múltiplos empregos, maior carga horária semanal de trabalho (≥ 71 horas), maior sensação de sobrecarga de trabalho e renda de até 5 SM.
Silva ATC e Menezes PR. 2008	Junho 2006	São Paulo- SP	Estimar a prevalência da síndrome do esgotamento profissional e de TMC e fatores associados.	141 agentes comunitários de saúde.	Seccional	SRQ-20	Dados sócio-demográficos, socioeconômicos e questões relacionadas ao trabalho e à saúde. Para esgotamento do profissional aborda três dimensões: a exaustão emocional, a despersonalização, a reduzida realização pessoal (decepção).	Prevalência de TMC de 43.3%.com associação estatística para maiores níveis de exaustão emocional e decepção moderada e alta.
Silva J.L.L 2008	-	Rio de Janeiro - RJ	Analisar a exposição ao estresse no trabalho, tendo como desfecho a ocorrência de TMC.	1.182 trab. enfermagem de um hospital público	Seccional	SRQ-20	Sexo, idade, carga horária, turno, grau de esforço físico no trabalho e vínculo empregatício.	A prevalência de TMC foi de 23,6% sendo maior em mulheres, mais jovens, de maior renda, sem filhos, turno misto de trabalho, alta carga horária de trabalho e esforço físico.

Continuação do quadro 2

Autor/Ano	Coleta Dados	Local Estudo	Objetivo Principal	Desenho Estudo	População/ Amostra	Instrumento aferição TMC	Covariáveis	Principais resultados
Kirchhof ALC <i>et al.</i> 2009	Março a setembro 2006	Rio Grande do Sul	Estudar a associação entre a demanda psicológica e controle no trabalho e ocorrência de distúrbios psíquicos menores.	491 trab. de enfermagem em hospital universitário do RS	Seccional	SRQ-20	Dimensões psicossociais do trabalho, sexo; idade (tercis), escolaridade, situação conjugal, condições de trabalho, renda familiar <i>per capita</i> em salários mínimos (tercis), variáveis laborais: função (enfermeiro; técnico/auxiliar de enfermagem); setor; turno (diurno e noturno); carga horária semanal e outro emprego.	A prevalência de distúrbios psíquicos menores foi de 18,7%. Após ajustes por potenciais confundidores, a chance de distúrbios psíquicos menores foi maior (OR = 2,76; IC95%: 1,21-6,27) no quadrante de trabalho em alta exigência.
Souza S.F <i>et al.</i> 2010	Abril a julho 2008	Salvador - BA	Identificar aspectos psicossociais do trabalho associados a TMC	158 trabalhadores sistema energia elétrica	Seccional	SRQ-20	Características sócio-demográficas e estilo de vida, aspectos psicossociais do trabalho e aspecto geral de saúde.	Prevalência TMC 20,3% sendo maior no grupo de alta exigência.
Silva JLL <i>et al.</i> 2011	2008	Rio de Janeiro - RJ	Identificar a prevalência de TMC e os fatores relacionados entre trabalhadores de enfermagem.	86 enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem hospital RJ	Seccional	SRQ-20	Cor da pele, sexo, idade, situação conjugal, presença de filhos, escolaridade, renda per capita por salário mínimo, categoria profissional, tipo de vínculo empregatício, horário de trabalho, carga horária semanal, número de empregos e setor de trabalho.	A prevalência global de TMC foi de 21,3% com associação significativa ($p < 0.05$) para os trabalhadores com renda mensal acima de seis salários mínimos, com vínculo estável e dos que trabalhavam na unidade coronariana.
Farias e Araújo 2010	2002	Feira de Santana - BA	Estimar prevalência de TMC em diferentes aspectos da vida.	1.311 trabalhadores de Feira de Santana	Seccional	SRQ-20	Sexo, idade, escolaridade, condições de vida (chefia da família, renda, tipo de moradia), hábitos de vida (prática de atividades físicas e de lazer), saúde reprodutiva, trabalho doméstico, atividades de lazer e violência.	Prevalência global de 25.2% com associação estatística para o sexo feminino, baixa escolaridade, renda mensal baixa, ausência atividades de lazer e trabalho de alta demanda psicológica.

Continuação do quadro 2

Autor/Ano	Coleta Dados	Local Estudo	Objetivo Principal	Desenho Estudo	População/ Amostra	Instrumento aferição TMC	Covariáveis	Principais resultados
Braga I.C. <i>et al.</i> 2010	Abril a outubro 2006	Botucatu – SP	Explorar a relação entre demandas psicológicas, grau de controle e presença de suporte social no trabalho e prevalência de TMC	Seccional e descritivo	378 trabalhadores da rede básica de saúde, adm., ag. comunitários, aux. enfermagem, aux. dentário, A.S.G, médicos enfermeiros, e outros.	SRQ-20	Idade, sexo, situação conjugal, naturalidade, escolaridade e dependentes, vínculo empregatício, ocupação, atividade exercida, jornada de trabalho e satisfação no trabalho, demandas psicológicas e grau de controle sobre o próprio trabalho e à existência de apoio social no trabalho.	Prevalência de 42,6% com associação para elevado desgaste.
Souza S.F. <i>et al.</i> 2011	Abril a julho 2008	Salvador - BA	investigar a associação entre aspectos psicossociais do trabalho e a prevalência de TMC em eletricitistas de energia elétrica de alta tensão.	158 trabalhadores sistema energia elétrica de alta tensão.	Seccional	SRQ-20	Características sociodemográficas e estilo de vida; situações de trabalho; aspectos psicossociais do trabalho, medidos pelo Effort-Reward Imbalance Questionnaire.	A prevalência de TMC foi de 20,3%, sendo significativamente mais elevada entre trabalhadores com baixa recompensa (RP = 4,8; IC 95% 1,87-12,4) e com alto esforço (3,95; 1,31-11,9). Trabalhadores com razão esforço-recompensa >1 apresentaram prevalência de TMC 2,10 (0,90-5,17) vezes maior que aqueles com razão ≤ 1.
Souza <i>et al.</i> 2011	Abril a julho 2009	Feira de Santana - BA	Descrever as condições de trabalho e estimar a prevalência de “suspeitos” de TMC e de casos positivos de bebedores-problema.	Seccional	116 profissionais de enfermagem de um hospital especializado.	SRQ-20	Aspectos sociodemográficos, características do trabalho, hábitos de vida e de bebedores-problema.	Os enfermeiros referiram sobrecarga de trabalho e baixa remuneração. As queixas de saúde estavam relacionadas à postura corporal e à saúde mental. A prevalência de “suspeitos” de TMC foi de 14,6%. O teste CAGE triou 3,6% de indivíduos como bebedores-problema.

Continuação do quadro 2

Autor/Ano	Coleta Dados	Local Estudo	Objetivo Principal	Desenho Estudo	População/ Amostra	Instrumento aferição TMC	Covariáveis	Principais resultados
Dilélio A.S <i>et al.</i> 2012	Março a agosto 2005	Regiões Sul (RS, SC) e Nordeste (Alagoas, Paraíba, PE, Piauí, RN).	Avaliar a prevalência de transtornos psiquiátricos menores e fatores associados nos trabalhadores da atenção primária à saúde.	Seccional	4.749 trabalhadores (médicos; enfermeiros, etc) de 240 Unidades Básicas de Saúde (UBS) na zona urbana de 41 municípios.	SRQ-20	Sexo, idade, renda individual tabagismo, sedentarismo, presença de algum problema de saúde, regime de trabalho precário, tempo de trabalho na UBS, satisfação dos trabalhadores com: a estrutura da UBS; o atendimento domiciliar; trabalho em equipe e reuniões com a comunidade.	Prevalência de TMC foi de 16% sendo 10% para profissionais de nível superior, com significância para sedentarismo, condições precárias de trabalho, tempo trabalho na UBS, estrutura de trabalho para médicos e enfermeiros.
Martins e Kuhn 2012	2010	Rio de Janeiro	Estimar a prevalência de TMC e identificar os fatores a estes associados	78 jovens adultos militares do sexo masculino	Seccional	GHQ-12	Escolaridade, renda familiar <i>per capita</i> e situação conjugal, estilo de vida (fumo e consumo de álcool), estado nutricional (IMC) e aptidão cardiorrespiratória.	Prevalência de TMC de 43,6% com associação para distúrbios do sono.
Murcho <i>et al.</i> 2012	2001 a 2011	Brasil e Portugal	Realizar uma revisão de literatura acerca da problemática de transtornos mentais mais frequentes em enfermeiros cuidadores de doentes crônicos	Revisão sistemática sem meta-análise	8 estudos publicados em países lusófonos com população de enfermeiros	Temas relacionados a TMC e trabalho com doenças crônicas	-	Presença de sintomas de ansiedade e depressão é mais frequente nos estudos sobre TMC.

Considerando a limitação dos registros para os transtornos mentais, a incapacidade gerada por eles e os custos envolvidos por dias perdidos de trabalho (OMS, 2001), o tema desperta atenção especial como grande desafio a ser vencido.

Com relação aos profissionais de saúde, é importante o reconhecimento de que as condições de trabalho precárias desses trabalhadores podem comprometer sua qualidade de vida e a saúde, podendo afetar a atenção dispensada à população.

Considerando que há relativa escassez de estudos epidemiológicos com os profissionais nutricionistas, são pertinentes as investigações abordando essa temática sobre a força de trabalho em saúde.

2.3 Relação entre sobrepeso, obesidade e transtornos mentais

Estudos epidemiológicos têm demonstrado evidências de uma relação entre o excesso de peso, especialmente a obesidade, e os transtornos psicológicos, mas esta associação ainda não está bem esclarecida principalmente no que concerne à relação causal e os fatores que mediam esta associação (PAN et al., 2011; FOWLER-BROWN, 2012; KIVIMAKI et al., 2009ab; WIT et al., 2010).

A influência dos fatores sexo, idade, raça e status socioeconômico nesta relação também são díspares e inconclusivos. Alguns estudos encontram associação maior em mulheres do que em homens (ONYIKE et al., 2003; VEGGI et al., 2004; MC ELROY, 2004), outros não encontram diferenças estatisticamente significativas entre os sexos (GAYSINA, et al., 2011; VERDOLIN et al., 2012).

Tratando especialmente da doença mental no curso da vida, alguns encontram maior associação na faixa etária de adulto de meia idade (KELLY et al., 2011; KIVIMAKI et al., 2009ab). Com relação à escolaridade encontramos estudos que demonstraram maior associação no nível de maior escolaridade (ROSS, 1994; SIMON et al., 2006) e outros de menor escolaridade (MCCREA et al., 2012). Para a cor, encontramos estudo com maior associação para a branca do que para a negra (SIMON et al., 2006).

Atlantis e Baker (2008) fizeram uma revisão sistemática com 20 estudos seccionais (sendo 10 dos Estados Unidos) e 4 estudos longitudinais sobre a associação entre obesidade e depressão. Nos estudos longitudinais, os resultados

apontaram maiores evidências da obesidade como preditora de futura depressão. Estudos seccionais realizados nos Estados Unidos demonstraram associação entre obesidade e depressão para mulheres e não para homens, em contraste com os resultados em outras populações que não demonstraram tais associações.

Em revisão de estudos também seccionais, sobre a associação entre obesidade e co-morbidade psicopatológica realizados no período entre 2007 e 2010, Baile e González (2011) concluíram que certos distúrbios psicológicos (ansiedade e depressão) são comuns em pessoas com excesso de peso ou obesas, ainda que não se tenha clara a direção da relação explicativa. Da mesma forma uma meta-análise de estudos seccionais de base comunitária no período de 1983 a 2007 demonstrou associação significativa entre depressão e obesidade com diferenças entre homens e mulheres, mas não foi possível achar os efeitos das variáveis de confundimento e nem afirmar qual a relação causal (WIT et al., 2010).

Em revisão de estudos clínicos, comunitários e de fenomenologia, sobre a relação entre desordens de humor e obesidade, McElroy *et al.*(2004) encontraram que para a maioria dos estudos clínicos: (i) crianças e adolescentes depressivos têm risco maior de desenvolver excesso de peso na fase adulta; (ii) pacientes com desordens depressivas e transtorno bipolar possuem maior taxa de sobrepeso e obesidade e (iii) pessoas que procuram tratamento para obesidade podem apresentar altas prevalências de transtornos depressivos e bipolares. Nos estudos comunitários encontraram: (i) a depressão com sintomas atípicos em mulheres foi mais associada com excesso de peso do que com sintomas típicos; (ii) a obesidade foi associada com depressão maior em mulheres (iii) obesidade abdominal foi associada com depressão maior em homens e mulheres, porém (iv) a maioria das pessoas com sobrepeso e obesidade não tinham alteração de humor. Os estudos de fenomenologia, comorbidades, história familiar, fatores biológicos e resposta ao tratamento farmacológico de desordens de humor e obesidade, demonstram que ambas condições apresentam muitas semelhanças entre estes indicadores. Os autores concluíram que embora a relação entre distúrbios de humor e obesidade possa ser coincidental, os estudos sugerem que as duas condições podem estar relacionadas e estimula maiores estudos sobre esta temática.

Alguns estudos do tipo longitudinal apontam para uma bi-direcionalidade, ou seja, tanto o transtorno mental pode desencadear o desenvolvimento da obesidade

quanto a obesidade pode levar ao transtorno psicológico (PAN et al., 2011; FOWLER-BROWN, 2012; KIVIMAKI et al., 2009ab).

O ganho de peso pode estar associado ao uso de drogas psicotrópicas como antidepressivos e antipsicóticos, utilizados no tratamento de problemas afetivos que podem aumentar o apetite; além disso, esses indivíduos praticam menos atividade física do que pessoas que não possuem distúrbios mentais (as endorfinas geradas pela prática do exercício regulam o humor), favorecendo também o aumento do peso corporal (KIVIMAKI et al., 2009; NEEDHAM et al., 2010).

Por outro lado, indivíduos obesos travam uma verdadeira batalha contra o peso tentando se encaixar no padrão de magreza estabelecido; são estigmatizados negativamente pela sociedade; praticam menos atividade física, a dieta pode representar privação e causar sofrimento; estão mais sujeitos à baixa autoestima e podem desenvolver transtornos psicológicos, principalmente quando há uma derrota no tratamento (ROSS, 1994, VEGGI et al., 2004).

Visando pesquisar a possível bidirecionalidade entre obesidade e sintomas de depressão em adultos jovens, e se essa relação varia de acordo com fatores sócio-demográficos, Fowler-Brown *et al.* (2012) analisaram dados de um estudo realizado em Boston (USA) para verificar se a depressão no ano de 1992 previu variação de IMC em 1994 e se a obesidade em 1992 previu a depressão em 1994 após ajuste dos confundidores (idade, sexo, raça, renda, alto nível de escolaridade, tabagismo, limitações físicas ou de saúde, uso de álcool). Os resultados demonstraram que a presença de sintomas depressivos de base só foi prospectivamente associada significativamente com aumento de IMC em mulheres hispânicas ($p = 0,006$). Por outro lado, os pacientes com obesidade de base não estiveram associados ao um maior risco de desenvolverem sintomas depressivos na amostra total (RR 1,20; 99% CI 0,91–1,60). Entretanto, entre os indivíduos de alto status socioeconômico, a obesidade esteve associada com quase o dobro de risco de desenvolver sintomas depressivos quando comparado com a categoria de eutrofia (RR 1,97; 99% CI 1,14–3,40), demonstrando que os fatores sociodemográficos podem ser importantes mediadores desta relação (FOWLER-BROWN, 2012).

Outro estudo para analisar a bidirecionalidade realizado nos Estados Unidos em 2010 avaliou a existência da relação entre obesidade e depressão em adultos e a relação com fatores sócio-demográficos. Os resultados demonstraram que a obesidade foi significativamente associada à possível depressão nos participantes

obesos (OR = 1,6; IC 95%: 1,3-2,0) comparados aos eutróficos quando ajustados por idade e gênero. Em relação às condições socioeconômicas, os adultos tinham maior faixa etária, maior frequência do sexo masculino e menor renda (ZHONG et al., 2010).

Kivimaki *et al.* (2009) analisaram dados de um estudo longitudinal com 4.363 indivíduos adultos britânicos num período de 19 anos, comparando uma quarta medida com três medições anteriores (1985 – 1988 /1991 – 1993 /2003 - 2004) para avaliar a relação recíproca entre TMC e obesidade no curso da vida adulta. Os resultados demonstraram maior risco maior de obesidade OR 1,33 (IC 95% 1,00 a 1,77), 1,64 (1,13-2,36) e 2,01 (1,21-3,34) em indivíduos que tinham TMC nas três medições de acompanhamento comparado àqueles que estavam livres de TMC, sugerindo uma direção de TMC aumentando o risco de obesidade. Não houve associação significativa estatisticamente significativa para obesidade prevendo risco futuro de TMC.

Utilizando dados transversais de uma pesquisa sobre IMC e TMC em 7043 adultos ingleses no ano de 2007, McCrea *et al.* (2012) encontraram resultados para IMC (contínuo) fortemente associado à presença de TMC, ou seja, quanto maior o IMC, mais forte a probabilidade da ocorrência de transtorno mental, mas esta associação variou de acordo com sexo e idade. Nas mulheres jovens, a probabilidade de ter TMC foi maior com o aumento do IMC, enquanto que em homens jovens a relação foi maior para os homens tanto abaixo do peso, quanto obesos. Esta associação diminuiu em grupos etários mais velhos, particularmente quando potenciais fatores de confusão, como a saúde física, foram levados em conta (MCCREA, 2012).

No Brasil, na cidade de Pelotas (RS), foi realizado um estudo no ano de 2009, com a população adulta com objetivo de avaliar a prevalência e os fatores associados a sintomas depressivos. Os resultados demonstraram associação entre IMC e TMC com razão de prevalência de 1,4 (IC 95%:1,1 - 1,7) (ROMBALDI et al., 2010).

Kac *et al.* (2006) investigou fatores associados a TMC e estado nutricional materno numa unidade de saúde básica (USB) do Rio de Janeiro. Não houve associação estatística significativa para TMC e IMC acima de 25 kg/m², mas sim para gordura corporal ≥ 30% (OR = 1,65; IC 95% 1,04-2,62), mesmo quando ajustados pela renda e escolaridade.

O resultado da investigação realizada com funcionários de uma universidade do Rio de Janeiro demonstrou a presença de TMC em 34,5% das mulheres e de 22,3% nos homens. Através da análise multivariada por regressão logística ajustada por idade, renda, atividade física recreativa, morbidade auto-referida e índice de massa corporal, observou-se uma forte associação entre a presença de transtornos mentais comuns e a percepção de peso muito acima do ideal entre as mulheres (OR=1,84, IC 95%=1,22-2,76) mas não entre os homens. Entre as mulheres, o IMC apresentou uma tendência de associação com a presença de TMC (p da tendência=0,05) que não persistiu após o ajuste por renda e morbidade auto-referida. (VEGGI et al., 2004).

Dentre os transtornos mentais, o que mais tem sido abordado em estudos sobre sua relação com o sobrepeso e obesidade é a depressão, em suas dimensões (grave ou não), além de alguns estudos encontrados analisando a relação com o TMC.

O Quadro 3 apresenta estudos seccionais e longitudinais que analisaram a associação envolvendo sobrepeso e/ou obesidade e a doença mental, mas utilizando instrumentos, métodos e objetos de estudo (tipos de transtornos mentais) distintos.

Quadro 3 - Estudos relacionados a associação entre obesidade e transtornos mentais (1966 a 2010)

Autor/Ano	Coleta Dados	Local Estudo	Objetivo Principal	Desenho Estudo	População/Amostra	Variáveis	Covariáveis	Principais resultados
Ross 1994	1990	EUA	Examinar a associação entre excesso de peso e depressão	Seccional	2020 adultos norte-americanos de 18 a 90 anos	Depressão (escala CES) Peso e altura autorrelatados	Sexo, etnia, educação, cor, renda, autoavaliação de saúde, tabagismo, atividade física.	Excesso de peso não tem efeito direto sobre a depressão em qualquer grupo social, exceto entre os de maior escolaridade. Pessoas com sobrepeso são mais propensas à dieta e a experimentar pior saúde física, ambos associados à depressão.
Roberts RE. <i>et al.</i> 2000	Duas ondas 1994 e 1995	Califórnia	Examinar associação entre obesidade e depressão	Prospectivo	2.730 indivíduos em 1994 e 2298 em 1995 ≥ 50 anos	Depressão (12 itens DSM-IV) Obesidade (IMC percentil)	Idade, sexo, escolaridade, estado civil, status socioeconômico, saúde física e incapacidade funcional, tensão financeira e apoio social.	Em 1994, a depressão foi maior em obesos, com e sem ajuste para covariáveis. Prospectivamente, controlando para outras variáveis, a obesidade, em 1994, previu a depressão em 1995 (odds ratio (OR) = 1,73, IC 95% 1,04 - 2,87) usando percentil. Quando os dados foram analisados com IMC categórico ≥ 30, os resultados foram os mesmos. No entanto, as análises prospectivas multivariadas não foram significativas (OR = 1,43, IC 95%: 0,85, 2,43).
Onyike CH. <i>et al.</i> Ano 2003	1988-1994	EUA	Estudar a associação entre obesidade (dependente) e depressão (independente)	Dados seccionais de uma coorte NHANES III	8.410 indivíduos	DIS/DSM-III para avaliar depressão Peso e altura aferidos	Idade, raça escolaridade, estado civil, estado de saúde, dieta por razões médicas, uso de drogas psiquiátricas, tabagismo e uso de álcool, maconha e cocaína	A obesidade foi associada ao passado de depressão em mulheres (OR = 1,82, IC de 95% (IC): 1,01-3,3), mas não foi significativamente associada em homens (OR = 1,73, IC 95%: 0,56, 5,37). A associação com a depressão foi observada na Classe 3 (grave: IMC ≥ 40) (OR = 4,98, IC 95%: 2,07-11,99) mesmo quando controlada pelas covariáveis.

Continuação do quadro 3

Autor / Ano	Coleta Dados	Local Estudo	Objetivo Principal	Desenho Estudo	População / Amostra	Variáveis	Covariáveis	Principais resultados
Veggi AB <i>et al.</i> 2004	Fase 1 em 1999	Rio de Janeiro	Examinar a associação entre IMC e percepção inadequada do peso corporal com TMC	Corte transversal do Estudo Longitudinal (Pró-Saúde)	3.526 funcionários administrativos de uma universidade pública com idade de 22 a 59 anos	TMC através da GHQ-12 e IMC através de peso e altura aferidos e autopercepção corporal informado pelo participante	Idade, escolaridade, renda familiar <i>per capita</i> , estado civil, ocorrência autorrelatada de doença e atividade física recreativa nas duas semanas anteriores.	Regressão logística ajustada por idade, renda, atividade física recreativa, morbidade autorreferida e IMC, observou-se uma forte associação entre a presença de TMC e a percepção de peso muito acima do ideal entre as mulheres (OR=1,84, IC 95%=1,22-2,76). Entre as mulheres, o IMC apresentou uma tendência de associação com a presença de TMC (p = 0,05) que não persistiu após o ajuste por renda e morbidade autorreferida.
Mc Elroy SL. <i>et al</i> 2004	Estudos de 1966 a 2003	15 estudos de obesidade ou condições relacionadas à obesidade (sobrepeso e obesidade abdominal) em pessoas com desordens de humor	Revisar estudos relacionados à associação entre desordens mentais e obesidade e as implicações clínicas e teóricas desta sobreposição	Revisão sistemática	Dois estudos prospectivos de desenvolvimento de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes com sintomas depressivos. Um estudo prospectivo de depressão num grupo de peso normal e adultos obesos e dados de obesos com depressão. Comparação de IMC em hospitalizados na psiquiatria. Um estudo prospectivo de sobrepeso em jovens adultos com desordens de humor e dois estudos de deposição de gordura visceral em mulheres com depressão maior.	Peso e altura para IMC Depressão critério DSM III	SES	Estudos clínicos: crianças e adolescentes com desordens depressivas e desordem bipolar podem desenvolver altas taxas de sobrepeso e obesidade. Obesos podem ter altas taxas de desordens depressivas e bipolares. Estudos de comunidade: depressão com sintomas atípicos em mulheres são mais significantes para sobrepeso do que sintomas típicos. A obesidade é associada com depressão maior em mulheres e obesidade abdominal em mulheres e homens, mas a maioria das pessoas com sobrepeso e obesidade não apresentam distúrbios de humor. Estudo de fenomenologia, comorbidade, história familiar, fatores biológicos e resposta ao tratamento farmacológico: mostram que ambas as condições têm muitas semelhanças.

Continuação do quadro 3

Autor/Ano	Coleta Dados	Local Estudo	Objetivo Principal	Desenho Estudo	População/Amostra	Variáveis	Covariáveis	Principais resultados
Simon GE <i>et al.</i> 2006	Fevereiro 2001 e dezembro 2002	EUA	Avaliar a relação entre a obesidade e a ansiedade, o humor, e os transtornos por uso de substância.	Seccional	Amostra populacional de 9.125 indivíduos	Escala CIDI para transtorno mental e peso e altura autorrelatados	Idade, sexo e raça.	Obesidade associada à depressão maior (OR) = 1,21, (IC 95%) 1,09-1,35), transtorno bipolar (OR = 1,47, 95% CI 1,12-1,93), transtorno do pânico e ou agorafobia (OR = 1,27, 95% CI 1,01-1,60) sem diferenças entre os sexos com exceção de transtorno de humor em brancos não hispânicos (OR = 1,40, 95% CI 1,20-1,64) e os mais graduados (OR = 1,52, 95% CI 1,17-1,98).
Bruffaerts R. <i>et al.</i> 2008	Janeiro 2001 a julho 2003	Estudo transnacional europeu Bélgica, França, Alemanha, Itália, Holanda e Espanha	Examinar a associação entre a massa corporal, os distúrbios mentais, e a incapacidade funcional na população em geral de seis países europeus.	Seccional Dados do estudo Europeu de Epidemiologia dos Transtornos mentais (ESEMeD)	População adulta (> 18 anos) de 6 países sendo 21.425 participantes	CID III transtornos mentais (humor, ansiedade, e desordens do álcool), IMC (peso e altura autorrelatados) e incapacidade por > 30 dias (Índice WLD pela WHO DAS-II)	Sexo, idade, emprego, escolaridade, área urbana ou rural, estado civil.	Comparado aos de peso normal, os obesos foram mais propensos a ter alguma alteração de humor (OR 1,3; IC 95%, 1,0 a 1,8) ou mais de um transtorno mental (OR 1,4 IC 95% 1,0 a 2,2). Obesidade moderadamente associada a transtornos mentais. Esses associados à perda de dias de trabalho. Sobrepeso não foi significativo sugerindo o fenômeno de "jolly fat" (estar em sobrepeso pode não influenciar a existência de desordem mental).
Scott KM <i>et al.</i> 2008	Outubro 2003 a dezembro 2004	Nova Zelândia	Investigar (i) as associações entre transtornos mentais (ansiedade) e obesidade na população geral e (ii) moderadores potenciais dessas associações (etnia, idade, sexo e escolaridade).	Seccional	Amostra populacional de 7.435 indivíduos acima de 16 anos Inquérito domiciliar	Depressão (CIDI III) usando DSM-IV em grupos: transtornos de ansiedade, humor e por uso de substâncias; e IMC com peso e altura autorreferidos	Escolaridade, etnia.	A obesidade foi significativamente associada com algum transtorno do humor (OR 1,23), transtorno depressivo maior (OR 1,27), e transtorno de ansiedade (OR 1,46), e mais fortemente com pós-traumático (OR 2,64). Após ajuste de comorbidades, somente a associação entre obesidade e transtornos de humor se tornou estatisticamente não significativa (OR 1,05)

Continuação do quadro 3

Autor/Ano	Coleta Dados	Local Estudo	Objetivo Principal	Desenho Estudo	População/Amostra	Variáveis	Covariáveis	Principais resultados
Kivimäki M. <i>et al.</i> 2009	1985 – 1991 – 1997 e 2003	Inglaterra	Examinar potenciais associações recíprocas entre TMC e obesidade, e se existe relação dose-resposta.	Desenho do estudo de coorte prospectivo com quatro medidas de TMC e obesidade em 19 anos	4.363 funcionários do departamento de serviço civil de Londres. Idade entre 35 e 55 anos.	TMC (QGS – 30), sobrepeso e obesidade (peso e alturas aferidos) Análise 1: TMC como fator de risco para sobrepeso e obesidade Análise 2: obesidade como fator risco para TMC	Sexo, etnia, idade, estado civil, posição sócioeconômica, tabagismo, consumo de álcool, atividade física, pressão arterial, diabetes, doença coronariana.	OR para a obesidade na quarta onda foram 1,33 (IC 95% 1,00 a 1,77), 1,64 (1,13-2,36) e 2,01 (1,21-3,34) para participantes com TMC em uma, duas ou três ondas anteriores em comparação com pessoas livres de TMC, ou seja, TMC previu obesidade. A obesidade não esteve em associação com futuro TMC quando pacientes com TMC na linha de base foram excluídos (P para tendência = 0,33).
Kivimäki M <i>et al.</i> 2009	1985-1988; 1991- 1993; 1997-1999; 2003-2004	Inglaterra	Examinar a associação entre TMC e obesidade (IMC) ao longo da vida adulta.	Prospectivo	Trabalhadores do serviço público. 6.832 homens e 3.348 mulheres com idade entre 35 e 55 anos e acompanhados por 19 anos	TMC (GHQ-30) e peso e altura aferidos	Sexo, etnia, idade, estado civil, posição socioeconômica e uso de drogas psicotrópicas.	O risco de obesidade na presença de TMC aumentou com a idade (p = 0,004) sendo 5,7% de obesos aos 40 anos e 35% aos 70 anos Não houve evidências de variação desta associação entre diferentes sexos, grupos étnicos ou com a posição socioeconômica.
Zhao G <i>et al.</i> 2009	2006	EUA	Avaliar a associação entre depressão e ansiedade, IMC em relação às comorbidades relacionadas à obesidade (Orcs) e outros fatores psicossociais ou estilo de vida.	Seccional	177.047 participantes maiores que 18 anos	Depressão – Questionário saúde do paciente -8 e peso e altura	Sexo, idade.	Prevalências de depressão corrente, depressão na vida e ansiedade maiores em ambos os sexos para baixo peso, mulheres com sobrepeso e obesidade e nos homens com obesidade grau III.

Continuação do quadro 3

Autor/Ano	Coleta Dados	Local Estudo	Objetivo Principal	Desenho Estudo	População/Amostra	Variáveis	Covariáveis	Principais resultados
Garipey G <i>et al.</i> 2010	Sete ondas (1994-1995 a 2006-2007)	Canadá	Investigar se a obesidade era um fator de risco para depressão	Longitudinal	Amostra de 10.545 adultos sem depressão no início do estudo (Pesquisa Nacional de Saúde da População) acompanhados por 12 anos em 7 ondas (avaliação a cada 2 anos).	Episódio Depressivo maior (MDE) CIDI-SFMD versão reduzida e IMC por peso e altura por autorrelato.	Sexo, idade, etnia, escolaridade, atividade física, consumo de álcool, tabagismo e autopercepção da saúde, doenças diagnosticadas, apoio social e eventos de estresse.	Obesidade na linha de base não associada significativamente a posterior MDE em mulheres (razão de risco ajustada (AHR): 1,03, intervalo de confiança de 95% (IC) 0,84-1,26) e negativamente previsto MDE em homens (HR: 0,71, IC 0,51-0,98), após o ajuste para fatores de confusão importantes.
Larry A. Tucker e Ann Bahr Earl 2010	-	Duas áreas metropolitanas de Mountain West	Investigar se a saúde emocional influencia no ganho de peso e se os fatores sociodemográficos e de hábitos de vida estão relacionados.	Prospectivo Análises feitas na linha de base e seguimento 2 anos depois.	256 mulheres de meia-idade, aparentemente saudáveis.	General Well-Being Schedule (GWB). Peso e altura aferidos.	Prática de atividade física, consumo de energia (registros alimentares em 7 dias).	Análise bruta: mulheres saúde emocional menos positiva com risco 59% maior de ganho de peso (≥ 2 kg) do que as mulheres com a saúde emocional positiva (risco relativo [RR], 1,59; [IC 95%], 1,04-2,44). Após ajustes, para cada confundidor individualmente não houve mudança significativa mas quando ajustado por todas os confundidores juntos, o risco de ganho de peso não foi significativo (RR, 1,43, IC 95%, 0,93-2,21) comparado com as que não tinham depressão.
Needham BL <i>et al.</i> 2010	Início do acompanhamento 1985 - 1986	EUA	Investigar se a obesidade base estava associada à mudança nos sintomas de depressão ou se os sintomas básicos de depressão são associados à mudança de IMC e CC.	Longitudinal	4.643 adultos jovens acompanhados por 5, 10, 15 e 20 anos no estudo doenças coronarianas (CARDIA).	Escala de depressão (CES-D) e peso e altura aferidos.	Gênero, raça/etnia, educação e idade, tabagismo e consumo de álcool.	Maior nível de depressão no ano 5 demonstrou aumento mais rápido de IMC em brancos e CC para brancos e negros. IMC prévio não gerou alteração nos sintomas depressivos ao longo do tempo em todo o grupo.

Continuação do quadro 3

Autor/Ano	Coleta Dados	Local Estudo	Objetivo Principal	Desenho Estudo	População/Amostra	Variáveis	Covariáveis	Principais resultados
Kim <i>et al.</i> 2010	Abril a outubro 2005	Coreia	Investigar a possível relação entre obesidade e depressão na população de trabalhadores coreanos	Seccional.	8.121 trabalhadores, com idades entre 21 e 75 anos.	IMC variável independente (altura, peso aferidos) e independente a depressão (Escala CES_D versão coreana).	Status ocupacional, renda familiar mensal, escolaridade, estado civil, álcool história patológica, e familiar de doença cardiovascular, tabagismo e AF.	Modelos ajustados para depressão: ambos os sexos com OR negativa para sobrepeso: mulheres (0.65 IC95%, 0.46-0.97) e homens (0.90 IC95%, 0.70-1.17). Para a obesidade houve associação positiva sem significância estatística para homens (1.79 IC95%, 0.89-3.59) e para as mulheres (1.47 IC95%, 0.64-3.36).
Zhong W. <i>et al.</i> 2010	2005	EUA	Avaliar a associação entre obesidade e depressão de uma coorte	Seccional	2.641 indivíduos do estudo BOSS.	Peso e altura aferidos e depressão (escala SES-D)	Fatores demográficos, estilo de vida, comorbidades e uso de antidepressivos	Obesidade foi associada significativamente a uma possível depressão (OR = 1,6; IC 95%: 1,3-2,0), após controlar idade e gênero. A associação manteve-se semelhante após mais ajustes. A obesidade foi significativamente associada a todos os quatro domínios medidos pela escala CES-D com o maior efeito em "queixas somáticas".
Papelbaum M. <i>et al.</i> 2010	-	Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia do RJ	Avaliar o impacto do grau de obesidade no perfil psicopatológico de pacientes obesos	Seccional	217 mulheres obesas de 18 a 75 anos em tratamento para obesidade	IMC (peso e altura) e o Symptom Checklist-90	Estado civil, idade, escolaridade, renda familiar.	Correlação significativa encontrada apenas entre o IMC e o domínio somatização ($r = 0,148$, $p = 0,035$). Esta correlação permaneceu após análise de regressão múltipla ($p = 0,03$). Nenhuma correlação foi encontrada entre IMC e os outros domínios.

Continuação do quadro 3

Autor/Ano	Coleta Dados	Local Estudo	Objetivo Principal	Desenho Estudo	População/Amostra	Variáveis	Covariáveis	Principais resultados
Wit L. <i>et al.</i> 2010	Setembro 2007		Esclarecer a relação entre obesidade e depressão e as variáveis demográficas	Meta-análise de estudos transversais e primeiras ondas de prospectivos	17 estudos com 204.507 participantes, 9 estudos de amostra comunitária, 7 amostras de uma parte do país e 1 subamostra da amostra representativa nacional	Depressão (escalas) e IMC (autorrelatados e aferidos)	Sexo, idade, continente e ano de publicação.	A associação global entre depressão e obesidade moderada por sexo foi estatisticamente significativa (OR 1,26 IC95% 1,17 – 1,36 $p \leq 0.001$). Na análise de subgrupos observou-se significância estatística para mulheres (OR 1,32 IC95% 1,23-1,300 e não para os homens (OR 1,00 IC95% 0,76 – 1,31).
Carpiniello B <i>et al.</i> 2009	Não está descrita no artigo	Itália	Analisar o histórico psiquiátrico e as tendências observadas em pacientes obesos de um centro de tratamento da obesidade	Transversal Seccional	150 pacientes (32 homens e 118 mulheres, com idade média 44,6 e média de IMC 35,4).	Peso e altura aferidos. Instrumento do Eixo I e II da DSM-IV para transtornos mentais Psicopatologia grave (CGI e GAF) Qualidade vida autorrelatada (QoL-Bref)	SES, história clínica.	A prevalência de transtornos mentais no Eixo I foi de 58% (homens 50%, mulheres 61 %). Neste eixo as prevalências foram de 35% para transtornos de ansiedade, 28,7% transtornos de humor (sendo 20% depressão maior) e 18% em transtornos alimentares. Quanto ao Eixo II, 28% dos pacientes com transtorno da personalidade. 23% apresentaram transtornos dos Eixos I e II. Em todos os eixos as prevalências foram maiores em pacientes obesos especialmente da classe II e III.
Kelly Mark D., Grande ED. e Anne Taylor 2011	2002-2009	Austrália	Examinar a relação entre o IMC e aflição, suicídio e autorrelato de problemas de saúde mentais.	Seccional com dados estudo longitudinal	Amostra da população da Austrália.	IMC em decil (peso e altura) Escala de angústia Kessler, ideais suicidas e relato de problemas mentais.	SES	Associações não lineares entre IMC-decil e problemas de saúde mental em ambos os sexos. Problemas de saúde mental mais frequentes em indivíduos obesos controlados por idade, condições adversas de saúde e SES.

Continuação do quadro 3

Autor/Ano	Coleta Dados	Local Estudo	Objetivo Principal	Desenho Estudo	População/Amostra	Variáveis	Covariáveis	Principais resultados
Gaysina D. <i>et al</i> 2011	Dados analisados em 1999	Inglaterra, Escócia e País de Gales.	Investigar a associação do início de sintomas afetivos em adolescentes com aumento do IMC até a fase adulta (dos 20 aos 56 anos)	Longitudinal	Indivíduos nascidos em 1946 com seguimento de idade de 15 a 53 anos.	Sintomas afetivos (estado atual até 36 anos, frequência de sintoma psiquiátrico até 43 anos e GHQ-53) Peso e altura aferidos dos 7 aos 15 anos, 36, 43 e 53 anos, autorrelato dos 20 aos 26 anos.	Sexo, idade, infância, SES na infância e idade adulta, classe ocupacional dos pais, problemas de conduta e tabagismo.	Indivíduos com sintomas depressivos na adolescência apresentaram IMC mais elevados aos 53 anos do que aqueles sem sintomas. Homens adolescentes apresentaram IMC inferior em todas as idades (15 a 53 anos). A trajetória de IMC entre homens e mulheres com sintomas no início da idade adulta não difere daquelas com ausência dos sintomas em todas as idades.
Baile JI., González MJ. 2011	2007-2010	Estudos no EUA, Canadá, França, Suíça, Espanha, Itália, Bélgica, Turquia, Coreia, Brasil, Holanda, Suécia, Austrália e Alemanha	Revisar artigos que relatam comorbidades entre psicopatologia e obesidade.	Revisão sistemática	Estudos que confirmam a associação: 7 estudos com amostras, 6 estudos de comparação entre grupos, 7 estudos clínicos com obesos, 3 estudos com outras metodologias. Estudos que não confirmam a associação: 3 estudos populacionais	-	-	Desordens psicopatológicas parecem ser mais comuns em pessoas obesas, tais como depressão, ansiedade e abuso de substâncias, embora esta direção não seja clara.
Paffer AT. <i>et al</i> 2012	Janeiro a março 2007	Alagoas	Investigar associação entre estado nutricional materno, saúde mental materna e fatores de risco sociodemográficos e se seria específico da área urbana ou rural	Seccional	Amostra representativa de mães do semiárido (288 mães)	Peso e altura aferidos (independente), saúde mental (SRQ-20) dependente.	Idade materna, escolaridade, classe econômica, status de trabalho, estado civil, CC e número de filhos.	Não houve associação entre TMC e IMC.

Continuação do quadro 3

Autor/Ano	Coleta Dados	Local Estudo	Objetivo Principal	Desenho Estudo	População/Amostra	Variáveis	Covariáveis	Principais resultados
Pan <i>et al.</i> 2011	1996 a 2006 1ª onda (1996 a 2000) Última onda (2002 a 2006)		Examinar a relação bidirecional entre depressão e obesidade em mulheres de meia idade e idosas.	Longitudinal com período de base de 1996 a 2000 e seguimento de 2002 a 2006.	65.955 mulheres com idade entre 54 e 79 anos.	Peso corporal (IMC \geq 30 kg/cm), estado de depressão a cada 2 anos.	Idade, atividade física, comorbidades e outras.	A depressão no período de base foi associada a um risco aumentado de obesidade no período de acompanhamento para o conjunto de mulheres (multivariada ajustada OR, 1,38; 95% CI, 1,24-1,53) e para aquelas não obesas (OR, 1,51, 95% CI, 1,36-1,67). Na direção oposta, as mulheres obesas no início do estudo tinham risco moderadamente aumentado de depressão em comparação com as de peso normal (OR, 1,11; 95% CI, 1,03-1,18). Esta associação foi semelhante para novo aparecimento de depressão (OR para as mulheres obesas x peso normal, 1,10, 95% CI, 1,02-1,20).
Angela G <i>et al.</i> 2012	1992 a 1994		Determinar se Depressão em 1992 previu variação de IMC de 1992 a 1994 e se a obesidade em 1992 previu desenvolvimento de depressão em 1994.	Longitudinal	7.980 adultos jovens da Pesquisa Longitudinal Nacional da Juventude 1979.	Peso e altura autorrelatado (IMC) e sintomas depressivos (Escala CES). Em 1992 questionário completo e 1994 (20) versão abreviada (7) com pontos em comum em ambas.	Idade, sexo, raça, taxa de pobreza e escolaridade, tabagismo, problemas físicos/saúde com incapacidade para trabalhar e uso de bebida alcoólica.	Sintomas depressivos de base prospectivamente associados significativamente com aumento de IMC em mulheres hispânicas ($p = 0,006$). Na relação inversa, os pacientes com obesidade de base não estiveram associados ao um maior risco de desenvolverem sintomas depressivos na amostra total (RR 1.20; 99% CI 0.91–1.60), entretanto, nos indivíduos de alto status sócio-econômico, a obesidade esteve associada com quase o dobro de risco em desenvolver sintomas depressivos quando comparado com a categoria de eutrofia (RR 1.97; 99% CI 1.14–3.40)

Continuação do quadro 3

Autor/Ano	Coleta Dados	Local Estudo	Objetivo Principal	Desenho Estudo	População/Amostra	Variáveis	Covariáveis	Principais resultados
R L McCrea, Y G Berger e M B King 2012	2007	Reino Unido	Este estudo utilizou valores contínuos de IMC e idade para explorar a forma da associação entre TMC e IMC e se variou com idade, sexo e educação.	Seccional	7.043 indivíduos da pesquisa com adultos ingleses.	IMC (peso e altura relatados) TMC medida pela CIS-R (transtornos não psicóticos)	Sexo, idade, etnia, escolaridade, situação emprego, estado civil, tabagismo, bebida, nº de moradores por família e problemas crônicos de saúde.	Quanto maior o IMC (contínuo), maior a probabilidade de ter transtorno mental. Nas mulheres jovens, a probabilidade de ter uma doença mental aumentou com o aumento do IMC, enquanto que em homens jovens houve relação tanto para os de baixo do peso, quanto obesos. Esta associação diminuiu em grupos etários mais velhos, particularmente quando potenciais fatores de confusão, como a saúde física, foram levados em conta.
Mark Hamer, G. David Batty e Mika Kivimaki 2012	Onda (1998, 1999 e 2001). Onda 1 (2004-2005) e Onda 2 (2006-2007)	Inglaterra	Avaliar se a associação da obesidade com sintomas depressivos é dependente de saúde metabólica do indivíduo.	Estudo prospectivo de envelhecimento inglês (ELSA).	3.851 homens e mulheres	Altura e peso aferidos e sintomas depressivos (CES-D) foram avaliados no início e em 2 anos de acompanhamento	Pressão arterial, HDL-colesterol, triglicérides, hemoglobina glicada e proteína C-reativa, participantes foram classificados como "saudável metabolicamente"	. Comparado aos obesos metabolicamente saudáveis e não obesos saudáveis, os obesos não metabolicamente saudáveis tiveram maiores odds de depressão (OR = 1.49, IC 95%, 1.15–1.92) demonstrando que a relação entre obesidade e depressão pode depender da saúde metabólica.
Verdolin LD <i>et al.</i> 2012	2008 a 2010	Rio de Janeiro	Avaliar a prevalência de transtornos mentais em pacientes com sobrepeso e obesidade e suas características sociodemográficas	Seccional	153 pacientes acima de 18 anos com IMC \geq 25 kg/cm atendidos no ambulatório de endocrinologia de um hospital universitário	Transtornos psiquiátricos através do Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI), peso, altura e CC aferidos	Nacionalidade, naturalidade, bairro onde reside, idade, data de nascimento, cor, sexo, estado civil, número de filhos, escolaridade, atividade ocupacional, religião e a presença de comorbidades.	Transtornos de ansiedade ocorreram em 49,2% dos pacientes com sobrepeso e em 67% dos obesos ($p < 0,05$). Obesidade grave associou-se ao risco para fobia social ($p = 0,001$, OR = 4,8 IC95% 1,7-13,5), perturbação de pânico atual com agorafobia ($p = 0,02$, OR = 3,7 IC95% 1,1-12,4) e distímia ($p = 0,006$, OR = 6,6 IC95% 1,5-28,7). Sem diferenças entre sexos.

Os resultados conflitantes desses estudos podem estar relacionados à metodologia empregada nos mesmos, tais como o desenho das investigações, a diferença dos instrumentos utilizados, a forma de utilização das variáveis na análise estatística, a seleção da amostra muitas das vezes não representativa da população, dentre outros. Apesar dessas limitações, a maioria dos estudos aponta que existe associação entre o excesso de peso (sobrepeso e obesidade), seja ela positiva ou negativa entre obesidade e transtornos mentais, que necessita ser estudada especialmente com desenhos de estudos clínicos e longitudinais, com várias ondas de seguimento que possam estabelecer os mecanismos e a direção da relação causal.

Este conhecimento trará subsídios para a discussão e avaliação do estabelecimento de estratégias de intervenção e tratamento de pessoas com obesidade sob todas as perspectivas.

Em revisão não sistemática, nas bases Scielo, LILACs, Pubmed e Medline não foram encontrados estudos nacionais e internacionais sobre esta associação em profissionais de saúde, especialmente os nutricionistas.

3 JUSTIFICATIVA

Esta investigação se justifica por ser o nutricionista um profissional com uma história de construção relativamente recente, inserida na área de ciências da saúde e que, assim como os demais profissionais de saúde, sofre com dificuldades nas condições de trabalho e renda, sendo tais fatores geradores de impacto direto sobre a saúde física e mental desses profissionais.

Além disso, estes indivíduos também pertencem à população geral e estão inseridos no contexto do quadro epidemiológico de sobrepeso e obesidade cada vez mais crescente na população mundial e brasileira, assim como a doença mental que emerge significativamente no cenário de saúde pública, sendo mais prevalente em mulheres, fato importante a ser considerado tendo em vista a predominância (97%) do sexo feminino nesta categoria e o grande impacto que ambas doenças trazem sobre a qualidade de vida, de trabalho e de saúde do indivíduo.

Verifica-se que, em diferentes grupos profissionais da área das ciências da saúde, encontramos literatura sobre as condições de saúde dos enfermeiros e dos médicos, mas para as profissões mais emergentes, como nutrição, fisioterapia e fonoaudiologia, ainda são escassos os estudos que buscam associação sobre os fenômenos relacionados à saúde física e mental.

Diante do exposto, este estudo se torna pertinente considerando que os nutricionistas pertencem a uma categoria ocupacional e estão sujeitos a esse tipo de adoecimento, bem como pela escassez de estudos sobre a saúde deste profissional.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Analisar a associação existente entre sobrepeso, obesidade e os TMC em um grupo de nutricionistas que trabalham em hospitais do município do Rio de Janeiro.

4.2 Objetivos Específicos

1. Traçar o perfil socioeconômico dos nutricionistas lotados na rede municipal hospitalar do município do Rio de Janeiro.
2. Estimar as prevalências de excesso de peso (sobrepeso e obesidade) e de TMC no grupo estudado.
3. Investigar a associação entre TMC, sobrepeso e obesidade.

5 MÉTODO

5.1 Delineamento e população do estudo

Este é um estudo com desenho seccional do tipo censo. Todos os nutricionistas que trabalhavam na rede municipal de hospitais do município do Rio de Janeiro; no período da coleta de dados, foram considerados como população alvo tanto os que tinham vínculo estatutário e que tinham prática de atividade na nutrição clínica, como os contratados através de empresas prestadoras de serviços de alimentação que atuavam tanto na atividade de nutrição clínica, como na de produção de refeições (alimentação coletiva).

Os nutricionistas estavam distribuídos em 23 hospitais do município do Rio de Janeiro. Apenas um hospital não participou da pesquisa, pois a direção não assinou o termo de autorização exigido pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Município do Rio de Janeiro (CEPSMSDC) (pois estava em processo de desativação do prédio). Dos 305 nutricionistas que foram convidados a participar do estudo, 15 (4,9%) se recusaram a participar e houve uma (0,003%) perda por desligamento ao longo da coleta de dados, resultando num total de 289 participantes.

Foram excluídos da população de estudo os estagiários e técnicos de nutrição, os supervisores da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) ou de empresas prestadoras que estivessem no momento da coleta de dados e não estivessem expostos ao ambiente de trabalho da pesquisa, bem como os profissionais licenciados ou aposentados.

5.2 Procedimento da pesquisa e coleta de dados

Inicialmente, foi aplicada uma estratégia de apresentação e divulgação da pesquisa que constou das etapas: 1) contato com os diretores dos hospitais para autorização da realização do projeto e circulação nos hospitais; 2) apresentação do

projeto às chefias de nutrição dos hospitais municipais do Rio de Janeiro, pelas coordenadoras do projeto (UERJ/FIOCRUZ), com apoio da direção do INAD.

Previamente à coleta de dados, foram realizados alguns procedimentos de aplicação dos instrumentos para a garantia da qualidade do trabalho de campo e confiabilidade dos dados coletados, tais como: 1) pré-teste de coleta de dados realizado com profissionais nutricionistas e alunos do Instituto de Nutrição da UERJ, 2) treinamento de padronização para aferição das medidas antropométricas e leitura do manual do pesquisador de campo e 3) projeto piloto realizado com os nutricionistas do INAD.

A coleta de dados foi realizada no período de outubro de 2011 a agosto de 2012, com visitas presenciais feitas por quatro pesquisadores treinados, sendo um pesquisador da FIOCRUZ, duas pesquisadoras da UERJ e uma bolsista de Iniciação Científica da Fundação de Apoio à Pesquisa do Rio de Janeiro (Faperj), que se dividiam nos 23 hospitais de forma a atingir todos os profissionais que lá trabalhavam. Todos os nutricionistas foram convidados individualmente pelos pesquisadores a participarem da pesquisa de forma voluntária.

Os dados foram coletados por meio da aferição de medidas antropométricas no momento da visita do pesquisador, bem como da aplicação de um questionário autoadministrável contendo várias escalas de aferição, objeto de interesse da pesquisa maior no qual este estudo está inserido: “Desigualdade de Gênero e Saúde Mental entre Nutricionistas dos Hospitais do Município do Rio de Janeiro”. Esse questionário continha blocos com as informações necessárias para a pesquisa maior e parte delas foram usadas para este estudo (Anexo A).

O primeiro bloco tratava de dados do entrevistado (nome do hospital, data de preenchimento, data de nascimento, naturalidade e sexo). O segundo e o terceiro blocos abordavam hábitos relacionados à alimentação e às atividades físicas (compulsão alimentar, atividades físicas realizadas, informações sobre tabagismo e álcool), sobre a saúde e qualidade de vida (autopercepção do estado de saúde e qualidade de vida incluindo a escala GHQ e presença de doenças, capacidade de realizar atividades, sentimentos e experiências vividas incluindo situações delicadas e discriminação). O quarto bloco versava sobre a história profissional e as características do trabalho (escolaridade, tempo de formação e de trabalho, função de chefia, quantos locais de trabalho, tipo de vínculo, regime de trabalho, jornada de trabalho, situações do cotidiano do trabalho, contato com os pacientes, ambiente de

trabalho e absenteísmo). O quinto bloco compreendeu a relação com a vizinhança onde reside e, finalmente (sexto bloco), informações sobre as condições socioeconômicas (renda familiar, situação conjugal, filhos, chefe de família, bens que possui e cor).

O procedimento adotado pelos pesquisadores foi o de entregar o questionário ao nutricionista. Aqueles que desejassem responder no mesmo dia poderiam fazê-lo, do contrário, combinava-se uma data de retorno ao hospital para recebimento do mesmo com a chefia do serviço de nutrição ou com o próprio entrevistado. Antes da entrega do questionário, os pesquisadores apresentavam todos os blocos de perguntas com a devida orientação para o preenchimento.

Ao término da coleta de dados em cada hospital, os pesquisadores entregaram um cartão em agradecimento pela participação voluntária na pesquisa (Anexo B).

5.3 Instrumentos de aferição

5.3.1 Peso corporal e estatura

A avaliação da massa corporal foi realizada através do IMC obtido pela relação peso corporal em quilogramas e altura em metro quadrado. Este indicador tem sido amplamente utilizado como medida populacional e aceito para estudos epidemiológicos devido ao seu baixo custo operacional, simplicidade na aplicação e correlação com a gordura corporal (ANJOS, 1992; OMS, 1998). Entretanto, essa medida apresenta limitações, dentre elas a de superestimar a gordura em pessoas muito musculosas e subestimar gordura corporal de pessoas que perderam massa muscular, como no caso de idosos (ANJOS, 1992; OMS, 1998).

A classificação preconizada pela OMS, no uso do IMC, estabelece pontos de corte que irão definir o perfil de sobrepeso ou obesidade da população (conforme demonstrado no Quadro 4) (OMS, 1995, 1998).

Quadro 4 – Classificação do estado nutricional segundo o Índice de Massa Corporal.

Classificação	IMC (Kg/m²)
Baixo Peso	< 18,5
Eutrofia	18,5 a 24,9
Sobrepeso	25 a 29,9
Obesidade grau I	30 a 34,9
Obesidade grau II	35 a 39,9
Obesidade grau III	≥ 40

Fonte: OMS, 1998.

A avaliação do peso corporal e da altura foi realizada nas dependências do hospital e com equipamentos dos pesquisadores.

A aferição do peso corporal foi realizada em balança eletrônica, marca Tanita, com capacidade de 150 kg e precisão de 100 gramas. O indivíduo foi posicionado de pé, descalço, no centro da plataforma da balança, vestindo roupas leves, procurando não se movimentar, corpo voltado de frente para o pesquisador. O peso corporal foi aferido em uma única medida e registrado em quilogramas.

Para a aferição de estatura corporal foi utilizado um estadiômetro mecânico, marca Alturaexata, de plataforma com graduação de 0,1 cm. Foram realizadas duas aferições de estatura e considerada a média aritmética simples das duas medidas. A aferição foi realizada com o indivíduo descalço na postura padrão, ou seja, em ângulo reto com o estadiômetro, procurando colocar em contato com o aparelho de medida, os calcanhares, a cintura pélvica, a cintura escapular e a região occipital medindo a distância compreendida entre a planta dos pés e o ponto mais alto da cabeça (vértex). A cabeça foi orientada no plano de Frankfurt. A medida foi registrada em centímetros, após inspiração profunda (LOHMAN TG; ROCHE AF; e MARTORELL R, 1988). Os dados aferidos foram anotados em planilhas de registro (Anexo C).

5.3.2 Transtornos mentais comuns (TMC)

Para a avaliação da presença ou ausência de TMC, foi utilizada a escala GHQ-12 (General Health Questionnaire) contida no questionário aplicado na pesquisa, utilizando o modelo aplicado no estudo pró-saúde (FAERSTEIN et al., 1999) (Anexo D).

A escala GHQ é um instrumento autoadministrável, criado por Goldberg (1972), validado na sua versão original (STANFELD; MARMOT, 1992) e na sua versão brasileira (MARI; WILLIAMS, 1985) tendo, em ambos os casos, o Clinical Interview Schedule (GOLDBERG; BLACKWELL, 1970) como padrão ouro. O instrumento continha inicialmente 60 itens, sendo posteriormente apresentado com versões mais breves com 30, 20 e, finalmente, 12 questões sem comprometimento de sua confiabilidade (GOUVEIA, et al.2003). Os 12 itens do GHQ cobrem sentimentos de tensão, depressão, incapacidade de lidar com situações habituais, ansiedade e falta de confiança.

Essa escala tem sido amplamente utilizada para rastreamento de sinais e sintomas de TMC em estudos populacionais e ocupacionais, por sua validade em medir o bem-estar psicológico (GOUVEIA, et al.2003). O instrumento é aplicado com referência a duas semanas antes do preenchimento do questionário. O questionário considerou cada item como ausente ou presente (0 ou 1), de acordo com o método do General Health Questionnaire (GOLDBERG; WILLIAMS, 1988). O ponto de corte utilizado para determinar os casos positivos foi de 3 itens do GHQ (em 12 itens) sendo então classificados como casos de TMC (GOLDBERG; WILLIAMS, 1988).

5.3.3 Outras informações utilizadas no estudo

5.3.3.1 Variáveis sociodemográficas

Idade, calculada através da data de nascimento e a data do preenchimento do questionário; *Naturalidade* com pergunta aberta sobre o Estado onde nasceu; *Sexo*;

Renda familiar com opções das faixas: “até R\$ 1.635,00”, “de 1.636,00 a R\$ 2.180,00”, “de 2.181,00 até R\$ 3.815,00”, “de R\$ 3.816,00 a R\$ 5.450,00”, “de R\$ 5.451,00 a 8.175,00” e “acima de R\$ 8.175,00”; *Situação conjugal* com opções de “solteiro”, “casado(a)/união estável”, “separado(a)/divorciado(a)” e viúvo (a); *Quantidade de filhos* com opções: “sem filhos”, “filhos < 18 anos”, “filhos > 18 anos”; e *Critério de Classificação Econômica Brasil* criado pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa que tem como objetivo estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas segmentando em classes econômicas A1, A2, B1, B2, C1, C2, D e E de acordo com a pontuação relacionada à posse de itens como eletrodomésticos, a presença de banheiro, empregada doméstica e o grau de instrução do chefe da família.

5.3.3.2 Quantidade de comida

Para avaliar a questão relacionada à compulsão alimentar foi incluída no bloco sobre hábitos relacionados à alimentação e atividade física, uma pergunta sobre a frequência, nos últimos seis meses, do consumo de grande quantidade de comida em curto espaço de tempo (duas horas) (Anexo A).

5.3.3.3 Atividade Física

Para avaliação do nível de atividade física foi utilizado o protocolo do International Physical Activity Questionary – versão curta (IPAQ curto), contendo perguntas sobre a realização de atividade física que fazem parte do dia-a-dia. As perguntas foram relacionadas ao tempo que o indivíduo gastou fazendo atividade física na última semana. As perguntas incluíram atividades como: caminhada, atividade moderada e vigorosa, considerando o número de dias e tempo em minutos (Anexo E).

5.3.3.4 Variáveis que podem influenciar no estado físico e saúde

No mesmo bloco de hábitos relacionados a alimentação e atividades físicas foram incluídas no questionário da pesquisa perguntas sobre tabagismo, consumo de bebida alcoólica, presença de alterações ou morbidades como hipercolesterolemia, diabetes, asma, lesão por esforço repetitivo (LER), HAS e gastrite.

5.3.3.5 História profissional e características do trabalho

Estas informações foram obtidas através de perguntas sobre o Grau de instrução considerando os níveis universitário, pós-graduação (especialização, mestrado e doutorado); anos de trabalho como nutricionista; anos de trabalho no município ou na empresa prestadora; tipo de vínculo trabalhista (consolidação das leis do trabalho - CLT ou estatutário); se possuem outro vínculo de trabalho, quantos locais de trabalho em nutrição (um ou mais lugares) no momento do estudo e tipo de jornada de trabalho no vínculo principal.

5.4 Variáveis do estudo

5.4.1 Variável Dependente

O estado nutricional foi considerado como “variável resposta” ou “dependente”, ou seja, a variável de desfecho. Esta variável foi obtida pela utilização do IMC calculado dividindo-se o peso em quilos pela altura em metros quadrados e foi classificada como variável categórica multinomial, considerando os pontos de corte de IMC preconizados pela OMS (1995, 1998). Foram consideradas as categorias de eutrofia (IMC 18,5 – 24,9 kg/m²), sobrepeso (25 – 29,9 kg/m²) e

obesidade (acima de 30 kg/m²). Inicialmente esta variável também foi utilizada na forma contínua e na forma binária (eutrofia / excesso de peso) para comparação dos resultados e definição do modelo estatístico final.

5.4.2 Variável Independente

Os TMC foram considerados como variável independente ou de exposição. Esta variável foi avaliada como categórica dicotômica ou binária, ou seja, se há a presença ou ausência de TMC (0 ou 1) através de pontuação ou score considerando o ponto de corte de ≥ 3 como positivo para TMC, dentre as 12 perguntas do questionário.

5.4.3 Covariáveis

O instrumento original utilizado na pesquisa continha outras informações das quais as covariáveis utilizadas neste estudo foram extraídas para utilização como variáveis de confundimento. As variáveis e suas respectivas categorizações estão descritas no Quadro 5.

Quadro 5 - Covariáveis utilizadas no estudo

Variável	Forma de utilização na análise
Idade	1º terço ≤ 37 anos 2º terço $> 37,1$ e < 47 anos 3º terço ≥ 47 anos
Naturalidade	RJ Outro Estado
Sexo	Masculino Feminino
Compulsão alimentar	Nunca $< \text{ou} = 1$ vez/semana 2 ou + vezes / semana
Atividade Física (IPAQ- curto)	Insuficientemente ativo Suficientemente ativo Muito ativo
Tabagismo	Não fumante / ex-fumante Fumante
Consumo de bebida alcoólica	Não bebe Bebe
Colesterol Alto	Não / Sim
Diabetes	Não / Sim

Asma	Não / Sim
LER	Não / Sim
HAS	Não / Sim
Gastrite	Não / Sim
Escolaridade	Universitário Pós-graduação lato sensu Pós-graduação stricto sensu
Anos de trabalho como nutricionista*	Categorias em terços 1º terço ($\leq 12,7$ anos) 2º terço (12,8 a 20,9 anos) 3º terço (≥ 21 anos)
Variável	Forma de utilização na análise
Anos de trabalho município/empresa*	Categorias em terços 1º terço (≤ 9 anos) 2º terço (9 a 15,9 anos) 3º terço (≥ 16 anos)
Outro vínculo de trabalho	Não / Sim
Quantos locais de trabalho na nutrição	1 local 2 ou + locais
Tipo de vínculo principal	CLT Funcionário público
Jornada de trabalho do vínculo principal	Diarista Plantonista
Renda Familiar	Até R\$ 3.815,00 De R\$ 3.816,00 a R\$ 5.450,00 De R\$ 5.451,00 a 8.175,00 Acima de R\$ 8.175,00
Situação Conjugal	Solteiro Casado Separado / viúvo
Filhos	Sem filhos Com filhos
Moradores da casa	Sozinho 2 ou + pessoas
Critério Brasil	Classe A Classe B1 Classe B2 Classes C e D
Cor	Negra / parda Branca

5.5 Armazenamento, processamento e análise dos dados

Os dados foram digitados em planilhas de Excel 2010 com digitação única para formação do banco de dados, tendo sido feita conferência por amostragem para a garantia da qualidade dos dados. Em seguida, o banco de dados foi transportado para análise no Software R Studio version 2.15 (R DEVELOPMENT CORE TEAM, 2012).

Inicialmente foram realizadas análises univariadas das variáveis categóricas extraindo a prevalência das variáveis de desfecho (estado nutricional) e exposição

* As variáveis idade, anos de trabalho como nutricionista e de município/empresa foram utilizadas na análise estatística como categóricas e contínuas.

(TMC), bem como, das covariáveis, para analisar isoladamente cada variável. Para as variáveis contínuas, foram utilizadas as medidas de tendência central, média e mediana, e como medida de dispersão, o desvio-padrão.

Após essa etapa, as variáveis foram incluídas na análise bivariada. Foram consideradas na análise bivariada todas as variáveis descritas no Quadro 5. Para as variáveis categóricas, o teste qui quadrado foi utilizado para verificar se as diferenças entre as proporções tinham significância estatística ($p < 0,20$). Para mais de uma casela com “n” menor que 5, foi utilizado o teste exato de Fisher. Para as variáveis contínuas foi utilizado teste de ANOVA de um fator.

Utilizando este critério, foram selecionadas as possíveis variáveis de confusão para o modelo final. Como se trata de uma etapa inicial e não definitiva da análise de dados, adotamos nível de significância maior que o usual ($p < 0,20$) para não correr o risco de desprezar variáveis importantes.

Após essa etapa, foram definidos os modelos da análise multivariada para avaliar a associação entre o desfecho (sobrepeso e obesidade) e a exposição (TMC) ajustadas pelas covariáveis. As análises foram feitas utilizando a regressão logística multinomial considerando a “eutrofia” como categoria de referência. Por não haver homens na categoria de obesos, eles foram excluídos da análise multivariada, bem como as linhas que tinham ausência de informações (*missing*), resultando um total de 266 indivíduos. As medidas de associação foram expressas por meio da OR e seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%). Para avaliar a qualidade do ajuste do modelo final, foi utilizado o teste da razão de verossimilhança. Visando analisar a melhor forma de aproveitamento e utilização dos dados, foram realizadas análises utilizando o desfecho com IMC contínuo, como variável binária (excesso de peso/eutrofia), bem como a exposição com GHQ contínuo (ANEXOS I a K).

5.6 Aspectos éticos

Este estudo teve aprovação do CEPMSDC – RJ sob o protocolo número 0664.0.000.314-11 (Anexo F).

Todos os nutricionistas envolvidos no estudo assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias que constava da parte

inicial do questionário e do qual uma via foi assinada e devolvida pelo pesquisador ao nutricionista, sendo a outra arquivada junto à documentação da pesquisa (Anexo G).

6 ARTIGO: ASSOCIAÇÃO ENTRE SOBREPESO, OBESIDADE E TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS: ESTUDO REALIZADO COM NUTRICIONISTAS DA REDE HOSPITALAR MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO.

Nome dos autores:

Tânia Muzy da Silva 1 – Mestranda do Programa de Pós-Graduação Alimentação, Nutrição e Saúde – Universidade do Rio de Janeiro (UERJ).

Odaleia Barbosa de Aguiar 2 – Professora Adjunta do Departamento de Nutrição Aplicada – Instituto de Nutrição da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Maria de Jesus Mendes da Fonseca 3 – Professora Associada do Departamento de Epidemiologia – Escola Nacional de Saúde Pública (FIOCRUZ).

Endereço das universidades:

- Universidade Federal do Rio de Janeiro. Avenida Carlos Chagas Filho, 373 – Ed. do Centro de Ciências da Saúde, Bloco J, 2º andar, Cidade Universitária, Ilha do Fundão – Rio de Janeiro – RJ. CEP: 21941-590.
- Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Nutrição. Rua São Francisco Xavier, 524, 12º. Andar bloco D. Maracanã. Rio de Janeiro. RJ. CEP: 20559 900.
- Escola Nacional de Saúde Pública - FIOCRUZ.

Autor para correspondência

Tânia Muzy da Silva

Endereço: Rua Dona Zulmira nº 88 apto. 1105 – Maracanã – Rio de Janeiro / RJ

Telefones: (21) 2278-1313 / 9764-5453

Endereço eletrônico: taniamuzy@gmail.com

Associação entre Sobrepeso, Obesidade e Transtornos Mentais Comuns: estudo realizado com Nutricionistas da rede hospitalar municipal do Rio de Janeiro.

RESUMO

Excesso de peso (sobrepeso e obesidade) e transtornos mentais comuns são importantes problemas de saúde pública no Brasil e no mundo. A associação entre ambos tem sido investigada por pesquisadores, porém os resultados ainda são conflitantes. Estudos realizados com nutricionistas têm dado maior ênfase à prática de atuação, entretanto poucos abordaram as questões de saúde desses profissionais, principalmente sobre o excesso de peso e sofrimento psíquico.

Objetivo - Analisar a associação entre sobrepeso, obesidade e transtornos mentais comuns nesses profissionais.

Métodos - Estudo seccional, realizado com 289 nutricionistas da rede pública de hospitais do município do Rio de Janeiro, no período de outubro de 2011 a agosto de 2012. A avaliação do excesso de peso corporal foi realizada com base no Índice de Massa Corporal (kg/m^2) através da aferição de peso e altura, e os transtornos mentais comuns através do General Health Questionarie (GHQ-12). Variáveis sócio-demográficas, laborativas e de saúde também foram incluídas no estudo.

Resultados - A prevalência de sobrepeso foi de 32,3% e de obesidade, 15,3%. A prevalência de transtornos mentais comuns (TMC) foi de 37,7%. A análise bruta demonstrou uma associação negativa entre transtornos mentais comuns e sobrepeso (OR 0,68; IC95% 0,39 – 1,20) e positiva para obesidade (OR 1,34; IC95% 0,65 – 2,75) que não se modificou quando ajustada pelas variáveis socioeconômicas (SES), laborativas e de saúde (OR= 0,60 IC95% 0,32 – 1,10) para sobrepeso e para a obesidade (OR= 1,09 IC95% 0,50 – 2,37).

Conclusão - Os resultados do estudo destacam as altas prevalências de sobrepeso, obesidade e transtornos mentais comuns, bem como a magnitude da associação entre os eventos, ambos sem significância estatística. Sugerimos novos estudos em que se possam identificar os mecanismos envolvidos nesta relação, bem como os fatores relacionados às condições de trabalho e de vida que possam estar afetando a saúde do nutricionista que é formado para cuidar da saúde população muitas vezes em detrimento da sua própria saúde.

Palavras-chave: Transtornos mentais comuns; obesidade; sobrepeso; nutricionista.

Association between overweight, obesity and common mental disorders: Study performed with dietitians at Rio de Janeiro municipality's hospitals.

ABSTRACT

Overweight, obesity and mental disease are important public health problems in Brazil and worldwide. The association between both has been investigated by researchers, but the results are still conflicting ones. Studies done with Dietitians have put more emphasis on the practice itself, but only a few approached the health issues of these professionals, especially those related to overweight and mental disorder.

Aim – The aim of this dissertation is to assess the association between overweight, obesity and common mental disorders among these professionals.

Methods – This is a cross study done with 289 dietitians at the public hospitals of the city of Rio de Janeiro, in the period from October 2011 to August 2012. The evaluation of corporal overweight was done by BMI (Kg/m^2), through measurement of weight and height, and the common mental disorders were evaluated using the General Health Questionnaire (GHQ-12). Socioeconomic, labour and general health variables were also included in the study.

Results – The prevalence of overweight was 32.3%, and that of obesity was 15.3%. The prevalence of common mental disorders (CMD) was 37,7%. The raw analysis showed a negative association between common mental disorders and overweight (OR 0.68; IC95% 0.39 – 1.20), and a positive association for obesity (OR 1.34; IC95% 0.65 – 2.75), which wasn't changed when adjusted by the socio-economic (SES), labour and general health variables (OR 0.60 IC95% 0.32 – 1.10) for overweight and (OR= 1.09 IC95% 0.50 – 2.37) for obesity.

Conclusion – The results of the study high overweight, obesity and common mental disorders prevalence, as well as a positive association between CMD and obesity and negative association between CMD e overweight, both no statistical significance. Further studies to identify the mechanisms involved in this relationship are suggested, as well as studies to identify factors related to the working and living conditions that might be affecting the Dietitian's health, whom is trained to take care of the health of the population, often to the detriment of his own health.

Keywords: mental disorders; obesity; overweight; dietitian.

Introdução

Excesso de peso (sobrepeso e obesidade) e transtornos mentais comuns são problemas de saúde pública importantes, que vêm crescendo na população mundial e chamando atenção dos pesquisadores para o estabelecimento de uma relação causal entre esses agravos. Ambos são fatores de risco para doenças crônicas e desempenham um papel importante na morbi-mortalidade da população^{1,2}. No Brasil, em 2008, as prevalências de excesso de peso e obesidade na população se encontravam na ordem de 48% e 15%, respectivamente³. A presença de transtornos mentais na população brasileira tem sido demonstrada em estudos com prevalências que variam de 17 a 35%⁴.

A relação entre obesidade e distúrbios psicológicos tem sido pesquisada, porém não está clara a direção do evento, apontando para uma possível bi-direcionalidade, ou seja, tanto a obesidade pode ser fator de risco para transtornos mentais, como estes transtornos podem desencadear um aumento do peso corporal, mas os mecanismos desta associação ainda não estão bem estabelecidos^{5,6}.

Em revisão de estudos sobre esta associação realizados no período entre 2007 e 2010, Baile e González⁷ concluíram que certos distúrbios psicológicos (ansiedade e depressão) são comuns em pessoas obesas, ainda que não tenha clara a direção da relação explicativa. Atlantis e Baker⁵ demonstraram que os estudos longitudinais realizados apontam maiores evidências da obesidade como preditora da depressão em adultos. Já McElroy *et al.*⁸ sugerem que crianças e adolescentes depressivos têm risco maior de desenvolver excesso de peso na fase adulta, e que pacientes com desordens depressivas e transtorno bipolar apresentam maior taxa de sobrepeso e obesidade. Da mesma forma, uma meta-análise de estudos seccionais demonstrou associação significativa entre depressão e obesidade, mas sem afirmar a direção dessa relação⁶.

Estudos para avaliar a possível bi-direcionalidade foram realizados encontrando resultados conflitantes apontando a depressão sendo fator de risco para aumento de IMC⁹⁻¹², bem como obesidade prevendo transtorno mental¹¹ com comportamentos diferenciados entre as diversas covariáveis (sexo, idade, renda).

No Brasil, estudo realizado com a população adulta da cidade de Pelotas – RS no ano de 2009 encontrou razão de prevalência de TMC de 1,4 (IC 95% 1,1 a 1,7) para obesos¹³. Ao avaliar a relação do IMC, autopercepção corporal e TMC

entre funcionários de uma universidade do Rio de Janeiro, Veggi *et al.*¹⁴ não encontraram associação significativa entre IMC e TMC.

Em investigação envolvendo o estado nutricional de 75 egressos do curso de nutrição da Universidade de Franca, observou-se que 78,18% encontravam-se eutróficos e 12,72%, com sobrepeso¹⁵. Quanto à saúde mental, Bosi¹⁶ analisou a subjetividade no cotidiano de trabalho, em especial as cargas e sofrimentos presentes em 40 nutricionistas da área de saúde pública, encontrando resultados com predomínio das cargas mentais e psicoafetivas sobre as cargas físicas, apesar de um nível elevado de satisfação no trabalho, que se sobrepõe aos sofrimentos vivenciados na prática profissional.

Em revisão bibliográfica sobre estudos envolvendo os nutricionistas, encontramos maior ênfase na análise da prática de atuação e perfil do profissional¹⁷⁻²², mas poucos estudos sobre a saúde desses profissionais.

Devido à relevância de ambas as doenças para a saúde pública e a escassez de estudos sobre a saúde física e mental dos nutricionistas, esta investigação tem como objetivo analisar a associação existente entre sobrepeso, obesidade e os transtornos mentais comuns em nutricionistas que trabalham em hospitais da rede pública municipal do Rio de Janeiro.

Métodos

Foi realizado o censo com desenho de estudo seccional, conduzido em 23 dos 24 hospitais da rede municipal de saúde do Rio de Janeiro. Apenas um hospital não participou do estudo, por estar em processo de desativação.

População do estudo

Nutricionistas que tinham vínculo estatutário e os prestadores de serviço das empresas fornecedoras de refeições de todas as unidades hospitalares foram convidados a participar do estudo. O total de nutricionistas lotados nos hospitais era de 305. Deste total, 15 (4,9%) se recusaram a participar do estudo e ocorreu uma perda (0,003%) por desligamento da empresa durante a pesquisa, resultando em 289 nutricionistas avaliados.

Coleta de dados e instrumentos

Antes de iniciar o trabalho de campo, o projeto foi apresentado às chefias de nutrição dos hospitais para sensibilização e esclarecimento de dúvidas sobre o estudo. A qualidade das informações coletadas foi testada através de uma sequência de pré-teste do questionário multidimensional autoadministrável com nutricionistas e alunos do curso de graduação de nutrição da UERJ e realização de um projeto piloto com os nutricionistas que se encontravam no Instituto Annes Dias.

Tanto os pré-testes quanto o estudo piloto objetivaram avaliar aspectos pertinentes à clareza de formulação das perguntas, possíveis resistências em responder a determinadas questões, adequação da sequência dos blocos temáticos e tempo necessário para o preenchimento.

Para o treinamento de aferição das medidas antropométricas foi desenvolvido um manual específico de padronização das medidas. O treinamento dos aplicadores foi constituído de encontros para apresentação dos objetivos da pesquisa, leitura do manual dos entrevistadores e realização das técnicas padronizadas de aferição das medidas antropométricas (peso e estatura).

A coleta de dados foi realizada no período de outubro de 2011 a agosto de 2012, com visitas presenciais por quatro pesquisadores, com convite individual a cada nutricionista no qual foi apresentado o questionário autoadministrável com a devida orientação para o preenchimento. A aferição das medidas antropométricas foi realizada no momento da visita do pesquisador, com o material de pesquisa calibrado, próprio do estudo.

O questionário continha seis blocos. O primeiro bloco considerava os dados do entrevistado (nome do hospital, data de preenchimento, data de nascimento, naturalidade e sexo). O segundo bloco, hábitos relacionados à alimentação e atividades físicas (compulsão alimentar, atividades físicas realizadas, informações sobre tabagismo e consumo de álcool) e o terceiro investigava a saúde e qualidade de vida (autoavaliação do estado de saúde, escala GHQ, presença de doenças, capacidade de realizar atividades, sentimentos e experiências vividas considerando situações delicadas e de discriminação).

Os blocos seguintes, quarto e quinto, abordavam a história profissional e características do trabalho (escolaridade a partir da graduação, tempo de formação e de trabalho, função de chefia, quantos locais de trabalho, tipo de vínculo, regime de

trabalho, jornada de trabalho, situações do dia-a-dia de trabalho, contato com os pacientes, ambiente de trabalho e ausências do trabalho) e a relação com a vizinhança onde reside. As condições socioeconômicas (renda familiar, situação conjugal, filhos, chefe de família, bens que possui e cor) foram tratadas no último bloco.

Variável Dependente, Explicativa e covariáveis

A variável dependente (estado nutricional) foi avaliada através do IMC, obtido pelo peso e altura aferidos (peso em kg/estatura em m^2), considerando os pontos de corte de IMC preconizados pela Organização Mundial de Saúde²³, baixo peso ($<18,5 \text{ kg}/m^2$), eutrofia (IMC $18,5 - 24,9 \text{ kg}/m^2$), sobrepeso ($25 - 29,9 \text{ kg}/m^2$) e obesidade (acima de $30 \text{ kg}/m^2$).

A variável explicativa (TMC) foi avaliada pela escala GHQ desenvolvida por Goldberg e Blackwell²⁴ traduzida e validada para a população brasileira^{25,26}. Esse instrumento contém 12 itens que cobrem sentimentos de tensão, depressão, incapacidade, medo de lidar com situações habituais, ansiedade e falta de confiança e investiga como o indivíduo tem passado nas últimas duas semanas com quatro opções de resposta e ao final é feito o somatório. São considerados casos suspeitos de sinais e sintomas de transtornos mentais comuns aqueles que apresentam escores ≥ 3 .

As covariáveis incluídas no estudo foram:

(i) condições sociodemográficas, tais como: idade em terços (1° terço ≤ 37 anos, 2° terço >37 e <47 anos e 3° terço ≥ 47 anos), idade contínua (anos), naturalidade (Rio de Janeiro e outros estados), sexo (masculino e feminino), escolaridade (universitário, pós-graduação *lato sensu* e pós-graduação *stricto sensu*), renda familiar per capita em terços (1° terço $<R\$1.544,30$; 2° terço ($>R\$1.544,30$ e $<R\$2.271,00$ e 3° terço $>R\$ 2.271,00$), situação conjugal (solteiro, separado, viúvo e casado), filhos (sim ou não) e cor da pele (negra, parda e branca).

(ii) características laborais: anos de trabalho como nutricionista, tipo de vínculo trabalhista (CLT ou estatutário), outro vínculo de trabalho (sim ou não), locais de trabalho na nutrição (um local e dois ou mais locais) e tipo de jornada de trabalho no vínculo principal (diarista ou plantonista).

(iii) hábitos de vida e condições de saúde: hábito de beber (sim ou não), fumante (sim ou não), prática de atividade física atribuída pela escala IPAQ, classificando os indivíduos como insuficientemente ativo, suficientemente ativo e sedentário e morbidades - sim ou não (hipercolesterolemia, diabetes, asma, lesão por esforço repetitivo, hipertensão arterial sistêmica e gastrite).

Análise estatística

Na etapa inicial foram calculadas as prevalências das variáveis de desfecho (estado nutricional) e exposição (TMC), bem como, das covariáveis categóricas. As medidas de tendência central (média e mediana) e a medida de dispersão (desvio-padrão) foram calculadas para as covariáveis contínuas. Na análise bivariada, os testes de qui quadrado ou de Fisher (caselas com $n < 5$) foram utilizados para as variáveis categóricas e ANOVA para as variáveis contínuas visando verificar a significância estatística, utilizando como critério de seleção para a análise multivariada valores de $p < 0,20$ de forma a não excluir variáveis importantes. A análise multivariada foi realizada por regressão logística multinomial considerando os dados completos dos participantes. As variáveis idade e anos de trabalho como nutricionista foram utilizadas como contínuas no modelo final já que se apresentaram significativas na análise bivariada. Como não havia obesos na categoria do sexo masculino, estes foram retirados da análise multivariada, assim como todos que tinham dados faltantes nas variáveis consideradas no modelo final, resultando num total de 266 indivíduos.

As medidas de associação foram expressas por meio da razão de chances (OR) e seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%), ajustadas pelas covariáveis. Para avaliar a qualidade do ajuste do modelo final, foi utilizado o teste da razão de verossimilhança. Os dados foram digitados em planilhas de Excel 2010 com digitação única, conferência por amostragem e as análises realizadas no Software R Studio version 2.15²⁷.

Este estudo teve aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil – CEPMSDC – RJ sob o protocolo número 0664.0.000.314-11. Todos os nutricionistas envolvidos no estudo assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Da população estudada, 97,2% eram do sexo feminino, 48,4% tinham curso de pós-graduação *lato sensu e stricto sensu* e 71% eram de cor branca (Tabela 1). A média de idade do grupo era de 41 anos (DP = 10,0) e 94,8% eram naturais do Rio de Janeiro (dados não apresentados na Tabela 1).

Com relação aos aspectos laborais (Tabela 2), 64,5% tinham até 21 anos de trabalho como nutricionista sendo o tempo médio de 17 anos (DP = 9,9), sendo de 13 anos (DP = 9,5) a média de trabalho na empresa e/ou no município (dados não apresentados na Tabela 2). A maioria era de funcionários públicos (65,1%), com regime de trabalho na forma de “plantão” (76,4%) e somente um vínculo de trabalho (67,5%).

Quanto aos hábitos de vida e saúde (Tabela 2), a maioria era sedentária (72,5%) e 26% apresentavam comorbidades, tais como: colesterol (26%), LER (20,5%), hipertensão arterial (20,1%) diabetes (2,8%) (dados não apresentados na Tabela 2). A prevalência de excesso de peso foi de 47,6%, sendo 32,3% para sobrepeso e 15,3% para obesidade. A média de peso do grupo foi de 68 kg (DP = 13,93), IMC de 25,7 kg/cm (DP = 4,83) (dados não apresentados na Tabela 2). A prevalência de TMC foi de 37,7%.

Observamos maiores prevalências de sobrepeso entre aqueles que relataram comorbidades (40%); que se encontravam na faixa etária mais elevada (>47 anos) (41,6%); com maior tempo de trabalho como nutricionista (>21anos) (41,2%); com mais de um vínculo empregatício (39,4%) e que informaram ter cor negra ou parda (40,5%). Com relação à obesidade, foram encontradas maiores prevalências entre aqueles que possuíam TMC (17,8%), apresentavam comorbidades (17,3%), não tinham outro vínculo empregatício (19,1%), com vínculo de CLT (21,0%) e que tinham a cor da pele branca (16,7%) (Tabela 3).

Com base nos resultados do modelo multivariado da Tabela 4, pode-se observar que os transtornos mentais comuns não se apresentaram associados estatisticamente ($p < 0.05$) ao sobrepeso e à obesidade, porém destaca-se a magnitude da associação entre TMC e obesidade na análise bruta (OR 1,34; 0,65-2,75) (dados não apresentados na Tabela 4), que teve sua magnitude diminuída no modelo mais ajustado pelo teste de razão de verossimilhança (OR 1,09; IC95% 0,50-2,37) pelas variáveis morbididades, idade, anos de trabalho como nutricionista, outro

vínculo profissional, tipo do vínculo principal (CLT ou estatutário), tercil de renda *per capita* e cor (Modelo 7).

Discussão

Neste estudo, os resultados demonstraram que o grupo de obesas apresentaram OR 1,32 de TMC (IC95% 0,64-2,72) no modelo um, indicando que a magnitude da exposição, mesmo não apresentando associação estatisticamente significativa, deve ser considerada para que medidas de prevenção e promoção de saúde dos nutricionistas sejam implementadas.

Considerando dados de uma coorte de 4.154 funcionários públicos britânicos, Kivimaki *et al.*⁹ analisaram de forma seccional e prospectivamente obesidade e transtornos mentais como principais desfechos no período de 1985 (medida de base) a 2004 (usando três medidas de seguimento). No primeiro⁹, analisando-se como desfecho a obesidade tendo como fator de risco o transtorno mental comum, encontrou-se evidência desta associação na última fase comparada às três fases anteriores com OR de 1,33 (IC95% 1,00-1,77), 1,64 (IC95% 1,13-2,36) e 2,01 (IC95% 1,21-3,34) quando ajustados para idade, sexo e IMC e comparados com a primeira medição. No segundo, analisando o desfecho TMC tendo como fator de risco a obesidade, os resultados não demonstraram significância estatística.

Outro estudo de Kivimaki *et al.*²⁸, com a mesma população, no qual se analisou a associação entre TMC e obesidade ao longo do curso de vida adulta, encontrou risco aumentado de obesidade na presença de transtornos mentais comuns tanto para homens (OR 1,31, IC95% 1,08-1,61) como para mulheres (OR 1,30, IC95% 1,02-1,67) na última fase do estudo, sugerindo que esta relação é dependente da idade. Nossa hipótese é a de que os achados significativos, diferentemente dos nossos achados, sejam pelo tipo de desenho de estudo, já que houve um acompanhamento dos indivíduos ao longo do tempo com múltiplas medições tornando mais precisas as tendências longitudinais.

Encontramos resultados semelhantes aos nossos em estudo realizado com funcionários de uma universidade pública do Rio de Janeiro¹⁴ para analisar a associação entre IMC, percepção corporal e transtornos mentais comuns no qual se observou uma tendência de associação (p da tendência = 0,05) entre IMC e TMC para mulheres, mas sem significância estatística quando ajustado por idade, renda,

atividade física recreativa e problemas de saúde autorreferidos (OR 1,26, IC95% 0,93-1,72). A semelhança com os nossos resultados pode estar em estudos com uma população de trabalhadores que prestam serviço para a administração pública e que talvez outros fatores, como condições de trabalho e renda, possam ter influência maior no desenvolvimento do TMC e da obesidade.

Nosso estudo encontrou uma associação negativa para o sobrepeso OR (0,60 IC95% 0,32-1,10) também demonstrada no estudo de Veggi *et al.*¹⁴ para as mulheres (OR 0,97, IC95% 0,75-1,25). Outros estudos²⁹⁻³¹, que encontraram resultados semelhantes, sugerem o fenômeno de “*jollyfat*”, no qual pessoas com excesso de peso apresentam menor risco de desenvolver um transtorno mental ou que parece não influenciar no aparecimento do mesmo. Esta hipótese pressupõe que os alimentos ingeridos por pessoas com excesso de peso inclui o consumo de determinados nutrientes que são úteis na prevenção de sintomas depressivos, tais como os carboidratos que atuam no sistema serotoninérgico e conseqüentemente na melhoria do humor³¹. Crisp and Guinness (1976) encontraram menor nível de ansiedade e depressão em indivíduos obesos e apontaram para o questionamento de se a química da obesidade ou a superalimentação seriam incompatíveis com os transtornos de ansiedade e depressão, bem como, a influência dos fatores genéticos e culturais sobre essa associação. Outro aspecto levantado é se esse fenômeno ocorre no ato imediato de se alimentar ou se seria um efeito a longo prazo da obesidade ou se ambos atuam em conjunto³²⁻³³.

Um aspecto importante a ser destacado em nosso estudo quando comparamos os modelos da análise multivariada é a observação de que, a partir dos modelos 5 e 6, quando acrescentamos as variáveis tipo de vínculo profissional e a renda *per capita em terço*, houve uma diminuição mais acentuada na magnitude, demonstrando que tais variáveis podem ter maior influência sobre esta relação. Esse achado também foi demonstrado no estudo de Veggi *et al.*¹⁴ para as mulheres quando incluída a renda, mas não por Kivimaki *et al.*^{9,28} quando ajustado pelas variáveis socioeconômicas. Essas discrepâncias podem ser devido a diferenças culturais e na estrutura de trabalho e renda entre os trabalhadores do Brasil e da Inglaterra.

Ainda que com resultados controversos, alguns mecanismos têm sido propostos para a relação entre ambas doenças. Os obesos travam uma verdadeira batalha para a perda de peso, sofrem com baixa autoestima pelo estigma social a

que estão sujeitos, especialmente as mulheres, como também são mais sedentários e, por outro lado, o indivíduo com depressão faz uso de drogas psicotrópicas que promovem hiperfagia, são mais sedentários e tendem a comer mais para diminuir a ansiedade³⁴.

A maioria dos estudos analisa a relação entre a depressão e obesidade apresentando discrepâncias nos resultados que podem estar relacionadas às diferenças metodológicas e dos instrumentos utilizados (escalas de transtornos mentais, escalas de depressão e com diferenças no tempo de medição); o desenho dos estudos; a diferença entre as populações que apresentam cultura e hábitos de vida diferentes; critérios de classificação da obesidade (IMC contínuo, categórico em faixas de IMC, decil e percentil); número de indivíduos da amostra ou população, o que dificulta uma análise mais profunda no conhecimento desta relação⁷.

Limitações e pontos fortes deste estudo

A principal limitação do desenho de estudo seccional é não permitir fazer conclusões de temporalidade e natureza causal. Alguns estudos têm demonstrado que a associação pode depender da gravidade da obesidade, portanto, a estratificação da obesidade poderia permitir a análise e discussão dessa relação, mas devido ao tamanho pequeno da população estudada, estratificar os obesos poderia comprometer as análises estatísticas. Além disso, a homogeneidade da população estudada dificulta analisar as diferenças sobre fatores adjacentes tais como sexo, pela ausência de representação do sexo masculino na população, e escolaridade, já que todos os profissionais tinham no mínimo nível superior, considerado de alta escolaridade (>12 anos). Como ponto forte, destacamos que esta é a primeira investigação sobre a saúde física e mental dos nutricionistas que servirá de estímulo para outros estudos.

Perspectivas Futuras

Para melhor avaliação da relação entre o excesso de peso e a doença mental, considerando que esta possui um caráter intermitente e que se desenvolve em episódios, são necessários estudos prospectivos com ondas mais curtas de seguimento, que possibilitarão identificar qual o papel dos agentes etiológicos com

efeito recíproco e as diferenças em relação às variáveis sociodemográficas. É importante o uso de instrumentos padronizados, tanto para avaliação de transtornos psiquiátricos, como para a classificação do excesso de peso, permitindo melhor comparabilidade dos resultados. Considerando a nossa população estudada, também são necessários estudos com trabalhadores do setor da saúde que esclareçam quais os mecanismos relacionados aos fatores laborais que podem influenciar na coexistência dessas doenças.

Conclusões

Os estudos realizados sobre essa relação são controversos e ainda que nossos resultados não confirmem associação significativa entre sobrepeso, obesidade e TMC, sugere que existe uma relação entre os eventos pela magnitude da associação na análise bruta. Destacam-se também as altas prevalências encontradas em conformidade com os inquéritos populacionais nacionais para sobrepeso e obesidade e com pesquisas sobre TMC em profissionais de saúde. Este é o primeiro estudo realizado sobre a saúde dos nutricionistas e que demonstra a necessidade de maiores estudos para que sirvam de subsídios para o estabelecimento de estratégias de prevenção e promoção da saúde desses trabalhadores que fazem parte do grupo de profissionais responsáveis por serem “cuidadores” da saúde da população, porém muitas vezes em detrimento de sua própria saúde levando não só ao adoecimento do profissional, bem como, podendo comprometer a qualidade do atendimento à saúde da população.

Financiamento:

Este estudo foi apoiado pelo CNPq, processo 402430/2010-7.

Referências

1. Organização Pan-Americana da Saúde. Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. 2003. 60p.
2. Organização Mundial da Saúde. Relatório sobre a saúde no mundo: saúde mental nova concepção, Esperança Nova. Geneva. 2001. [Acesso 2012 out 16]; Disponível em: <http://www.who.int/whr/2001/es/index.html>.

3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE. 2010. [Acesso 2012 jun 19]; 88p. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/xml/pof_2008_2009.shtm
4. Fonseca MLG, Guimarães MBL, & Vasconcelos EM. Sofrimento difuso e transtornos mentais comuns: uma revisão bibliográfica. *Revista APS*. 2008; 11(3): 285-294.
5. Atlantis E & Baker M. Obesity effects on depression: systematic review of epidemiological studies. *International Journal Obesity London*. 2008; 32(6): 881-891.
6. Wit L, Luppino F, Straten A V, Penninx B, Zitman F, & Cuijpers P. Depression and obesity: A meta-analysis of community-based studies. *Psychiatry Research*. 2010; 178: 230-235.
7. Baile JI, & González MJ. Comorbilidade psicopatológica em obesidade. *An. Sist. Sanit. Navar*. 2011; 34(2): 253-261.
8. McElroy SL, Kotwal R, Malhotra S, Nelson EB, Keck PE & Nemeroff CB. Are Mood Disorders and Obesity Related? A Review for the mental health professional. *J.Clin Psychiatry*. 2004; 65(4): 634-651.
9. Kivimaki M, Lawlor DA, Singh-Manoux A, Batty GD, Ferrie JE, Shipley MJ et al. Common mental disorder and obesity-insight from four repeat measures over 19 years: prospective Whitehall II cohort study. *British Medical Journal*. 2009; 339:b3765.
10. Needham BL, Epel ES, Adler NE, & Kiefe C. Trajectories of change in obesity and symptoms of depression: The CARDIA study. *American Journal of Public Health*. 2010; 100(6):1040-1046.
11. Pan A, Sun Q, Czernichow S, Kivimaki M, Okereke OI, Manson JE et al. Bidirectional association between depression and obesity in middle-aged and older women. *International Journal of Obesity*. 2011; 36: 595-602.
12. Fowler-Brown AG, Ngo LH, Wee CC. The relationship between symptoms of depression and body weight in younger adults. *Obesity*. 2012; 20(9): 1922-1928.
13. Rombaldi AJ, Silva MC, Gazalle FK, Azevedo MR, Hallal PC. Prevalência e fatores associados a sintomas depressivos em adultos do Sul do Brasil: estudo transversal de base populacional. 2010; 13(4): 620-629.
14. Veggi AB, Lopes CS, Faerstein E, Sichieri R. Índice de massa corporal, percepção do peso corporal e transtornos mentais comuns entre funcionários de uma universidade no Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2004; 26(4): 242-247.
15. Miranda, DEGA, Pereira CHC, Paschoini TB, Quaglio T. O perfil de atuação dos ex-alunos do curso de nutrição de uma universidade do interior paulista. *Revista Investigação*, 2010; 10: 54-59.
16. Bosi MLM. Trabalho e Subjetividade: cargas e sofrimento na prática da nutrição social. *Revista de Nutrição*, 2000; 13(2): 107-115.
17. Prado SD & Abreu MSD. Nutricionista onde trabalha? Quais suas condições de trabalho?. *Revista de Nutrição PUCCAMP*. 1991; 4(1/2): 65-92.

18. Ansaloni JA. Situação de Trabalho dos Nutricionistas em Empresas de Refeições Coletivas de Minas Gerais: Trabalho Técnico, Supervisão ou Gerência?. *Revista de Nutrição*, 1999; 12(3): 241-260.
19. Gambardella AM, Ferreira CF, Frutuoso, MFP. Situação Profissional de Egressos de um Curso de Nutrição. *Revista de Nutrição*. 2000;13(1):37-40.
20. Conselho Federal de Nutricionistas. Inserção Profissional dos Nutricionistas no Brasil. 2006. [Acesso 2012 out 16]; 88p. Disponível em: <http://www.cfn.org.br/eficiente/repositorio/Cartilhas/59.pdf>.
21. Rodrigues KM, Peres F, Waissmann, W. Condições de trabalho e perfil profissional dos nutricionistas egressos da Universidade Federal de Ouro Preto, Minas Gerais, entre 1994 e 2001. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2007; 12 (4):1.021-1.031.
22. Akutsu RC. Brazilian dieticians: professional and demographic profiles. *Revista de Nutrição*. 2008; 21(1):7-19.
23. WHO. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of WHO Consultation on Obesity. World Health Organization. Geneva, 1998.
24. Goldberg DP & Blackwell B. Psychiatric Illness in General Practice. A detailed study using a new method of case identification. *British Medical Journal*. 1970; 2: 439-443.
25. Mari JJ & Williams P. A comparison of the validity of two psychiatric screening questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in Brazil, using relative operating characteristic (ROC) analysis. *Psychological Medicine*. 1985; 15:651-659.
26. Mari JJ & Williams P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *Br J Psychiatry* 1986; 148: 23-26.
27. R Development Core Team (2012). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. ISBN 3-900051-07-0, URL <http://www.R-project.org/>.
28. Kivimaki M, Batty GD, Singh-Manoux A, Nabi H, Sabia S, Tabak AG et al. Association between common mental disorder and obesity over the adult lifecourse. *British Journal Psychiatric*. 2009; 195(2):149-155.
29. Bruffaerts R, Demyttenaere K, Vilagut G, Martinez M, Bonnewyn A, Graaf RD et al. The relation between body mass index, mental health and functional disability: A European population perspective. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2008; 53(10): 679-688.
30. Kim JY, Hye MC, Cho JJ, Yoo SH, Kim SY. Relationship between obesity and depression in the Korean working population. *Journal Korean Med*. 2010; 25: 1560-1567.
31. Sunwoo YK, Bae JN, Hahm BJ, Lee DW, Park JI, Cho SJ et al. Relationships of mental disorders and weight status in the Korean Adult Population. *Journal Korean Med*. 2011; 26: 108-115.
32. Crisp AH, McGuinness B. Jolly fat: relation between obesity and psychoneurosis in general population. *Br Med J*. 1976; 1:7-9

33. Crisp AH, Queenan M, Sittampaln Y, Harris G. Jolly fat: revisited. *J Psychosom Res.* 1980; 24:233-241.
34. Ross C. Overweight and depression. *Journal of Health and Social Behavior.* 1994; 35 (march):63-78.

Tabela 1

Características sócio-demográficas de nutricionistas de hospitais da rede municipal de saúde. Rio de Janeiro, Brasil 2011/2012.

Variáveis	n	Frequência		IC 95%
		n	%	
Idade (faixa etária)	289			
20 a 30 anos		52	18,0	13,74 – 22,92
31 a 40 anos		81	28,0	22,9 - 33,59
41 a 50 anos		98	33,9	28,47 - 39,69
51 a 69 anos		58	20,1	15,60 - 25,16
Sexo	289			
Masculino		08	2,8	1,2 – 5,38
Feminino		281	97,2	94,61 – 98,79
Escolaridade	289			
Universitário		149	51,6	45,62 – 57,45
Pós-graduação lato senso		127	43,9	38,13 – 49,87
Pós-graduação stricto senso		13	4,5	24,16 – 75,69
Renda Familiar PC	280			
≤ R\$ 1.544,30		106	37,9	32,15 - 43,82
>R\$1.544,30 e < R\$2.271,00		65	23,2	18,39 - 28,60
≥ R\$ 2.271,00		109	38,9	33,18 - 44,91
Situação Conjugal	287			
Solteiro/viúvo/separado		137	47,7	41,83 – 53,68
Casado		150	52,3	46,31 – 58,17
Filhos	286			
Sim		156	54,5	39,58 – 51,42
Não		130	45,5	48,57 – 60,41
Cor	289			
Parda/Negra/Outras		84	29,1	23,89 – 34,67
Branca		205	70,9	65,32 – 76,10

Tabela 2

Características laborativas e de saúde dos nutricionistas de hospitais da rede municipal de saúde. Rio de Janeiro, Brasil 2011/2012.

Variáveis	n	Frequência		IC 95%
		n	%	
Anos Trabalho como Nutricionista	288			
≤ 12,7 anos		96	33,3	27,91 - 39,10
> 12,7 e < 20,9 anos		90	31,2	25,94 - 36,95
≥ 21 anos		102	35,4	29,89 - 41,24
Tipo vínculo principal	289			
Estatutário		188	65,1	59,24 – 70,54
CLT		101	34,9	29,45 – 40,75
Regime de Trabalho	288			
Diarista		68	23,6	18,82 – 28,94
Plantonista		220	76,4	71,05 – 81,17
Outro vínculo trabalho	289			
Sim		94	32,5	61,74 – 72,84
Não		195	67,5	27,15 – 38,26
Locais trabalho na nutrição	289			
1 local		177	61,2	55,36 – 66,89
2 ou + locais		112	38,8	33,1 – 44,63
Atividade Física	284			
Insuficientemente ativo		206	72,5	66,58 – 77,31
Suficientemente ativo		78	27,5	21,7 – 32,31
Co-morbidades *	289			
Ausência		214	74,0	68,59 – 79,0
Presença		75	26,0	20,1 – 31,1
Transtornos Mentais Comuns	284			
Ausência		177	62,3	56,61 – 68,20
Presença		107	37,7	32,13 – 43,74
Estado Nutricional	288			
Eutrofia		151	52,4	46,48 – 58,32
Sobrepeso		93	32,3	11,32 – 19,96
Obesidade		44	15,3	26,92 – 38,02

*Hipercolesterolemia, diabetes, lesão por esforço repetitivo (LER) e hipertensão arterial sistêmica (HAS).

Tabela 3

Análise Bivariada. Variável desfecho, variável de exposição e as co-variáveis que apresentaram significância estatística na análise bivariada ($p < 0,20$)*.

Variáveis	n	Eutrofia		Sobrepeso		Obesidade		p valor
		n	%	n	%	n	%	
Transtornos mentais comuns	283							0.25
Ausência		90	51,1	63	35,8	23	13,1	
Presença		59	55,1	29	27,1	19	17,8	
Co-morbidades	288							0.13
Ausência		119	55,9	63	29,6	31	14,6	
Presença		32	42,7	30	40,0	13	17,3	
Idade	288							0.11
≤ 37 anos		56	57,7	28	28,9	13	13,4	
37,1 a 47 anos		52	57,8	23	25,6	15	16,7	
≥ 47 anos		43	42,6	42	41,6	16	15,8	
Anos trabalho nutricionista	287							0.08
≤ 12,7 anos		56	58,9	28	29,5	11	11,6	
12,8 a 20,9 anos		52	57,8	23	25,6	15	16,7	
≥ 21 anos		43	42,2	42	41,2	17	16,7	
Outro vínculo	288							0.02
Não		101	52,1	56	28,9	37	19,1	
Sim		50	53,2	37	39,4	07	7,4	
Tipo de vínculo	288							0.14
Estatutário		102	54,3	63	33,5	23	12,2	
CLT		49	49,0	30	30,0	21	21,0	
Renda per capita	279							0.008
Até R\$ 1.544,30		45	42,5	37	34,9	24	22,6	
R\$ 1.544,31 a R\$ 2.271,00		34	52,3	22	33,8	09	13,8	
Acima de R\$ 2.271,00		67	62,0	34	31,5	07	6,5	
Cor	288							0.14
Negra/Parda		40	47,6	34	40,5	10	11,9	
Branca		111	54,4	59	28,9	34	16,7	

*Bivariada: teste χ^2 e teste exato de fisher ($n < 5$) e ANOVA para variáveis contínuas.

Tabela 4

Análise Multivariada. Modelos de regressão logística multinomial para Estado Nutricional. Nutricionistas de hospitais da rede municipal de saúde. Rio de Janeiro, Brasil, 2011/2012.

Modelos	n= 266	TMC	p valor
		OR ajustado (IC95%)	
Modelo 1 *			
Sobrepeso	0.67	0,38 – 1,18	0.17
Obesidade	1.32	0,64 – 2,72	0.44
Modelo 2 *			
Sobrepeso	0.67	0,37 – 1,20	0.17
Obesidade	1.33	0,64 – 2,74	0.43
Modelo 3 *			
Sobrepeso	0.68	0,38 – 1,25	0.19
Obesidade	1.25	0,60 – 2,60	0.54
Modelo 4 *			
Sobrepeso	0.67	0,37 – 1,20	0.17
Obesidade	1.30	0,62 – 2,72	0.48
Modelo 5 *			
Sobrepeso	0.64	0,36 – 1,17	0.14
Obesidade	1.19	0,56 – 2,53	0.65
Modelo 6 *			
Sobrepeso	0.60	0,33 – 1,09	0.09
Obesidade	1.08	0,49 – 2,35	0.84
Modelo 7 *			
Sobrepeso	0.60	0,32 – 1,10	0.09
Obesidade	1.09	0,50 – 2,37	0.83

- **Categoria de referência:** eutrofia

***Modelo 1** :Estado nutricional + TMC (binária)+ morbidades(binária).

****Modelo 2** :Estado nutricional + TMC (binária)+ morbidades(binária)+idade (contínua).

*****Modelo 3** :Estado nutricional + TMC (binária)+ morbidades(binária)+ idade (contínua)+anos de trabalho nutricionista (contínua).

******Modelo 4** :Estado nutricional + TMC (binária)+ morbidades(binária)+ idade (contínua)+anos de trabalho nutricionista (contínua) + outro vínculo profissional(binária).

*******Modelo 5** :Estado nutricional + TMC (binária)+ morbidades(binária)+ idade (contínua)+anos de trabalho nutricionista (contínua) + outro vínculo profissional(binária) + tipo do vínculo principal (CLT ou estatutária).

*******Modelo 6** :Estado nutricional + TMC (binária)+ morbidades(binária)+ idade (contínua)+anos de trabalho nutricionista (contínua) + outro vínculo profissional(binária) + tipo do vínculo principal (CLT ou estatutária) + terço de renda per capita (3 categorias).

*******Modelo 7** :Estado nutricional + TMC (binária)+ morbidades(binária)+ idade (contínua)+anos de trabalho nutricionista (contínua) + outro vínculo profissional(binária) + tipo do vínculo principal (CLT ou estatutária) + terço de renda per capita (3 categorias) + cor.

- $p < 0,05$

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A trajetória desses dois anos de mestrado me trouxe grande conhecimento na área de pesquisa e especialmente na área de epidemiologia. Era um conhecimento distante para mim e que se tornou bem mais próximo e apaixonante. Além disso, estudar a saúde do nutricionista, categoria na qual estou inserida, me trouxe grande satisfação, por contribuir com informações que podem subsidiar melhorias nas condições de vida e de saúde desses profissionais.

A coleta de dados me demonstrou a importância de um trabalho padronizado, com critérios bem definidos seguindo os protocolos estabelecidos pela metodologia e especialmente de uma equipe de pesquisa incansável e determinada a atingir seus objetivos sabendo que a fonte da pesquisa deve ser tratada com muita seriedade.

Participar da coleta de dados, além de proporcionar a interação completa no contexto da pesquisa, me permitiu conhecer um pouco da realidade dos nutricionistas que atuam nos hospitais, me trazendo muitas reflexões sobre a minha prática profissional e um olhar diferente para as questões de trabalho que podem afetar a saúde dos mesmos, já que a minha experiência no campo profissional foi sempre voltada para a área de alimentação coletiva inserida no mundo corporativo, ambiente muito diferente da saúde hospitalar.

Com base nas referências bibliográficas pesquisadas, vale ressaltar as altas prevalências de sobrepeso e obesidade na população geral, assim como a grande preocupação com a doença mental que emerge de forma alarmante no mundo inteiro e que ainda é negligenciada pela saúde pública.

A relação entre excesso de peso e os transtornos mentais, apesar de ainda não estar bem esclarecida, é evidente nos estudos realizados até o momento e aponta para a necessidade de maior atenção para esta temática para que possam ser estabelecidas estratégias de prevenção e tratamento de ambos os eventos.

Diante dos resultados inconclusivos sobre a direção da associação, do desconhecimento da causalidade em ambas direções, bem como da influência que os fatores socioeconômicos, laborais e de vida exercem sobre esta relação, se torna necessário que maiores estudos sejam realizados, especialmente os longitudinais, com ondas mais curtas de seguimento, podendo identificar as incidências das doenças e estabelecer uma relação causal.

Considerando a população estudada, destacam-se as altas prevalências de excesso de peso e transtornos mentais, assim como a associação entre eles, considerando que os obesos tinham mais chances de terem TMC.

Os resultados demonstram que esses indivíduos estão adoecendo e que, sendo profissionais da área de saúde, são responsáveis por serem cuidadores da saúde da população, porém muitas vezes em detrimento de sua própria saúde.

Este é o primeiro estudo sobre a saúde física e mental dos nutricionistas e espero que sirva de estímulo para outros estudos que possam subsidiar o desenvolvimento de estratégias de prevenção e promoção da saúde desses profissionais, bem como de novas conquistas para a categoria.

REFERÊNCIAS

- AKUTSU, Rita de Cássia. Brazilian dieticians: professional and demographic profiles. *Revista de Nutrição*, v. 21, n. 1, p.7-19, 2008;
- ALMEIDA VCF, et al. Análise antropométrica de trabalhadores de saúde: uma alternativa para predizer riscos para enfermidades crônicas. *Rev. RENE*. Fortaleza, v. 7, n. 2, p. 39-47, mai./ago.2006
- ALVES E; ROSSI CE; e VASCONCELOS FAG. Nutricionistas egressos da Universidade Federal de Santa Catarina: áreas de atuação, distribuição geográfica, índices de pós-graduação e de filiação aos órgãos de classe. *Rev Nutr*. v. 16, n. 3, p. 295-304, 2003.
- ANJOS, Luiz A. Índice de massa corporal (massa corporal.estatura-2) como indicador do estado nutricional de adultos: revisão da literatura. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, v. 26, n. 6, p. 431-436,1992.
- ANSALONI, J. A. Situação de Trabalho dos Nutricionistas em Empresas de Refeições Coletivas de Minas Gerais: Trabalho Técnico, Supervisão ou Gerência. *Revista de Nutrição*, v. 12, n. 3, p. 241-260, 1999..
- ANSELMI Luciana, et al. Prevalência e determinantes precoces dos transtornos mentais comuns na coorte de nascimentos de 1982, Pelotas, RS. *Rev Saúde Pública* v. 42, supl. 2, p. 26-33, 2008.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO. *Histórico do nutricionista no Brasil – 1939 a 1989*: coletânea de depoimentos e documentos. São Paulo: Atheneu; 1991.
- ATLANTIS E, BAKER M. Obesity effects on depression: systematic review of epidemiological studies. *International Journal of Obesity*, London, v. 32, n. 6, p. 881-891, 2008.
- BAILE JI, GONZÁLEZ MJ. Comorbilidade psicopatológica em obesidade. *An. Sist. Sanit. Navar*. v. 34, n. 2, p. 253-261, 2011.
- BANDEIRA, Marina; FREITAS, Lucas Cordeiro; e FILHO, João Gualberto Teixeira de Carvalho. Avaliação da ocorrência de transtornos mentais comuns em usuários do Programa de Saúde da Família. *J Bras Psiquiatr*, v. 56, n. 1, p. 41-47, 2007.
- BATISTA FILHO, M; e RISIN, AA. Transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, sup. 1, p. S181-S191, 2003.

BAUMGARTNER, R. N.; HEYMSFIELD, S. B.; ROCHE, A. F. Human body composition and the epidemiology of chronic disease. *Obes Res.* v. 3, n. 1, p. 73-95, jan. 1995.

BHUGRA, D. Unemployment, poverty and homelessness. In: BHUGRA, D.; LEFF, J. (ed.). *Principles of Social Psychiatry*. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1993. p. 355-382

BOCLIN, K. L. S; BLANK, N. Prevalência de sobrepeso e obesidade em trabalhadores de cozinhas dos hospitais públicos estaduais da Grande Florianópolis, Santa Catarina. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 35, n.121, p. 124-130, 2010.

BOSI, M. L. M. Trabalho e Subjetividade: cargas e sofrimento na prática da nutrição social. *Revista de Nutrição*, Campinas, p. 107-115, 2000.

BOTTI, Nadja Cristiane Lappann et al. Avaliação da ocorrência de transtornos mentais comuns entre a população de rua de Belo Horizonte. *Barbarói*. Santa Cruz do Sul, n. 33, ago./dez. 2010.

BRAGA, Ludmila Candida de; CARVALHO, Lidia Raquel de; BINDER, Maria Cecília Pereira. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, supl. 1, p. 1585-1596, 2010.

BRASIL. LEI Nº 8.234, DE 17 DE SETEMBRO DE 1.991 (DOU 18/09/1991). Regulamenta a profissão de nutricionista e determina outras providências.

_____. Ministério da Saúde. VIGITEL. *Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico*. 2008-2010.

BRUFFAERTS, Ronny et al. The Relation Between Body Mass Index, Mental Health, and Functional Disability: A European Population Perspective. *The Canadian Journal of Psychiatry*, v. 53, n. 10, out. 2008.

CABANA, Maria Cristina F. de Lima et al. Transtornos mentais comuns em médicos e seu cotidiano de trabalho. *J Bras Psiquiatr*, v. 56, n. 1, p. 33-40, 2007.

CARPINIELLO, Bernardo et al. Obesity and psychopathology. A study of psychiatric comorbidity among patients attending a specialist obesity unit. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*. v. 18, n. 02; p 119-127, jun. 2009.

COELHO; Fábio Monteiro da Cunha, et al. Common mental disorders and chronic non-communicable diseases in adults: a population-based study. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 59-67, jan. 2009.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. *Inserção Profissional dos Nutricionistas no Brasil*. 2006. Disponível em: <<http://www.cfn.org.br/eficiente/repositorio/Cartilhas/59.pdf>>. Acesso em 10 out. 2012

COSTA AG; LUDERMIR, A. B. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 73-79, jan/fev 2005.

COSTA, N.M.S.C. Eventos sobre a formação do Nutricionista no Brasil. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 12, n. 1, p. 5-19, jan/abr 1999.

DILÉLIO, Alitéia Santiago et al. Prevalência de transtornos psiquiátricos menores em trabalhadores da atenção primária à saúde das regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 503-514, mar. 2012.

EUA. Department of Health and Human Services. The Surgeon General's call to action to prevent and decrease overweight and obesity. [Rockville, MD]: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Office of the Surgeon General; 2001. Disponível em: <<http://www.surgeongeneral.gov/library/>>. Acesso em: 10 out. 2012.

FAERSTEIN, E. et al. Pré-testes de um questionário multidimensional autopreenchível: A experiência do Estudo Pró-Saúde. *Physis*, v. 9, p. 117-130, 1999.

FARIAS, Mônica Dantas; ARAÚJO, Tânia Maria de. Transtornos mentais comuns entre trabalhadores da zona urbana de Feira de Santana-BA. *Rev. bras. Saúde ocup.*, São Paulo, v. 36, n. 123, p. 25-39, 2011.

FIOROTTI Cecilia; TOMAZELLI, Jeane; MALAGRIS, Lucia. Transtornos mentais comuns em pacientes hipertensos: estudo em unidade de atenção primária à saúde no Rio de Janeiro. *Rev. APS*, v. 12, n. 3, p. 318-327, jul./set. 2009.

FONSECA M. L. G.; GUIMARÃES M. B. L.; VASCONCELOS E. M. Sofrimento difuso e transtornos mentais comuns: uma revisão bibliográfica. *Revista APS*. v. 11, n. 3, p. 285-294, 2008.

FONSECA, M. J. M. et al. Associações entre escolaridade, renda e Índice de Massa Corporal em funcionários de uma Universidade no Rio de Janeiro, Brasil: *Estudo Pró Saúde*, Rio de Janeiro, 2006.

FORTES, S. F.; VILLANO, L. A.; LOPES, C. S. Perfil nosológico e prevalência de transtornos mentais comuns em pacientes atendidos em unidades do Programa de Saúde da Família (PSF) em Petrópolis, Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 30, n. 1, p. 32-37, 2008.

FORTES, Sandra et al. Common mental disorders in Petrópolis-RJ: a challenge to integrate mental health into primary care strategies. *Revista Brasileira de Psiquiatria* v. 33, n. 2, p. 150-156, jun. 2011.

FOWLER-BROWN AG; NGO L. H.; WEE, C. C. The relationship between symptoms of depression and body weight in younger adults. *Obesity*. v. 20, n. 9, p.1922-1928, 2012.

FRANCISCHI, R.P et al. Obesidade: atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. *Rev. Nutr.*, Campinas, v. 13, n. 1, p. 17-28, jan./abr. 2000.

GAMBARDELLA, A. M.; FERREIRA, C. F.; FRUTUOSO, M. F. P. Situação Profissional de Egressos de um Curso de Nutrição. *Revista de Nutrição*, v. 13, n. 1, p. 37-40, 2000.

GAMPERIENE, Migele et al. The impact of psychosocial and organizational working conditions on the mental health of female cleaning personnel in Norway. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology* v. 1, p. 24, 2006,.

GARCIA, L. P.; HÖFELMANN, D. A.; FACCHINI, L. A. Auto-avaliação de saúde e condições de trabalho entre trabalhadores de centros de atenção primária à saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 971-980, maio 2010.

GARIEPY, G. et al. The Longitudinal Association From Obesity to Depression: Results From the 12-year National Population Health Survey. *Obesity*, v. 18, n. 5; maio 2010.

GASPARINI, Sandra Maria; BARRETO, Sandhi Maria; ASSUNÇÃO, Ada Ávila. Prevalência de transtornos mentais comuns em professores da rede municipal de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12), p. 2679-2691, dez. 2006.

GAYSINA, D. et al. Symptoms of depression and anxiety, and change in body mass index from adolescence to adulthood: results from a British birth cohort. *Psychol Med*. v. 41, n.1, p.175–184, jan. 2011.

GODIN, Isabelle et al. A prospective study of cumulative job stress in relation to mental Health. *BMC Public Health*, v. 5, p. 67, 2005.

GOLDBERG, D. P.; BLACKWELL, B. Psychiatric illness in general practice. A detailed study using a new method of case identification. *BMJ*, v. 1, p. 439-443, 1970.

_____. *The Detection of Psychiatric Illness by Questionnaire*. 21. London: Oxford University Press, 1972.

GOLDBERG, D. P.; WILLIAMS, P. *The User's Guide to the General Health Questionnaire*. Windsor: Nfer-Nelson, 1988.

GOLDBERG, D. P.; HUXLEY, P. *Common Mental Disorders. A Bio-Social Model*. London: Routledge, 1992.

GOUVEIA, V. V.; et al. A Utilização do QSG-12 na população geral: estudo de sua validade de construto. *Psic. Teor. Pesq*, v. 19, p. 241-248, 2003.

HAMER, Mark; BATTY, G. David; e KIVIMAKI, Mika. Risk of future depression in people who are obese but metabolically healthy: The English Longitudinal Study of Ageing. *Mol Psychiatry*. 2012 September ; 17(9): 940–945.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil*. Rio de Janeiro: IBGE. 2010. 88 p. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/xml/pof_2008_2009.shtm>. Acesso em: 12 jun. 2012.

JANSEN, Karen et al. Transtornos mentais comuns e qualidade de vida em jovens: uma amostra populacional de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 440-448, mar. 2011.

KAC, G.; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, G. A transição nutricional e a epidemiologia da obesidade na América Latina. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro; v. 10, sup.1, p. S4-S5, 2003.

KAC, Gilberto et al. Fatores relacionados à prevalência de morbidades psiquiátricas menores em mulheres selecionadas em um Centro de Saúde no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 999-1007, maio 2006.

KELLY, Shona J. et al. Mental ill-health across the continuum of body mass index. *BMC Public Health* v. 11, p. 765, 2011,.

KIM, Ji-Yong et al. Relationship between Obesity and Depression in the Korean Working Population. *J Korean Med Sci*, v. 25, p. 1560-1567, 2010.

KIRCHHOF, Ana Lúcia Cardoso, et al. Condições de trabalho e características sociodemográficas relacionadas à presença de distúrbios psíquicos menores em trabalhadores de enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 215-223, abr/jun 2009.

KIVIMAKI, M. et al. Association between common mental disorder and obesity over the adult lifecourse. *British Journal Psychiatric.*, v.195, n. 2, p. 149-155, 2009a.

_____. Common mental disorder and obesity-insight from four repeat measures over 19 years: prospective Whitehall II cohort study. *British Medical Journal*. V. 339, p. b3765, 2009b

L'ABBATE, S. As políticas de alimentação e nutrição no Brasil: I. Período de 1940 a 1964. *Revista de Nutrição da PUCCAMP*, Campinas, v.1, n.2, p. 87-138, 1988.

LEVY-COSTA et al. Disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil: distribuição e evolução (1974-2003). *Revista de Saúde Pública*, v. 39, n. 4, p. 530-540, 2005.

LIMA, Maria Cristina Pereira et al. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos: impacto das condições socioeconômicas. *Rev Saúde Pública*, v. 42(, n. 4, p. 717-723, 2008.

LOHMAN, T. G; ROCHE, A. F.; MARTORELL, R. *Anthropometric standarization reference manual*. Illinois: Human Kinetics Books; 1988.

LOPES, Claudia S.; FAERSTEIN, Eduardo; e CHOR, Dora. Eventos de vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns: resultados do Estudo Pró-Saúde. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p.1713-1720, nov/dez 2003.

LURDEMIR, A. B.; FILHO, A. A. M. Living conditions and occupational organization associated with common mental disorders [in Portuguese]. *Revista de Saúde Pública*; v. 36, n. 2, p. 213-221, 2002.

LURDEMIR, AB. Desigualdades de Classe e Gênero e Saúde mental nas cidades. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 451-467, 2008.

MARAGNO, Luciana et al. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p.1639-1648, ago. 2006.

MARCHIONI, D. M. L.; ZACCARELLI, E. M. Transição Nutricional. *Higiene Alimentar* v. 16, n. 96, p.16-22, maio 2002.

MARI, J. J.; WILLIAMS, P. A comparison of the validity of two psychiatric screening questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in Brazil, using Relative Operating Characteristic (ROC) analysis. *Psychological Medicine*, v. 15, n. 651-659, 1985.

MARÍN-LEÓN, Leticia et al. Social inequality and common mental disorders. *Rev Bras Psiquiatr.*, v. 29, n. 3, p. 250-253, sep. 2007.

MARTINS, Lilian Cristina Xavier; KUHN, Leandro. Prevalência de transtornos mentais comuns em jovens brasileiros recém-incorporados ao serviço militar obrigatório e fatores associados. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 4, 2012.

MAURÍCIO, H. V. Evolução da nutrição e do seu ensino no Brasil. *Arquivos Brasileiros de Nutrição*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p.117-134, 1964.

MCCREA, R. L.; BERGER, Y. G.; KING, M. B. Body mass index and common mental disorders: exploring the shape of the association and its moderation by age, gender and education. *International Journal of Obesity*, v. 36, p. 414–421, 2012

MCELROY, S. L. et al. Are Mood Disorders and Obesity Related? A Review for the mental health professional. *J.Clin Psychiatry.*, v. 65, n. 4, p.634-651, 2004.

MELLO, A. L. et al. Perfil do nutricionista do programa nacional de alimentação escolar na região Nordeste do Brasil. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 25, n. 1, 2012.

MIRANDA, D. E. G. A.; PEREIRA, C. H. C.; PASCHOINI, T. Q. O perfil de atuação dos ex-alunos do curso de nutrição de uma universidade do interior paulista. *Revista Investigação*, Franca, v.10, p. 54-59, 2010.

MONTEIRO, C. A.; CONDE W. L. *A Tendência Secular da Obesidade segundo Estratos Sociais: Nordeste e Sudeste do Brasil, 1975-1989-1997*. *Arq Bras Endocrinol Metab*, São Paulo, v. 43, n. 3, jun. 1999.

MOREIRA, Juliana Kelly Pinto; et al. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em uma população assistida por equipes do Programa Saúde da Família. *J Bras Psiquiatr.*, v. 60, n. 3, p. 221-6, 2011.

MURCHO, Nuno et al. A problemática dos transtornos mentais comuns em enfermeiros cuidadores de doentes crônicos: uma revisão sistemática de estudos brasileiros e portugueses. *Revista Amazônica*, ano 5, v. IX, n. 2, p. 27-43, 2012.

MURRAY C; LOPEZ, A. *The Global Burden of Disease*. Boston: Harvard School of Public Health; 1996.

NASCIMENTO, L. C.; MENDES, I. J. M. Perfil de saúde dos trabalhadores de um Centro de Saúde-Escola. *Rev Latino-Am Enfermagem*, v. 10, n. 4, p. 502-508, jul/ago 2002.

NASCIMENTO SOBRINHO, Carlito Lopes et al. Condições de trabalho e saúde dos médicos em Salvador, Brasil. *Rev assoc med Brás*, v. 52, n. 2, p. 97-102, 2006.

NEEDHAM, B. L. et al. Trajectories of change in obesity and symptoms of depression: The CARDIA study. *American Journal of Public Health*. v. 100, n. 6, p. 1040-1046, 2010.

ONYIKE, Chiadi U., et al. Is Obesity Associated with Major Depression? Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Am J Epidemiol*, v. 158, p. 1139–1147, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Physical Status: The use and interpretation of anthropometry. *WHO Technical Report Series*, Geneva, n. 854, 1995.

_____. Obesity: preventing and managing the global epidemic. *Report of a WHO Consultation on Obesity*. Geneva: World Health Organization; 1998.

_____. Obesity: preventing and managing global epidemic. *WHO Technical Report Series*, Geneva, n. 894, 2000.

_____. *Relatório sobre a saúde no mundo: saúde mental nova concepção*, Esperança Nova. Geneva. 2001. Disponível em: <<http://www.who.int/whr/2001/es/index.html>>. Acesso em: 16 out. 2012.

_____. *The world health report*. Reducing risks, promoting healthy life. Geneva: World Health Organization; 2002.

_____. Obesity: *WHO FS 311* (Fact sheet), 2008a. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>>.

_____. Global Health Observatory (GHO), 2008b. Disponível em <http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/bmi_text/en/index.html>.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. *Doenças Crônicas-Degenerativas. Estratégia Mundial sobre Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde*. Organização Pan-Americana de Saúde. Brasília, 2003. 60p.

PAFFER, Adriana Toledo de et al. Prevalence of common mental disorders in mothers in the semiarid region of Alagoas and its relationship with nutritional status. *Sao Paulo Med J.*, v. 130, n. 2, p. 84-91, 2012;.

PAN, A et al. Bidirectional association between depression and obesity in middle-aged and older women. *International Journal of Obesity.* v. 36, p.595-602, 2011.

PAPPELBAUM M. et al. Impact of body mass index on the psychopathological profile of obese women. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 32, n. 1, mar. 2010.

PATEL, V.; KLEINMAN, A. Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, v. 81, p. 609-615, 2003.

PEREIRA, Rosângela Alves; ANDRADE, Roseli Gomes de; e SICHIERI, Rosely. Mudanças no consumo alimentar de mulheres no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 1995-2005. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(11):2419-2432, nov, 2009

PINHO, Paloma de Sousa; e ARAÚJO, Tânia Maria de. Trabalho de enfermagem em uma unidade de emergência hospitalar e transtornos mentais. *R Enferm UERJ*, Rio de Janeiro, v.15, n. 3, p. 329-336, jul/set. 2007.

PRADO, S. D.; ABREU, M. S. Nutricionista: onde trabalha? Quais suas condições de trabalho? *Revista de Nutrição da Puccamp*, Campinas, v.4, n.1/2, p.65-92, 1991.

R DEVELOPMENT CORE TEAM. R A language and environment for statistical computing. Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. Disponível em: <<http://www.R-project.org/>>. Acesso em: 10 jun. 2012.

ROBERTS, Robert E. et al. Are the Obese at Greater Risk for Depression? *Am J Epidemio*, v. 152, n. 2, 2000.

ROCHA, Saulo Vasconcelos et al. Prevalência de transtornos mentais comuns entre residentes em áreas urbanas de Feira de Santana, Bahia. *Rev Bras Epidemiol*, v. 13, n. 4, p. 630-40, 2010.

ROMBALDI, A. J. et al. Prevalência e fatores associados a sintomas depressivos em adultos do Sul do Brasil: estudo transversal de base populacional. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 13, n. 4, p. 620-629, 2010.

ROSS, C. Overweight and depression. *Journal of Health and Social Behavior*, v. 35, p. 63-78, mar.1994.

SÃO PAULO, Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação - CEInfo. Transtornos Mentais Comuns. Tabagismo. Consumo de Bebida Alcoólica. *Boletim ISA - Capital 2008*, São Paulo, n. 5, 2011.

SCOTT, Kate M. et al. Obesity and mental disorders in the adult general population. *Journal of Psychosomatic Research*, v. 64, p.97-105, 2008;.

SICHIERI, R.; NASCIMENTO, S. The burden of hospitalization due to overweight and obesity in Brasil. *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 1721-1727, jul. 2007.

SILVA Andréa Tenório Correia da; MENEZES Paulo Rossi. Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde. *Rev Saúde Pública*, v. 42, n. 5, p. 921-929, 2008;.

SILVA JLL. Estresse e transtornos mentais comuns em trabalhadores de enfermagem. *Rev. Eletr. Enf.*, v. 10, n. 4, p. 1174-1175, 2008.

SILVA, Jorge Luiz Lima da et al. Tensão no trabalho e a prevalência de transtornos mentais comuns entre trabalhadores de enfermagem. *Rev enferm UFPE.*, v. 5, n. 1, p. 1-9, jan/fev 2011.

SILVA, Marcelo Cozzensa da; FASSA, Anaclaudia Gastal; KRIEBEL, David. Minor psychiatric disorders among Brazilian ragpickers: a cross-sectional study. *Environmental Health: A Global Access Science Source*, v. 5, p. 17, 2006,.

SILVA, M. L. T. et al. Nutritional recommendation alone does not change the obesity profile of health professionals. *Nutrición Hospitalaria*, v. 23, n. 5, p. 429-432, 2008.

SIMON, G. E. et al. Association Between Obesity and Psychiatric Disorders in the US Adult Population. *Arch Gen Psychiatry*. ; v. 63, n. 7, p.824–830 Jul. 2006.

SOUSA, R. M. R. et al. Prevalência de sobrepeso e obesidade entre funcionários plantonistas de unidades de saúde, Piauí. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 20, n. 5, p. 473-482, set/out 2007.

SOUZA, E. B. Transição nutricional no Brasil: Análise dos principais fatores. *Cadernos UNIFOA*; edição nº 13; ago. 2010.

SOUZA, Magda Nascimento Medeiros de et al. Trabalho e saúde dos profissionais de enfermagem de um hospital especializado de Feira de Santana, Bahia. *Revista Baiana de Saúde Pública*. v. 35, supl.1, p. 38-54, jan/jun 2011.

SOUZA, Suerda Fortaleza de et al. Fatores psicossociais do trabalho e transtornos mentais comuns em eletricitários. *Rev Saúde Pública*, v. 44, n. 4, p. 710-717, 2010.

_____. Desequilíbrio esforço-recompensa no trabalho e transtornos mentais comuns em eletricistas de alta tensão. *Revista Baiana de Saúde Pública*. v. 35, n.1, p.83-95 jan/mar 2011.

STANFELD, S. A.; MARMOT, M. G., Social class and minor psychiatric morbidity. A validated screening survey using the General Health Questionnaire in British civil servants. *Psychological Medicine*, v. 22, p. 739-749, 1992.

TUCKER, Larry A; EARL, Ann Bahr. Emotional Health and Weight Gain: A Prospective Study of Midlife Women. *American Journal of Health Promotion*, v. 25, n. 1, Sep/Oct 2010.

VASCONCELOS, F.A.G. O nutricionista no Brasil: uma análise histórica. *Revista de Nutrição*, V.15, n. 2, p. 127-38, 2002.

_____. Profissão Nutricionista: 70 anos de história no Brasil. *Revista de Nutrição*. V. 24, n. 4, p. 605-617, 2011.

VEGGI, A. B. et al. Índice de massa corporal, percepção do peso corporal e transtornos mentais comuns entre funcionários de uma universidade no Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 26, n. 4, p. 242-247, 2004.

VERDOLIN, Louise Deluiz et al. Comparação entre a prevalência de transtornos mentais em pacientes obesos e com sobrepeso. *Scientia Medica*, Porto Alegre, v. 22, n. 1, p. 25-31, 2012.

WIT, L. et al. Depression and obesity: A meta-analysis of community-based studies. *Psychiatry Research*, v. 178, p. 230-235, 2010.

ZHAO G; et al. Depression and anxiety among US adults: associations with body mass index. *International Journal of Obesity*, v. 33, n. 2, p. 257-266, 2009.

ZHONG, Wenjun et al. Obesity and Depression Symptoms in the Beaver Dam Offspring Study Population. *Depress Anxiety*, v. 27, n. 9, p. 846–851, Sep. 2010.