

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS

FACULDADE DE NUTRIÇÃO

MESTRADO EM NUTRIÇÃO



**SAÚDE MENTAL DE MULHERES SEGUNDO A CONDIÇÃO DE (IN)SEGURANÇA  
ALIMENTAR: ESTUDO DE BASE POPULACIONAL NO ESTADO DE ALAGOAS**

ROSÁLIA DE LIMA BARBOSA

MACEIÓ

2017

**ROSÁLIA DE LIMA BARBOSA**

**SAÚDE MENTAL DE MULHERES SEGUNDO A CONDIÇÃO DE (IN)SEGURANÇA  
ALIMENTAR: ESTUDO DE BASE POPULACIONAL NO ESTADO DE ALAGOAS**

Dissertação apresentada à Faculdade de  
Nutrição da Universidade Federal de Alagoas  
como requisito parcial à obtenção do título de  
Mestre em Nutrição Humana.

**Orientador:** Prof. Dr. Haroldo da Silva Ferreira  
Faculdade de Nutrição  
Universidade Federal de Alagoas

**Coorientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Monica Lopes de Assunção  
Faculdade de Nutrição  
Universidade Federal de Alagoas

MACEIÓ

2017

**Catálogo na fonte**  
**Universidade Federal de Alagoas**  
**Biblioteca Central**

Bibliotecária Responsável: Janis Christine Angelina Cavalcante – CRB: 1664

B238s    Barbosa, Rosália de Lima.  
    Saúde mental de mulheres segundo a condição de (in)segurança alimentar :  
    estudo de base populacional no estado de Alagoas / Rosália de Lima Barbosa. -  
    Maceió, 2018.  
    76 f. : il. color.; tab.

    Orientador: Haroldo da Silva Ferreira.  
    Coorientadora: Monica Lopes de Assunção.  
    Dissertação (Mestrado em Nutrição) – Universidade Federal de Alagoas  
    Faculdade de Nutrição. Programa de Pós-Graduação em Nutrição. Maceió,  
    2017.

    Inclui bibliografia.  
    Apêndices: f. 67-74.  
    Anexos: f. 75-76.

    1. Insegurança alimentar. 2. Transtornos mentais comuns. 3. Saúde  
    Mental – Mulheres. 4. Estado nutricional. 5. Epidemiologia. I. Título.

    CDU: 612.391:613.86

MESTRADO EM NUTRIÇÃO  
FACULDADE DE NUTRIÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS



Campus A. C. Simões  
BR 104, km 14, Tabuleiro dos Martins  
Maceió-AL 57072-970  
Fone/fax: 81 3214-1160

---

PARECER DA BANCA EXAMINADORA DE DEFESA DE  
DISSERTAÇÃO

“SAÚDE MENTAL SEGUNDO A CONDIÇÃO DE  
(IN)SEGURANÇA ALIMENTAR: ESTUDO DE BASE  
POPULACIONAL EM MULHERES DO ESTADO DE ALAGOAS”

por

**ROSÁLIA DE LIMA BARBOSA**

A Banca Examinadora, reunida aos 30/05/2017, considera a  
candidata **APROVADA**.

Assinatura manuscrita em azul do Prof. Dr. Haroldo da Silva Ferreira.

---

Prof. Dr. Haroldo da Silva Ferreira  
Faculdade de Nutrição  
Universidade Federal de Alagoas  
(Orientador)

Assinatura manuscrita em azul da Profª Drª Ana Paula Grotti Clemente.

---

Profª Drª Ana Paula Grotti Clemente  
Faculdade de Nutrição  
Universidade Federal de Alagoas  
(Examinadora)

Assinatura manuscrita em azul da Profª Drª Maria Cícera dos Santos Albuquerque.

---

Profª Drª Maria Cícera dos Santos Albuquerque  
Escola de Enfermagem e Farmácia  
Universidade Federal de Alagoas  
(Examinadora)

## DEDICATÓRIA

Dedico essa dissertação à minha mãe amada, **Maria Lizete** (*em memória*), que vivenciei, verdadeiramente, toda minha luta educacional, da escola à pós-graduação, como se fosse a dela. Hoje, em outro plano, tenho a certeza que seu olhar protetor continuam a me abençoar.

## AGRADECIMENTOS

Como grande admiradora da literatura de Machado de Assis, inicio esses agradecimentos com uma frase sua: "*a gratidão de quem recebe um benefício é sempre menor que o prazer daquele de quem o faz*". Assim, sei que aos que aqui darei meus sinceros agradecimentos, vivenciaram, de alguma maneira, todas as flores e espinhos desse caminho, fazendo o que fizeram com todo o amor possível.

Ao meu **Deus**, que esteve comigo de uma maneira que só Ele poderia estar: me propiciando uma força sublime de acreditar que eu poderia continuar, mesmo em meio à tanta dor no meio do percurso.

À minha mãe, minha '*ninha*', **Maria Lizete Lima**, que partiu para outro plano espiritual há alguns poucos meses de eu concluir essa etapa. Ela que sonhou e acreditou mais que eu no meu potencial. Que me ensinou com exemplos o valor do estudo, do trabalho, da honestidade e de ser boa para os que precisam de mim para, assim, ser feliz no poder da doação. Esse trabalho é mais teu do que meu, pois quando o cansaço, o sono e o desânimo me rendiam, era você quem sentava ao meu lado e passava madrugadas inteiras relendo o que eu havia escrito, me corrigindo e me fazendo um café. Hoje, é você quem me protege, em outro plano espiritual. Naquele que, um dia, te encontrarei. Eu te amo!

À minha tia **Maria Amália Lima**, que sempre esteve presente em minha vida e, hoje, se faz ainda mais. Quando perdi o meu referencial de lar, foi você quem me deu outro e com muito amor. Sobretudo, obrigada pelo cuidado e preocupação para que eu continuasse erguida nesse longo trajeto dos últimos 5 meses. Obrigada por entender tão bem o valor do que faço, do que estudo e me dar tanto suporte.

À **minha família**, que me apoiou e me deu forças. Jamais poderia falar de vocês sem me emocionar! Em especial, à minha prima-irmã **Isabela Rosália Lima Araújo**, minha tia **Maria Isabel Lima** e minha prima **Adriana Lima Bispo**. Nossa família já vivenciou tempos muito difíceis. Cada um sabe a luta que carrega consigo, mas o estudo sempre esteve acima de tudo, para nós. Vocês sabem a importância desse momento!

À minha prima, companheira de profissão e professora, **Maria Lysete de Assis Bastos**, por crer no meu potencial desde sempre e me estimular para a vida acadêmica. Pelas oportunidades concedidas e pelo suporte em momentos de dor. Pelo mesmo feito, à professora **Ingrid Martins Leite Lúcio**, minha orientadora durante toda a graduação. Pela sua amizade sincera nos momentos difíceis de perdas e pela sua delicadeza como mãe e profissional: você é um exemplo para mim. À **Luana Cavalcante Costa**, parceira de iniciação científica, amiga que está trilhando um caminho lindo na vida acadêmica. Espero ter a honra de voltarmos a trabalhar juntas.

Ao meu orientador **Haroldo da Silva Ferreira**, pela sua generosidade sem medidas em me receber, ensinar nos momentos de ‘aperreio’ e pela sua grande capacidade de se aprimorar a cada momento, compartilhando sabedorias. Sem dúvida alguma, alguém a quem respeito, estimo e levarei comigo como exemplo de profissionalismo. Também à minha coorientadora, **Monica Lopes de Assunção**, por sempre me ser tão solícita às dúvidas e com observações pertinentes na elaboração do meu trabalho. Meus sinceros agradecimentos!

Ao **Laboratório de Nutrição Básica e Aplicada**, pela equipe maravilhosa que encontrei. Nos apoiamos por um mesmo objetivo. Obrigada pela coleta e tabulação dos dados do *II Diagnóstico de Saúde Materno Infantil*, pesquisa a qual se desdobrou o presente estudo e que jamais seria possível sem o esforço inestimável de cada um de vocês. À **Jamile Taniele Silva**, obrigada pelo apoio, por me ouvir, pelas risadas dos ‘perrengues’ passados e que bom que é compartilhar os mesmos interesses da academia e da vida. Você faz tudo ficar mais leve e engraçado. Por esses momentos, também, agradeço a minha querida amiga **Janayna Lima de Melo Barbosa** que com sua doçura, sensibilidade e atenção me conquistaram. Obrigada pela escuta, pelos conselhos e pela vibração positiva de sempre. Sou sua fã!

À minha colega de mestrado **Samara Bomfim** pelas incontáveis caronas mais felizes à UFAL e partilhas além da área acadêmica. Pelo suporte em todos os momentos que precisei.

À **Lorena Bispo de Oliveira Firmino**, pela sua preocupação, disposição, prontidão, cuidado e amor em me ajudar, me ouvir e me ensinar a ser um ser humano melhor. Aprendo sempre com você a ser mais paciente e generosa. Há muita bondade no teu coração para ser espalhada pelo mundo. O céu não é o limite para você.

Ao meu amigo **Darlan Damásio**, pelas conversas, conselhos, por entender tão bem como sou, sempre se preocupando comigo e se mantendo presente em minha vida. Meu grande presente da graduação pra vida. Ao, também, amigo **Rodrigo Mendonça** que já passou tantas ao meu lado e nunca me deixou na mão. Foram tantas perdas suas e minhas, mas há um amor e zelo infinito em nós para nos cuidarmos. Seu coração é cheio de bondade. Aos meus amigos **Raphael Patriota, Felipe Damasceno, Bruno Damasceno** e **Michaell Farias** por fazerem da minha vida mais leve, por compartilhar planos, viagens, risadas, alegrias e, claro, dores. Nos momentos em que precisei, vocês me trouxeram o melhor sorriso.

À todas as **pessoas entrevistadas** que abriram suas portas e compartilharam de suas vidas para fazer esse estudo possível. À **Universidade Federal de Alagoas**, pela minha formação como enfermeira e pela pós-graduação em Nutrição. À **Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Alagoas** que me fomentou nesse período e ao **Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico**, pelo financiamento ao projeto executado. Agradeço, por fim, ao **Programa de Pós-Graduação em Nutrição** e todo o seu corpo docente, que, indubitavelmente, me fizeram amar a Nutrição e entender sua importância essencial à vida humana.

À todos, digo-lhes: sou feliz por chegar mais longe com vocês ao meu lado!

## RESUMO GERAL

BARBOSA, R.L. **Saúde mental de mulheres segundo a condição de (In)Segurança Alimentar: estudo de base populacional no estado de Alagoas**. 2015. 76 f. Dissertação (Mestrado em Nutrição) – Programa de Pós-Graduação em Nutrição, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2017.

A violação ao direito universal a uma alimentação adequada impõe às famílias dificuldades e/ou incertezas quanto ao acesso regular e permanente a uma alimentação saudável, estabelecendo-se uma situação de Insegurança Alimentar e Nutricional. Essa condição é fortemente associada com a pobreza e iniquidades sociais, sendo plausível supor que represente um fator de risco para o desencadeamento de Transtornos Mentais Comuns (TMC), sobretudo em mulheres, devido à sua posição central no provimento da alimentação da família. O presente estudo teve como objetivo investigar a associação entre a Insegurança Alimentar e os Transtornos Mentais Comuns. Trata-se de um estudo transversal com amostra probabilística de 3.216 mulheres, representativa das mulheres de 20 a 49 anos de idade do estado de Alagoas. A variável independente foi a Insegurança Alimentar, identificada com base na Escala Brasileira de Insegurança Alimentar. A variável dependente (Transtornos Mentais Comuns) foi definida com base no instrumento *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20). As covariáveis analisadas para controle de fatores de confundimento foram as socioeconômicas (escolaridade, zona de domicílio, tipo de ocupação, material e quantidade de cômodos, classe econômica, ser usuária do programa bolsa família, renda familiar, ser chefe da família, está no mercado de trabalho, chefe de família sem renda e tipo de serviço de saúde que utiliza), demográficas (idade e número de filhos), ambientais (tratamento da água consumida) e de saúde (histórico de aborto, índice de massa corporal e tabagismo). Utilizou-se como medida de associação a razão de prevalência e respectivo intervalo de confiança de 95% (IC95%), calculados por regressão de Poisson com ajuste robusto da variância. Na análise bruta, as variáveis que apresentaram associação com significância de até 20% de significância ( $p < 0,2$ ) foram submetidas à análise multivariável. Após exclusão paulatina das variáveis não significantes (método *backward stepwise*), só permaneceram no modelo final aquelas com  $p < 0,05$ . A prevalência de TMC foi de 47,9%, enquanto que 57,8% das famílias apresentaram algum grau de insegurança alimentar. Após o ajuste de fatores de confundimento, as covariáveis que permaneceram independentemente associadas a TMC foram: estar em insegurança alimentar, residir em zona urbana, ter menos de sete anos de escolaridade, ter idade superior a 35 anos, viver em domicílio de taipa, fazer uso de serviço público de saúde, ter sofrido episódio de aborto e/ou ter vivenciado falecimento de algum filho e fazer uso de tabaco. A associação entre TMC e insegurança alimentar foi do tipo dose-resposta: considerando as situações de segurança e insegurança alimentar leve, moderada e grave, as prevalências de TMC foram, respectivamente, 29,8%, 49,7%, 73,8% e 82,5%. Espera-se que os resultados encontrados nesse estudo proporcionem meios para o fortalecimento das políticas públicas visando uma maior equidade social, além de apoio nutricional e psicológico a essas mulheres, para que, assim, haja o pleno desenvolvimento de seus potenciais humanos.

**Palavras-chave:** Transtornos Mentais. Saúde Mental. Estado Nutricional. Epidemiologia.

## GENERAL ABSTRACT

The violation of the universal right to adequate food imposes on families difficulties and/or uncertainties regarding regular and permanent access to a healthy diet, resulting in a situation of Food and Nutritional Insecurity. This condition is strongly associated with poverty and social inequities, and it is plausible to suppose that it represents a risk factor for the development of Common Mental Disorders (CMD), especially in women, due to its central position in providing the family with food. The present study aimed to investigate the association between Food Insecurity and Common Mental Disorders. This is a cross-sectional study with a probabilistic sample of 3,216 women, representative of women aged 20 to 49 years in the state of Alagoas. The independent variable was Food Insecurity, identified based on the Brazilian Scale of Food Insecurity. The dependent variable (Common Mental Disorders) was defined based on the Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20). The covariates analyzed to control confounding factors were socioeconomic variables (schooling, household area, type of occupation, material and number of rooms, economy class, family program, family income, head of household, market (age and number of children), environmental (treatment of water consumed), and health (history of abortion, body mass index and smoking). The prevalence ratio and its 95% confidence interval (95% CI), calculated by Poisson regression with robust variance adjustment, were used as a measure of association. In the crude analysis, the variables that showed an association with significance of up to 20% of significance ( $p < 0.2$ ) were submitted to multivariable analysis. After a gradual exclusion of non-significant variables (backward stepwise method), only those with  $p < 0.05$  remained in the final model. The prevalence of CMD was 47.9%, while 57.8% of the families presented some degree of food insecurity. After adjusting for confounding factors, the covariates that remained independently associated with CMD were: being food insecure, living in an urban area, having less than seven years of schooling, being over 35 years of age, living in a taipa household, doing Use of public health services, having had an abortion episode and/or experiencing the death of a child and making use of tobacco. The association between CMD and food insecurity was of the dose-response type: considering mild and moderate and severe food safety and insecurity, the prevalence of CMD was, respectively, 29.8%, 49.7%, 73.8% and 82.5%. It is hoped that the results found in this study will provide a means for strengthening public policies aimed at greater social equity, as well as nutritional and psychological support to these women, so that their human potential can be fully developed.

**Keywords:** Mental disorders. Mental health. Nutritional status. Epidemiology.

*“Bebida é água. Comida é pasto.*

*Você tem sede de quê? Você tem fome de quê?*

*A gente não quer só comida! A gente quer comida, diversão e arte.*

*A gente não quer só comida! A gente quer saída para qualquer parte.”*

Trecho da música ‘**Comida**’, da banda Titãs (1987).

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

	<b>Página</b>
<b>Figura 1</b> – Modelo esquemático dos níveis de determinação do estado nutricional	22
<b>Figura 2</b> – Mapa do Estado de Alagoas com identificação dos municípios sorteados para o estudo	34
<b>DO ARTIGO:</b>	
<b>Figura 1</b> – Prevalência de Transtornos Mentais Comuns em mulheres do estado de Alagoas, segundo a condição de Segurança Alimentar (SAN) ou Insegurança Alimentar (IA) leve, moderada ou grave. Alagoas, Brasil – 2015	60

## LISTA DE QUADROS E TABELAS

	<b>Página</b>
<b>Quadro 1</b> – Descrição dos níveis de Insegurança Alimentar e Nutricional	24
<b>Quadro 2</b> – Classificação da família quanto à situação de Segurança ou Insegurança Alimentar e Nutricional (SAN ou ISAN), segundo a presença de menores de 18 anos no domicílio	37
<b>Quadro 3</b> – Classificação Internacional do Índice de Massa Corporal	40
<b>Tabela 1</b> – Cálculo do tamanho da amostra de mulheres de 20 a 49 anos de idade, segundo o último censo realizado no Brasil, em 2010.	33
<b>DO ARTIGO:</b>	
<b>Tabela 1</b> – Caracterização e distribuição da amostra, segundo variáveis demográficas, socioeconômicas, ambientais e antropométricas.	59
<b>Tabela 2</b> – Razão de prevalência (RP) e intervalo de confiança (IC95%) dos Transtornos Mentais Comuns em mulheres da população alagoana, segundo variáveis ambientais, sociodemográficas e de saúde.	61

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ABEP** – Associação Brasileira de Estudos Populacionais
- ABS** – Atenção Básica de Saúde
- CID 10** – Classificação Internacional de Doenças
- CNPQ** – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico de Alagoas
- FANUT** – Faculdade de Nutrição
- IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IA** – Insegurança Alimentar
- IC95%** – Intervalo de Confiança de 95%
- ISAN** – Insegurança Alimentar e Nutricional
- LOS** – Lei Orgânica de Saúde
- LOSAN** – Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional
- LNBA** – Laboratório de Nutrição Básica e Aplicada
- OMS** – Organização Mundial de Saúde
- OPAS** – Organização Pan-Americana de Saúde
- RP** – Razão de Prevalência
- SEM** – Sintomas Sem Explicação Médica
- SM** – Saúde Mental
- SUS** – Sistema Único de Saúde
- SRQ-20** – *Self Report Questionnaire*
- TM** – Transtorno Mental
- TMC** – Transtorno Mental Comum
- UBS** – Unidade Básica de Saúde
- UFAL** – Universidade Federal de Alagoas

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO GERAL .....</b>	<b>16</b>
<b>2 REVISÃO DA LITERATURA .....</b>	<b>19</b>
2.1 O PAPEL DO ALIMENTO.....	19
2.2 O AVESSE: A FOME.....	20
2.3 DA NECESSIDADE AO DIREITO.....	21
2.4 (IN)SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL.....	21
2.4.1 Segurança alimentar .....	21
2.4.2 Insegurança alimentar .....	22
2.5 A INSEGURANÇA ALIMENTAR E OS TRANSTORNOS MENTAIS.....	24
2.6 A SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO HISTÓRICO.....	25
2.7 SAÚDE MENTAL E OS TRANSTORNOS MENTAIS .....	26
2.8 OS TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS .....	27
2.8.1 Depressão .....	29
2.8.2 Ansiedade.....	30
2.8.3 Transtornos somatoformes .....	30
<b>3 MÉTODOS.....</b>	<b>32</b>
3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO .....	32
3.2 POPULAÇÃO ALVO .....	32
3.3 AMOSTRA E AMOSTRAGEM .....	32
3.4 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE .....	34
3.5 COLETA DE DADOS.....	34
3.5.1 Logística de campo.....	34
3.5.2 Equipe de coleta .....	34
3.5.3 Aplicabilidade dos formulários .....	34
3.5.4 Materiais/instrumentos de medição.....	34
3.6 VARIÁVEIS DO ESTUDO .....	35
3.6.1 Variável dependente.....	35
3.6.2 Variáveis independentes.....	36
3.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	38
3.8 ASPECTOS ÉTICOS .....	39
<b>4 ARTIGO ORIGINAL .....</b>	<b>41</b>

4.1 RESUMO.....	41
4.2 ABSTRACT.....	42
4.3 RESUMEN .....	43
4.4 INTRODUÇÃO .....	44
4.5 MÉTODOS .....	45
4.5.1 Tipo de estudo e planejamento amostral .....	45
4.5.2 Coleta de dados .....	45
4.5.3 Análise estatística.....	46
4.5.4 Aspectos éticos.....	47
4.6 RESULTADOS .....	47
4.7 DISCUSSÃO .....	49
4.7.1 Fatores demográficos e sociais individuais.....	49
4.7.2 Fatores econômicos e condições de moradia .....	50
4.7.3 Condições de saúde individual.....	51
4.8 CONCLUSÃO .....	51
4.9 COLABORADORES .....	52
4.10 AGRADECIMENTOS .....	52
4.11 REFERÊNCIAS.....	53
4.12 RESULTADOS .....	57
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>60</b>
<b>APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....</b>	<b>68</b>
<b>APÊNDICE B – Formulário de identificação do domicílio .....</b>	<b>69</b>
<b>APÊNDICE C - Formulário de Cadastro Familiar e Antropometria .....</b>	<b>70</b>
<b>APÊNDICE D - Formulário de Caracterização Demográfica, Socioeconômica e Ambiental .....</b>	<b>71</b>
<b>APÊNDICE E – Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA) .....</b>	<b>72</b>
<b>APÊNDICE F – Formulário do <i>Self-Report Questionnaire</i> (SRQ - 20) .....</b>	<b>73</b>
<b>APÊNDICE G – Formulário de Saúde da mulher .....</b>	<b>74</b>
<b>ANEXO A - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa .....</b>	<b>76</b>

## **INTRODUÇÃO GERAL**

## 1 INTRODUÇÃO GERAL

Ter acesso à alimentação faz parte dos direitos fundamentais do ser humano, estabelecendo uma relação simbiótica: um não pode ser garantido sem o outro. Em vista disso, a Organização das Nações Unidas (ONU), em 1948, definiu que era necessário “estabelecer condições sob as quais a justiça e o respeito às obrigações decorrentes de tratados e de outras fontes do direito internacional possam ser mantidos”. Ficaria assegurado, assim, direitos inerentes a todos os seres humanos, independentemente de raça, sexo, nacionalidade, etnia, idioma, religião ou qualquer outra condição (ONU, 1948)

No contexto brasileiro, a Constituição Federal (CF), de 1988, refere o direito à alimentação na menção dos direitos sociais, evidenciando o princípio da dignidade da pessoa humana em seu artigo 1º, inciso III. Contudo, cada país tem a liberdade de determinar as próprias políticas e estratégias a serem utilizadas para a produção e aquisição dos alimentos pela população, entendendo e ajustando a alimentação às características culturais de seu povo (BRASIL, 1988; RECINE; RADAELLI, 2002; COELHO; GUBERT, 2015; ROCHA, 2017).

Dessa maneira, a lei brasileira definiu que para um indivíduo estar em Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), dentre outros aspectos, ele deve apresentar a garantia de acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais. Em seu aspecto antagônico e limítrofe, na Insegurança Alimentar e Nutricional (ISAN), ela se apresenta em graus diferentes de intensidade: leve, moderada e grave. Nessa última, é encontrada a sua forma mais intensa de carência e iminente abeiramento da fome (ALENCAR, 2001a; BRASIL, 2004, 2006a; AZEVEDO; RIBAS, 2016).

Além das funções biológicas e sociais que demonstram o poder do alimento na vida do indivíduo, a Insegurança Alimentar (IA) também está associada ao adoecimento mental. Na IA, encontram-se constituintes psicológicos significativos, como a preocupação quanto ao acesso aos alimentos e comprometimento da qualidade da dieta como forma de evitar a falta de alimentos para a família. Esses aspectos podem contribuir para desencadeamento de depressão, ansiedade e outros transtornos de cunho mental (SEGALL-CÔRREA, 2007; LUND et al., 2010; MAES et al., 2010; BAER; SINGER; SUSSER, 2013).

A ansiedade, a depressão e os transtornos somatoformes são, hoje, as doenças psíquicas de maior acometimento à população mundial e com exponencial crescimento, chamadas de Transtornos Mentais Comuns (TMC). Os TMC são transtornos não-psicóticos que já

representam quatro das dez principais causas de incapacidade em todo o mundo, afetando milhões de pessoas que, se não tratadas, produzem mais sofrimento, invalidez, perda econômica e possível doença mental psicótica. Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2020, estas perturbações estarão entre as mais incapacitantes do ser humano (OMS, 2001, 2009; EATON et al., 2008; CUNHA; BASTOS; DUCA, 2012; SKAPINAKIS et al., 2013; LUCCHESI et al., 2014)

Em países em desenvolvimento, como o Brasil, o acesso seguro ao alimento e a fome são as principais preocupações e fonte diária de estresse, particularmente para as mulheres. Também é ao sexo feminino a atribuição das maiores prevalências de TMC. Estudos evidenciam que ser mulher, ter a raça negra, ter baixa escolaridade e renda tem associação com transtornos mentais. Além disso, dentro do próprio país são percebidas desproporções regionais dos índices de desenvolvimento. Regiões como norte e nordeste, são as menos desenvolvidas, quando comparadas ao centro-oeste, sudeste e sul (WEAVER; HADLEY, 2009; COLE; TEMBO, 2011; CUNHA; BASTOS; DUCA, 2012; PINHO; ARAÚJO, 2012; SILVA; SANTANA, 2012; BRASIL, 2013a; DRUMMOND; RADICCHI; GONTIJO, 2014; POBLACION et al., 2014).

O Estado de Alagoas reúne a maioria dos fatores de risco para o desencadeamento de transtornos mentais, visto que possui um dos piores indicadores econômicos e sociais, a população alagoana detém a menor renda média do país, possui a maior proporção de pessoas classificadas abaixo da linha da pobreza e com os mais baixos níveis educacionais. Maceió, capital do estado, ocupa a 1.266ª, no ranking brasileiro, apresentando altos níveis de desigualdade social (WHO, 2001; FERREIRA et al., 2005; IBGE, 2013a; PNUD, 2013).

Posto a relevância do tema, buscando a discussão da problemática para medidas através das políticas públicas de saúde e nunca antes ter sido realizado um estudo de base populacional com enfoque na associação entre esses dois importantes indicadores de saúde, no estado de Alagoas, o presente estudo tem como objetivo investigar a associação entre a ISAN e os TMC em mulheres de 20 a 49 anos de idade, no Estado de Alagoas.

**REVISÃO DA LITERATURA**

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 O PAPEL DO ALIMENTO

Biologicamente, depois da respiração e a ingestão de água, o alimento é um fator vital para a manutenção da vida à todos os seres humanos. Relaciona-se diretamente à vitalidade do indivíduo, funcionando como combustível essencial para manter todo o organismo em funcionamento sendo, esse, um comportamento inerente à natureza humana (CARNEIRO, 2003; DE SOUZA LIMA; FERREIRA NETO; PEREIRA FARIAS, 2015).

Visto da perspectiva nutricional, o equilíbrio na alimentação deve suprir as necessidades biológicas, energéticas e dos macro/micronutrientes. Ainda que a quantidade e o que esse indivíduo deve ingerir seja subjetivo, podendo variar de acordo com aspectos como idade, altura, peso e tipo de atividade física realizado por ele, o significado do alimento, muitas vezes, não está ligado às suas características nutricionais e, sim, socioculturais. O café, como exemplo, há décadas, é consumido não só pelo seu efeito estimulante, mas pelo papel de socialização nos diferentes contextos em que as pessoas se encontram (RECINE; RADAELLI, 2002; COSTA, NEUZA MARIA BRUNORO ROSA, 2016).

Alimentar-se é muito mais do que uma necessidade provinda do organismo. Enquanto que ao respirar, o indivíduo utiliza-se de seus músculos que trabalham de forma voluntária e involuntariamente, comer requer uma habilidade de se comunicar e de ser organizar entre um grupo ou uma comunidade (OLIVEIRA, 2012a). Carneiro (2003, p. 1-2), define o significado cultural desse ato:

“A fome biológica distingue-se dos apetites, expressões dos variáveis desejos humanos e cuja satisfação não obedece apenas ao curto trajeto que vai do prato à boca, mas se materializa em hábitos, costumes, rituais, etiquetas. [...] O que se come é tão importante quanto quando se come, onde se come e com quem se come.”

Percebe-se que o alimento se configura em um conjunto que se materializa em hábitos e costumes, assumindo um comportamento cultural e mantendo uma tênue conexão com o poder econômico da comunidade que o indivíduo está inserido. Carrega, em si, ainda, significados de natureza social, política, religiosa, ética e estética. Assim, a alimentação de uma sociedade traduz, inconscientemente, sua estrutura. O antropólogo Claude Lévi-Strauss (2004), sintetizou essa ideia em sua icônica frase, onde fala que o alimento deve ser não só biológico, mas também culturalmente comestível (CARNEIRO, 2003; OLIVEIRA, 2012b).

## 2.2 O AVESSE: A FOME

No início do século XVIII, a teoria do economista Thomas Robert Malthus viria a ser a maior precursora dos estudos demográficos, até hoje. No texto, *Ensaio Sobre a População*, ele pressagiu que o aumento populacional do mundo seria 28 vezes maior do que haveria de alimentos, até dois séculos adiante. Assim, não haveria alimentos para suprir as necessidades de toda a população (MALTHUS, 1999; ALENCAR, 2001b; ALMEIDA, 2011).

Até o início do século XIX, a fome ainda não se apresentava como um fenômeno social de relevância, sobretudo, política. Somente em 1920, após o flagelo da primeira guerra mundial (1914 – 1918), o debate acerca da alimentação ganhou a pauta de médicos e higienistas e, anos mais tarde, em 1946, Josué de Castro, nutrólogo brasileiro, apresentou sua *magnum opus*, *Geografia da Fome* (CASTRO, 1984a; NASCIMENTO, 2009; SCHAPPO, 2014b).

Castro (1946) evidenciou os sistemas alimentares e não as regiões naturais do Brasil. Dessas 5 que foram divididas por Fábio de Macedo Soares Guimarães para o Instituto de Geografia e Estatística (IBGE), as 3 primeiras foram consideradas áreas críticas da fome, no Brasil. O estudo aprofundado de Castro, o direcionou a responder algumas reflexões como a análise dos hábitos alimentares das populações, considerando a economia, cultura e geografia (SCHAPPO, 2014a).

A importância de Josué de Castro para o entendimento da fome vai além do fenômeno biológico. Ultrapassa para o gatilho social, histórico e político. Seu posicionamento duramente crítico, nos anos 40, demonstra sua origem vinda do sistema capitalista. Assim, ele afirmou que “a fome não é mais do que a mais trágica expressão do desenvolvimento dos países mais ricos que se sustentam na exploração dos países mais pobres, provocando-lhes não só a fome quantitativa, aguda ou manifesta, mas também a fome qualitativa ou oculta” (CASTRO, 1946, 1984b; ANDRADE, 1997).

Com a segunda guerra mundial (1939 – 1945), a teoria Malthusiana foi conhecida. A profunda fome que assolou o mundo resultou em debates acirrados sobre o desenvolvimento econômico e combate ao desemprego, miséria, discriminação racial, desigualdades políticas, econômicas, sociais e a fome. Para isso, os países se uniram em conferências e declarações, a fim de chegarem juntos a soluções que edificassem, novamente, as condições de vida da população mundial (SEGALL-CORRÊA; MARIN-LEON, 2009; BRASIL, 2013c).

## 2.3 DA NECESSIDADE AO DIREITO

Assim, um dos documentos de maior importância desse período, de cunho desenvolvimentista, foi a Carta das Nações Unidas, publicada em 1948, na Conferência de São Francisco (Califórnia – Estados Unidos). Nesse mesmo ano, havia sido criada a ONU, formada por 51 países, buscando a preservação e o melhoramento dos níveis de qualidade de vida da população (ONU, 1948).

Além dela, o Fundo Monetário Internacional (FMI), o Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD), o Acordo Geral de Tarifas e Comércio (GATT, em inglês), a Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação (FAO), a OMS e a Organização Internacional do Trabalho (OIT). Cada um com função e instrumentos específicos de atuação, mas com um objetivo em comum de reerguer os países (IPEA, 2002; PESSANHA, 2002; BELIK, 2012; BRASIL, 2013c).

Com isso, a questão alimentar ganhou novos contornos, tornando-se uma tarefa de Estado, assim como a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) delineou que a alimentação é um direito do indivíduo e essencial à sua dignidade como ser. No entanto, ainda que, no Brasil, as proporções de desnutrição e vulnerabilidade tenham sido elevadas e preocupantes, a SAN somente foi introduzido nas políticas públicas nos anos 80 (ONU, 1948; IPEA, 2002; NASCIMENTO, 2009).

## 2.4 (IN)SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

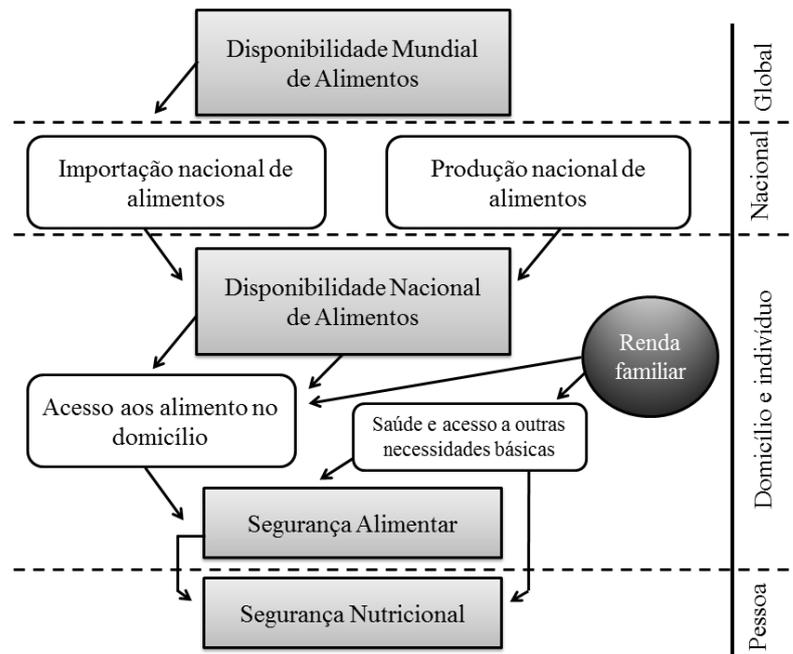
### 2.4.1 Segurança alimentar

Embora a situação de fome assale o mundo há vários séculos, o conceito de SAN é, relativamente, novo. Para assegurar o Direito Humano à Alimentação (DHA), o governo brasileiro, através de um caráter normativo da Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN), assegurou:

"garantia à todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras da saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis (BRASIL, 2006b)."

Assim, um indivíduo estar em situação de SAN significa ter a garantia de condições de acesso aos alimentos básicos, seguros e de qualidade, em quantidade suficiente, de modo permanente e sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais. A Figura 1

demonstra o esquema dos níveis de determinação do estado nutricional (COELHO; GUBERT, 2015).



**Figura 1** - Modelo esquemático dos níveis de determinação do estado nutricional

**Fonte:** (FRANKENBERGER et al., 1997).

Ao se pensar em políticas, programas, ações e estratégias voltadas à garantia da SAN, em suas diferentes dimensões, é fundamental considerar em que esfera a mesma está voltada: globalmente, regionalmente, localmente ou no nível domiciliar e/ou individual (BRASIL, 2013b).

Assim, a LOSAN, atendendo à necessidade da sociedade, instituiu o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN), buscado possibilitar a gestão intersetorial, participação e articulação entre as esferas federadas para políticas que promovam a SAN. Ele é integrado por uma série de órgãos e entidades da União, dos Estados, do Distrito Federal e Municípios (BRASIL, 2010).

#### 2.4.2 Insegurança alimentar

A dificuldade de acesso de forma regular e contínua aos alimentos configura-se em uma situação de Insegurança Alimentar, sobretudo nos países em desenvolvimento, como o Brasil. Esse fenômeno pode ser categorizado em graus que vai desde a preocupação de que venha faltar comida em casa, até mudanças quantitativas e qualitativas na alimentação e, por

derradeiro, a fome (SEGALL-CÔRREA, 2007; BRASÍLIA, 2010; BEZERRA; OLINDA; PEDRAZA, 2017).

Ao se caracterizar um perfil social da população, além das iniquidades sociais serem de fortes influência, outros fatores que se coligam a essas desigualdades e cujas representações sociais estão associadas à estigmatização de algumas populações, são as mulheres e nordestinos (IPEA, 2002; POBLACION et al., 2014).

As desigualdades sociais da população mundial são mensuradas pelas diferenças de escolaridade, renda e longevidade. Atualmente, o Brasil ocupa o 79º lugar no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), no ranking mundial. Maceió, capital do estado de Alagoas, ocupa a 1.266ª, no ranking brasileiro (PNUD, 2013).

Devido ao caráter intersetorial ou transversal da IA, diversos aspectos devem ser abordados e analisados simultaneamente, estabelecendo correlações. Atualmente, cinco métodos são comumente utilizados para avaliar a IA. 1) *Food and Agriculture Organization* (FAO); 2) os inquéritos de orçamento familiar; 3) a avaliação do consumo alimentar; 4) antropometria; 5) as escalas de mensuração da IA, baseadas em experiência (SEGALL-CORRÊA, 2007; PÉREZ-ESCAMILLA; SEGALL-CÔRREA, 2008).

#### *2.4.2.1 Escala Brasileira de Insegurança Alimentar*

Percebe-se que nenhum método, isolado, consegue avaliar as dimensões da ISAN, visto sua diversidade de fatores interligados. Um mensurador de amplo auxílio para se ter um indicador direto dessas condições é a Escala Brasileira de Segurança Alimentar (EBIA) que mede a experiência e a percepção de IA no nível familiar (SEGALL-CORRÊA, 2007).

A EBIA é uma escala de mensuração direta da IA. Foi iniciada com um estudo de validação realizada em 2003, tendo seu desenvolvimento em duas fases: uma qualitativa e a outra quantitativa. Na fase qualitativa, especialistas em nutrição e gestão pública em programas sociais participaram da avaliação para a adequação à realidade brasileira com especialistas das regiões norte, nordeste, sudeste e centro-oeste do país. Ao final do processo, foi aprovado o formulário com 15 perguntas sobre insegurança alimentar (SEGALL-CORRÊA; MARIN-LEON, 2009; KEPPLER; SEGALL-CORRÊA, 2011)

A fase qualitativa do processo de validação foi realizada através de inquéritos populacionais nas mesmas áreas das quatro regiões brasileiras para verificar as diferenciações alimentares de cada região brasileira. Os resultados verificaram uma validação interna e

preditiva alta, demonstrando que a EBIA tinha alta consistência interna e validade externa para a avaliação da IA na população brasileira. Esse método tem como principal vantagem de conseguir captar o modo como as pessoas que estão em ISAN percebem-a, além do baixo custo para aplicação (KEPPLE; SEGALL-CORRÊA, 2011). Os graus de ISAN estão demonstradas no Quadro 1.

**Quadro 1** – Descrição dos níveis de Insegurança Alimentar e Nutricional

SITUAÇÃO DE SAN	DESCRIÇÃO
SAN	Acesso regular e permanente aos alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais.
ISAN Leve	Preocupação ou incerteza quanto aos acessos aos alimentos no futuro.
ISAN Moderada	Redução quantitativa de alimentos entre os adultos e/ou ruptura nos padrões alimentares, devido a falta de alimentos entre os adultos.
ISAN Grave	Redução quantitativa de alimentos entre menores de 18 anos e/ou ruptura nos padrões de alimentação resultante da falta de alimentos entre os mesmos.

**Fonte:** Adaptado do IBGE (2013).

## 2.5 A INSEGURANÇA ALIMENTAR E OS TRANSTORNOS MENTAIS

Os malefícios gerados pela IA ultrapassam a saúde física e social do indivíduo. Ele atinge, também, a saúde mental das pessoas que vivenciam essa situação, pois a insegurança em relação ao que comer pode ocasionar sofrimento emocional resultante da falta de acesso aos alimentos necessários e a preços acessíveis, e a sensação de incapacidade de suprir o mínimo necessário para uma alimentação adequada para si e para a família (SCHEPER-HUGHES, 1992; CHAMPAGNE et al., 2007; WEAVER; HADLEY, 2009; POBLACION et al., 2014).

Historicamente, a preocupação com a alimentação familiar sempre foi, unicamente, da mulher. O papel da mãe zelosa e doutrinada a cuidar do lar era reservado aos afazeres domésticos, incluindo os cuidados com os filhos, enquanto o homem provia o dinheiro necessário para isso. Somente após a primeira guerra mundial, a responsabilidade para a compra dos alimentos fora do âmbito domiciliar era realizada pela mulher, tendo uma mudança significativa desde então. Os homens iam para as frentes de batalhas e as mulheres assumiam o comando da casa, incluindo o manejo financeiro e cuidado do lar, incluindo a alimentação (ROSA, 1983; ANSCHAU; MATSUO; SEGALL-CORRÊA, 2012; POBLACION et al., 2014).

No Brasil, embora importantes avanços venham sendo vistos no que se refere à luta contra a fome e às injustiças sociais, a prevalência de IA ainda se configura como grave problema de saúde pública, afetando, sobretudo, grupos populacionais sócio-psicológico-biologicamente vulneráveis, como exemplo das mulheres. O gênero feminino é, também, o que possui as maiores prevalências de TMC (MORENO, 2012; LUCCHESI et al., 2014). Estudos em diferentes contextos mundiais e populacionais mostram a vulnerabilidade de mulheres que foram expostas à condição de IA para os TMC (SIEFERT et al., 2001; HEFLIN; SIEFERT; WILLIAMS, 2005; HADLEY et al., 2008; HADLEY; PATIL, 2008; WEAVER; HADLEY, 2009; MULDOON et al., 2013).

Nos países em desenvolvimento, a avaliação do impacto não nutricional que a IA tem na vida do indivíduo é fundamental, visando não obscurecer o quão impactante esses resultados podem ser a curto, médio e longo prazo. Devido às diversas carências estruturais que esses países possuem, uma grande parcela da população se encontra em situação de pobreza e com acesso mínimo de condições para sua sobrevivência. Alguns estudos etnográficos descrevem com clareza a relação que essas iniquidades, como a IA, tem com aumento de consequências funcionais, como a ansiedade e a depressão (SCHEPER-HUGHES, 1992; HOWARD; MILLARD, 1997).

Em uma revisão sistemática da literatura, Weaver e Hadley (2009), apresentam 11 estudos qualitativos e 16 quantitativos evidenciando que a alimentação, o acesso seguro à alimentação e a fome são preocupações e fontes de estresse diário, particularmente para as mulheres em países em desenvolvimento. Contudo, algumas lacunas metodológicas nos estudos quantitativos foram verificadas, como: 1) somente 4 estudos analisaram as populações nos contextos urbanos e rurais; 2) não houve consistência quanto aos critérios de medição da ISAN nessas populações; 3) o tamanho médio da amostra de todos os estudos foi de 1.831 indivíduos, embora variasse de um mínimo de 82 a um máximo de 9.089; 4) alguns estudos tiveram suas amostras aleatórias de subgrupos específicos, como uma de mulheres gestantes; 5) 9 estudos foram aleatórios às populações, não sendo focados em mulheres.

## 2.6 A SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO HISTÓRICO

A concepção da loucura é relatada há séculos, mas num contexto não distante, o conceito de insanidade não tinha, ao menos, uma divisão entre razão e loucura, tão quanto a definição do ser com adoecimento mental e suas vertentes. O percurso histórico do

Renascimento até os dias atuais tem o sentido da crescente separação e exclusão dos que padeciam da loucura às experiências sociais (FOUCAULT, 1972; BARBOSA et al., 2016).

Nos séculos XV a XIX, surgiram novas convicções, suposições e instituições para robustecer o discurso de forma que o chamado “louco” não fosse mais um problema da sociedade, mas, sim, um problema, genuinamente, do domínio científico. Com a origem da psiquiatria, a loucura ganhou defensores de discursos que a legitimaram como doença. Dessa maneira, a loucura passou a ser perigosa e contagiosa, devendo-se fazer existir uma cura (MATEUS, 2013).

No Brasil, o processo de reforma psiquiátrica, nos anos 70, foi um marco importante, pois fez-se destaques sobre as ações na Saúde Mental (SM) estarem voltadas para fases tardias da doença, mostrando a necessidade da promoção da saúde na prevenção primária. Contudo, apesar das novas ações para a SM, raramente se falava em promoção da saúde focada para a população em risco (BRASIL, 2002a, 2005, 2013a).

Em 1988, com o processo de criação do Sistema Único de Saúde (SUS), incorporado à Constituição Federal do Brasil, foram estabelecidas diretrizes e normas na Lei Orgânica de Saúde (LOS) que direcionam o novo sistema, indicando que a rede de atenção à SM brasileira deveria priorizar o atendimento à pessoas com TM em sistema comunitário de saúde, ou seja, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) (BRASIL, 2005).

Em 2001, na III Conferência Nacional de Saúde Mental, ao tratar do atendimento de pessoas em sofrimento mental nas UBS, ficou estabelecido que identificar usuários com risco para o Transtorno Mental Comum (TMC) é uma forma de diminuir esse sofrimento previamente e a mais eficiente forma de prevenir Transtornos Mentais Graves (TMG), sendo, assim, imprescindível priorizar as ações de cuidado de SM nessa complexidade, sobretudo no que diz respeito aos quadros clínicos e subclínicos de depressão, ansiedade e suas relações de comorbidade, ou seja, os TMC (BRASIL, 2002a, 2002b).

## 2.7 SAÚDE MENTAL E OS TRANSTORNOS MENTAIS

A OMS caracteriza a saúde mental como o estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades rotineiras e mais complexas, podendo fazer isso mesmo diante do estresse normal da vida, trabalhando de forma produtiva, frutífera e contribuir para a comunidade em que se insere (OMS, 2009; LUND et al., 2010).

Saúde Mental (SM) é o termo utilizado para descrever o nível de qualidade de vida cognitiva e/ou emocional, podendo incluir a capacidade de um indivíduo de apreciar a vida e procurar um equilíbrio entre as atividades e os esforços para atingir a resiliência psicológica, sendo tão importante como a saúde física para o bem-estar dos indivíduos (BRASIL, 2013a).

É inegável que a SM, quando afetada por alguma razão, age de forma significativa na diminuição do funcionamento fisiológico do ser. Quando esses fatores são ignorados ou negligenciados no tratamento do acometido, ocasiona o aumento de psicofarmacos, tratamentos e internações inadequadas (OMS, 2009; JANSEN et al., 2011; MATEUS, 2013; VISINTIN et al., 2015).

## 2.8 OS TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS

Os TMC tiveram a conceituação feita por Goldberg & Huxley (GOLDBERG; HUXLEY, 1991), incluindo a depressão não-psicótica, ansiedade e somatofatores, como: insônia, fadiga, esquecimento, irritabilidade, dificuldades de concentração, queixas somáticas e sentimento de inutilidade. A comorbidade e a indiferenciação entre alguns sintomas faz com que o conceito de TMC possa entender manifestações de sofrimento do ser acometido (ANGÉLICO, 2009; LUCCHESI et al., 2014).

Também classificado como Transtorno Mental não psicótico, os TMC, se não preenchem os critérios formais para diagnósticos anteriormente pontuados, segundo as classificações *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition* (APA, 2005) e Classificação Internacional de Doenças (CID 10) – 10ª Revisão (OMS, 2014), mas apresentam sintomas proeminentes que trazem uma incapacitação funcional comparável ou até pior do que quadros crônicos já bem estabelecidos, se caracterizam como TMC (JANSEN et al., 2011).

O TMC é caracterizado por queixas somáticas inespecíficas, irritabilidade, insônia, nervosismo, fadiga, dor de cabeça, esquecimento, falta de concentração, assim como manifestações que indicam quadros depressivos e/ou ansiosos. A indiferenciação e a comorbidade do próprio acometido em relação à sua doença fazem parte da detecção de sofrimento mental que pode ser perdurado por anos sem, ao menos, essa pessoa buscar ajuda em serviços de saúde (GOLDBERG; HUXLEY, 1991; MORENO, 2012).

Esse quadro clínico, em geral, não faz as pessoas procurarem a assistência necessária, por acharem se tratar de algo passageiro ou ser mal compreendido pelo grupo social em que

convive. Muitas vezes, ao procurarem assistência, são subdiagnosticados, podendo, desta forma, não receber o tratamento adequado, ainda no âmbito da UBS, ocorrendo à prescrição abusiva de benzodiazepínicos e, muitas vezes, a encaminhamentos e exames desnecessários (DRUMMOND; RADICCHI; GONTIJO, 2014; GONÇALVES et al., 2014; LUCCHESI et al., 2014).

Goldberg e Huxley afirmam que o sofrimento mental pode percorrer quatro tipos de acessos, no que tange a abordagem em saúde, introduzindo graus, cada vez mais, especializados de intervenção. Assim, temos 1) o primeiro nível de SM, que condiz ao comportamento de doente, quando a pessoa se reconhece como tal, ainda dentro dos limites da comunidade em que vive; 2) morbidade geral da SM de pessoas atendidas pela Atenção Básica de Saúde (ABS); 3) TM que devem ser endereçados ao especialista, em outro nível de atenção; e, por fim, 4) a internação em leitos psiquiátricos. Os TMC se enquadram nas situações dos dois primeiros níveis (GOLDBERG; HUXLEY, 1991).

Os TM só vieram a ser caracterizados como um problema de saúde pública de grande dimensão a partir do ano de 1996, quando pesquisadores da Universidade de Harvard e da OMS publicaram um estudo em que avaliaram os anos vividos com a incapacidade morte prematura causada pela doença, tiveram resultados que confirmam esse a magnitude dos TM na vida do acometido. Das dez principais causas de incapacitação em todo o mundo, cinco delas estavam associadas aos TM, entre elas a depressão (13%), a ingestão de álcool (7,1%), os distúrbios afetivos bipolares (3,3%), a esquizofrenia (4%) e os distúrbios obsessivo-compulsivos (2,8%) (LOPEZ; MURRAY, 1998; DOS SANTOS; DE SIQUEIRA, 2010).

Em 2001, em um relatório (OMS, 2001) da OMS e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) afirmou-se que os TM representam 12% da carga mundial de doenças e a 1% da mortalidade. Menos de 1% dos recursos da saúde eram investidos em ações para a saúde mental. A maioria dos transtornos é tratável e pode ser prevenida, corroborando que, quando se investe de forma profilática, reduz-se, consideravelmente, o número de incapacidades resultantes desses transtornos (LUCCHESI et al., 2014).

Estudos epidemiológicos mostram que milhões de pessoas no mundo sofrem algum tipo de TM, principalmente nos países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil. Além disso, muitos estudos verificaram a associação dos TMC com eventos que produzem estresse, com o baixo apoio social e com variáveis relativas às condições de vida e trabalho, como a baixa

escolaridade, condições precárias de moradia e baixa renda (ARAÚJO; PINHO; ALMEIDA, 2005; SILVA; SANTANA, 2012; LEAL VIDAL, CARLOS EDUARDO YAÑEZ et al., 2013).

No Brasil, a prevalência de TMC oscila entre 28,7% a 50,0% com destaque para a população geriátrica, negros, falta de conjugue (por separação ou viuvez) e mulheres. Em outro estudo, onde foi verificada a prevalência de portadores de TMC na demanda por atendimentos nos serviços primários de saúde, a variação foi entre 31,47% e 44,1%. Já no contexto alagoano, em estudo sobre a saúde mental de mulheres da região semiárida do Estado, no ano de 2008, foi observada a prevalência de TMC em 56,2%, na zona rural, e 43,8%, na zona urbana (PAFFER et al., 2012; COUTINHO et al., 2014; LUCCHESI et al., 2014; BORGES; HEGADOREN; MIASSO, 2015; VISINTIN et al., 2015).

### **2.8.1 Depressão**

A depressão retrata um importante e exponencial problema para a saúde pública dos países em desenvolvimento. Atualmente, é caracterizada como a principal causa de incapacidade mental. Em termos mundiais, é estimado que, até 2020, seja a segunda causa de incapacidade para a saúde (CUNHA; BASTOS; DUCA, 2012).

A depressão, aliada à ansiedade, faz parte dos eventos psíquicos mais frequentes encontrados na sociedade. É calculado que, pelo menos, 10% a 15% das pessoas apresentem quadros depressivos, resultantes de problemas sociais e pessoais, desafios da vida competitiva no mundo conflituoso. As evidências demonstram maior prevalência de perturbações depressivas e de ansiedade entre as mulheres, com proporção que varia entre 1,5:1 e 2:1 (APÓSTOLO et al., 2011).

Na CID-10, a depressão é classificada em três graus: leve, moderado ou grave. Independente do grau, o quadro clínico presente nessas pessoas é o rebaixamento do humor, redução da energia e diminuição da atividade. Os indivíduos acometidos vivem sintomas como sentimentos de tristeza profunda, falta de confiança, visões sobre si e sobre os outros, negativas e, em longo prazo, perda de interesse em atividades, distúrbios de sono e apetite, acompanhados de dores de cabeça e fadiga (CUNHA; BASTOS; DUCA, 2012; OMS, 2014).

Na saúde mental, ela é designada como um transtorno de humor, uma síndrome em que a principal queixa de alterações exibidas pela pessoa é o humor depressivo e irritável durante a maior parte do dia. Há uma lentificação das funções psíquicas e da motricidade do indivíduo, além do prejuízo na capacidade de atenção e concentração. Os pensamentos são sempre de

cunho negativo, sentimento de culpa, sensação de inutilidade, diminuição do prazer e do ânimo para atividades cotidianas e de lazer e perda da capacidade de planejamento para o futuro. Esses sentimentos não estão relacionados ao caráter do indivíduo nem com a sua própria vontade (AIROSA; SILVA, 2013; BRASIL, 2013a).

### **2.8.2 Ansiedade**

A sensação de ansiedade se caracteriza por um sentimento difuso, desagradável e vago de apreensão, frequentemente, acompanhado por sintomas autonômicos como: cefaleia, hiperidrose, taquicardia, diarreia, palpitações, tremores, aperto no peito, formigamento nas extremidades, leve desconforto abdominal, frequência alta e urgência urinária (ANGÉLICO, 2009; AIROSA; SILVA, 2013).

Um estudo realizado em 2011 mostrou que as mulheres têm uma prevalência de ansiedade e de depressão duas a três vezes maiores que os homens. Uma possível justificativa é o fato de que as mulheres têm uma auto percepção de pior saúde do que os homens, sendo assim, expressam com maior facilidade seus sintomas e procuram mais os serviços de saúde (APÓSTOLO et al., 2011).

### **2.8.3 Transtornos somatoformes**

Nos serviços de atendimento básico à saúde e de pronto-atendimento é grande a demanda de pessoas com queixas somáticas, sem uma base orgânica identificável (BRASIL, 2013a). Os Sintomas Sem Explicação Médica (SEM) são frequentes no cotidiano das UBS e, frequentemente, associados à etiologia de SM. Para esses eventos, a psiquiatria aderiu o termo “somatizações” caracterizando esse quadro como a “apresentação repetida de sintomas físicos e de queixas sugestivas de distúrbios físicos não confirmados por resultados orgânicos visíveis ou mecanismos fisiológicos” (TÓFOLI; ANDRADE; FORTES, 2011; BRASIL, 2013a)

O indivíduo que apresenta esse quadro mostra-se insistente em solicitar de exames médicos, apesar de vários resultados negativos e garantias por parte dos médicos que, organicamente, não há patologia. A presença de somatizações não exclui o diagnóstico de outras doenças psiquiátricas e pode ser uma pista para o diagnóstico. A depressão e a ansiedade estão, frequentemente, associadas à somatização (TÓFOLI; ANDRADE; FORTES, 2011).



### 3 MÉTODOS

#### 3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Estudo transversal, integrante do projeto denominado ‘II Diagnóstico de saúde da população materno-infantil do Estado de Alagoas’, realizado pelo Laboratório de Nutrição Básica e Aplicada (LNBA). O estudo teve como objetivo principal a avaliação das condições de nutrição e saúde de mulheres e crianças alagoanas, suas características socioeconômicas, demográficas, ambientais, biológicas e dos fatores associados aos principais indicadores de saúde.

#### 3.2 POPULAÇÃO ALVO

Mulheres de 20 a 49 anos de idade, residentes em zonas urbanas e rurais do estado de Alagoas.

#### 3.3 AMOSTRA E AMOSTRAGEM

Foi considerada como variável de interesse no cálculo do tamanho amostral, o Transtorno Mental Comum, assumindo-se uma prevalência de 50% por ser aquela em que se define o maior tamanho amostral conforme os parâmetros estabelecidos: população alvo estimada em 1.608.727 mulheres (IBGE, 2010), margem de erro de 2,5%, 2,0 para correção do desenho complexo envolvendo 160 aglomerados (40 municípios x 4 setores censitários). Para um Intervalo de Confiança de 95% seriam necessárias 3.200 mulheres. Foi acrescido mais 10% do total desse valor, visando cobrir possíveis perdas amostrais (casas fechadas, vazias e recusas), totalizando um número amostral de 3.520 mulheres. O tamanho da amostra foi calculado utilizando a ferramenta *Stat Calc* do *software* Epi Info™, versão 7.2.1.0.

**Tabela 1** – Cálculo do tamanho da amostra de mulheres de 20 a 49 anos de idade, segundo o último censo realizado no Brasil, em 2010.

Nível de Confiança (%)	Tamanho da amostra*
80%	1440
90%	2240
95%	3200
97%	3840
99%	5440

Fonte: (IBGE, 2010) \*Universo = 1.608.727 mulheres.

Para compor a amostra, adotou-se um processo de estágios múltiplos em quatro etapas. Inicialmente, sortearam-se 40 municípios por amostragem sistemática proporcional ao número de habitantes (por possuir o  $\frac{1}{3}$  da população do estado, Maceió foi sorteada 21 vezes, enquanto o município de Arapiraca foi sorteado 2 vezes). Em seguida, foram selecionados quatro setores

cenitários em cada município. Nas áreas urbanas, os bairros identificados nos respectivos mapas dos setores censitários sorteados eram numerados e um deles, aleatoriamente, selecionado. Após isso, sorteava-se uma esquina a partir da qual eram visitadas, consecutivamente, 22 unidades residenciais. Nas áreas rurais, em virtude das peculiaridades geográficas, investigavam-se as primeiras 22 famílias localizadas, aleatoriamente, pelo conjunto dos entrevistadores.

Para identificação e sorteio dos setores censitários, utilizaram-se mapas produzidos e disponibilizados pelo IBGE. Os 19 municípios interioranos sorteados foram, por ordem alfabética: Anadia, Arapiraca, Atalaia, Coité do Nóia, Colônia Leopoldina, Coruripe, Delmiro Gouveia, Junqueiro, Lagoa da Canoa, Maravilha, Messias, Passo de Camaragibe, Palmeira dos Índios, Penedo, Piranhas, Rio Largo, Santana do Ipanema, São José da Laje e Taquarana.

Para melhorar a equidade entre o número de famílias residentes na zona urbana ou rural, essa proporção foi respeitada quando do sorteio dos respectivos setores censitários. Para o estrato da capital, Maceió, foi incluído com probabilidade = 1. A partir dessa definição, foram realizados os mesmos procedimentos descritos para o estrato do Interior. Ao final, foram totalizados os municípios participantes do estudo, como dispostos na Figura 2, sinalizados em vermelho.



**Figura 2** - Mapa do Estado de Alagoas com identificação dos municípios sorteados para o estudo

Fonte: Secretaria Municipal do Planejamento e Desenvolvimento de Maceió

### 3.4 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Foram consideradas elegíveis ao estudo todas as mulheres com idade entre 20 a 49 anos que concordassem em participar da entrevista.

### 3.5 COLETA DE DADOS

#### 3.5.1 Logística de campo

A coleta de dados foi realizada por meio de visitas domiciliares em dia, previamente agendado com as lideranças locais e gestores da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município pesquisado, no período que compreendeu 12 meses: janeiro de 2014 a janeiro de 2015.

#### 3.5.2 Equipe de coleta

A equipe de campo foi composta por 15 indivíduos, distribuídos conforme as seguintes funções: 1 coordenador, 1 supervisor, 1 motorista, 2 antropometristas, 2 assistentes de laboratório e 8 entrevistadores.

#### 3.5.3 Aplicabilidade dos formulários

Foram coletados dados socioeconômicos, demográficos, acesso aos serviços públicos e dados referentes à mulher. Os dados foram coletados por meio de visitas domiciliares, utilizando-se formulários estruturados e pré-testados em estudo piloto, para simulação da pesquisa, inclusive com teste dos questionários, padronização dos entrevistadores quanto aos procedimentos e avaliação da qualidade do material produzido.

#### 3.5.4 Materiais/instrumentos de medição

##### 3.5.1.1 Medidas antropométricas

Na aferição da massa corporal das mulheres foram utilizadas balanças digitais portáteis, da marca Tanita<sup>®</sup>, com capacidade para 150 kg e subdivisões de 100g, devidamente calibradas previamente ao início da coleta e, ordinariamente, a cada semana, pela equipe de antropometristas. Para aferição da estatura corporal, foram utilizados estadiômetros da marca AlturExata<sup>®</sup>. A avaliação antropométrica do estado nutricional dos adultos foi feita com base na classificação da OMS, pelo Índice de Massa Corporal (WHO, 2000; ABESO, 2016).

### 3.5.1.2 Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA)

A EBIA foi utilizada para mensurar a percepção das famílias em relação ao acesso aos alimentos, sendo respondida pela pessoa responsável pela alimentação da família. A escala foi adaptada e validada para a população brasileira, em 2003, por pesquisadores da Universidade de Campinas (UNICAMP). À época, o programa social Fome Zero (FZ) acabara de ser lançado, mostrando ser um forte aliado para a avaliação dessa incorporação. A adaptação foi feita a partir de uma escala americana com 18 itens, a *Household Food Security Survey Module* (HFSSM), utilizada desde os anos 90 nos Estados Unidos da América (EUA). A validação da EBIA proporcionou abranger as especificidades e diversidades do Brasil, resultando, em um instrumento de medida aplicável à população rural e urbana (SEGALL-CORRÊA; MARIN-LEON, 2009).

### 3.5.1.3 Self-Report Questionnaire (SRQ-20)

O SRQ-20 foi o instrumento utilizado para mensurar os TMC nas mulheres estudadas. Ele foi desenvolvido e recomendado pela OMS para estudos comunitários e em UBS nos países em desenvolvimento, por ser de fácil aplicação, baixo custo, de fácil entendimento do participante (podendo ser, facilmente, aplicado em indivíduos com baixa instrução). Além disso, não requer a presença de um entrevistador. Apesar disso, para a maior fidedignidade da pesquisa, é recomendável que para populações com baixa renda, como no caso do Estado de Alagoas, o SRQ-20 seja aplicado por um entrevistador. Atualmente, ele é o instrumento de maior aplicabilidade para triagem de TMC (GONÇALVES; STEIN; KAPCZINSKI, 2008; LUCCHESI et al., 2014).

No ano de 1986, em São Paulo, um estudo de validação realizado por Mari & Williams referenciou o ponto de corte entre  $\geq 8$  como mais adequado para a identificação positiva do TM. Nesse escore, a sensibilidade para a presença de transtorno mental não-psicótico é de 83% e a especificidade de 80%. Na presente pesquisa, foi utilizado como ponto de corte o proposto na validação de Mari & Williams, visto que vários estudos de contexto similar ao alagoano o adotaram para identificar casos de TMC (MARI; WILLIAMS, 1986).

## 3.6 VARIÁVEIS DO ESTUDO

### 3.6.1 Variável dependente

Foi considerada como variável dependente o TMC. Para medir sua susceptibilidade, foi utilizada a versão de vinte perguntas do *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20). O instrumento

consiste em 20 perguntas com respostas dicotômicas (*sim/não*) sobre sintomas emocionais e físicos associados a quadros psiquiátricos, tendo uma amplitude de escore de 0 a 20, onde cada resposta “*sim*” equivale a 1 (um) ponto (PINHO; ARAÚJO, 2012; TOBERGTE; CURTIS, 2013; LUCCHESI et al., 2014).

### 3.6.2 Variáveis independentes

#### 3.6.2.1 Variável independente principal

Como variável independente principal, a ISAN, é definida segundo a EBIA. No formulário, constavam 15 perguntas com respostas dicotômicas (*sim/não*) sobre a experiência alimentar da família nos últimos três meses, respondidas pela pessoa responsável pela alimentação da família. Assim, foi possível, conforme o número de respostas positivas (*sim*), discriminar, em estratos, a ISAN.

Cada resposta afirmativa representou 1 ponto, sendo a classificação da escala baseada em sua soma e variando em uma amplitude de 0 (zero) a 15 (quinze) pontos nas residências com menores de 18 anos. Nos domicílios que residam somente maiores de 18 anos, a pontuação foi contabilizada de 0 (zero) a 9 (nove) pontos. O Quadro 2 apresenta a classificação da EBIA, conforme a pontuação obtida.

**Quadro 2** – Classificação da família quanto à situação de Segurança ou Insegurança Alimentar e Nutricional (SAN ou ISAN), segundo a presença de menores de 18 anos no domicílio.

CLASSIFICAÇÃO	NÚMERO DE PONTOS DA FAMÍLIA	
	COM MENORES DE 18 ANOS	SEM MENORES DE 18 ANOS
SAN	0	0
ISAN Leve	1 – 5	1 – 3
ISAN Moderada	6 – 10	4 – 6
ISAN Grave	11 – 15	7 – 9

**Fonte:** Adaptado de Pérez-Escamilla e Segall-Côrrea (2008)

#### 3.6.2.2 Variáveis demográficas, socioeconômicas, ambientais e antropométricas

**Zona do domicílio** (*rural ou urbana*): local onde a residência da entrevistada se localiza.

**Número de pessoas no domicílio** ( $\leq 4$  cômodos ou  $> 4$  pessoas): segundo a média.

**Renda da família** ( $\leq 1$  salário mínimo ou  $> 1$  salário mínimo): baseando-se no salário mínimo à época da entrevista, de R\$724,00.

**Classe econômica (A a C1 ou D-E):** classificada segundo os requisitos da Associação Brasileira de Estudos Populacionais (ABEP, 2015), que permite identificar o real potencial de consumo da família. Para essa avaliação, um formulário com 12 perguntas sobre a posse e quantidade de bens permanentes (banheiro, empregados domésticos, automóveis, microcomputador, lava louça, geladeira, freezer, lava louça, DVD, micro-ondas, motocicleta e secadora de roupa) foram realizadas, assim como a escolaridade do chefe e condições de moradia (água encanada e rua pavimentada).

**Mulher no mercado de trabalho (Sim ou não):** se a mulher possui ou não vínculo empregatício formal.

**Escolaridade (< 7 anos ou ≥ 7 anos):** variável avaliada em anos completos estudados pela mulher, segundo a média.

**Mulher como chefe do domicílio (Sim ou não):** se a mulher exerce ou não o papel de chefe (provedora da renda) da família.

**Beneficiária do Programa Bolsa Família (Sim ou não):** se possuía benefício ou não com o programa.

**Raça da mulher (Branca ou não branca):** auto referida pela mulher.

**Idade da mulher (≤ 35 anos ou > 35 anos):** segundo a média.

**Situação de ocupação do domicílio (Própria/Financiada ou não própria).**

**Número de cômodos do domicílio (≤ 5 cômodos ou > 5 cômodos):** segundo a média.

**Chefe da família sem trabalho/renda (Sim ou não).**

**Material do domicílio (Alvenaria ou outro).**

**Destino do lixo (Coleta pública ou não).**

**Tratamento da água consumida (Sim ou não).**

**IMC da mulher (kg/m<sup>2</sup>):** Dicotomizado segundo as diretrizes estabelecidas pela OMS. O Quadro 3, a seguir, indica esses valores.

**Quadro 3** – Classificação internacional do Índice de Massa Corporal.

IMC (kg/m <sup>2</sup> )	Classificação
< 18,5 kg/m <sup>2</sup>	Baixo peso
18,5 a 24,9 kg/m <sup>2</sup>	Eutrofia
25,0 a 29,9 kg/m <sup>2</sup>	Sobrepeso
≥ 30,0 kg/m <sup>2</sup>	Obesidade

Fonte: WHO, 2000; ABESO, 2016

*Tipo de serviço de saúde que utiliza (Público ou privado).*

*Histórico de aborto (Sim ou não).*

*Número de filhos da mulher (≤ 3 filhos ou > 3 filhos): segundo a média.*

*Tabagismo (Sim ou não).*

*Etilismo (Sim ou não).*

### 3.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram tabulados em planilhas eletrônicas geradas no *software* Epi Info<sup>TM</sup>, versão 7.1.3.10 (CDC, ATLANTA, USA, 2015) com dupla entrada independente, em momentos distintos. Após a comparação dos dois arquivos gerados pelo *software*, houve a correção de erros de digitação no editor de planilhas *Microsoft Excel*<sup>®</sup> 2010 e exclusão de *outliers* (valores extremos e implausíveis), constituindo-se o banco de dados utilizado na análise estatística, a qual foi procedida com auxílio do *software* estatístico *Stata*<sup>®</sup>, 13.0 (STATA CORP LP, 2013).

Na análise descritiva, foram utilizadas as frequências absoluta e relativa. Para a análise inferencial, a prevalência de TMC foi comparada às variáveis independentes, sendo a significância estatística das diferenças investigadas com o teste qui-quadrado e considerado o valor de  $p < 0,2$ . Foi utilizada como medida de associação, a Razão de Prevalência (RP) e seu Intervalo de Confiança (IC) a 95%, calculados por regressão de Poisson com ajuste robusto da variância. Na análise bruta (não ajustada), as associações que obtiveram  $p < 0,2$  na análise, foram submetidas à análise multivariável (ajustada). No modelo final, só permaneceram as variáveis que se associaram significativamente ao TMC com  $p < 0,05$ . Para a exclusão das variáveis não significantes estatisticamente, foi procedido o ajuste pelo método *backward*.

### 3.8 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto do qual este estudo faz parte foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Alagoas, sob o processo nº 09093012.0.0000.5013. A participação de todas as mulheres foi autorizada, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

Toda a pesquisa foi realizada em parceria com as prefeituras dos municípios sorteados e acompanhada por membros da equipe a Estratégia de Saúde da Família (ESF) responsável pela atenção às famílias investigadas. Os casos foram cadastrados para acompanhamento pela referida equipe. Os casos mais graves foram comunicados ao gestor de saúde municipal para as providências necessárias.

Os adultos elegíveis para a pesquisa foram devidamente esclarecidos sobre os objetivos do estudo, seus riscos e benefícios, bem como de todas as demais informações de praxe, constantes do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Só foram investigados aqueles que, em concordância, assinaram o referido documento.

O estudo apresenta riscos mínimos, porém eles existem e podem ser decorrentes do constrangimento ou desconforto para as mulheres em função da realização de uma entrevista contendo informações pessoais ou referentes ao seu cotidiano e modo de vida, em geral. No entanto, foi garantida a plena liberdade da participante se recusar e retirar seu consentimento em qualquer momento da pesquisa, sem penalização alguma. Foi assegurada a manutenção de sigilo e privacidade das participantes durante todas as fases da pesquisa.





## 4 ARTIGO ORIGINAL

**Título:** Saúde mental de mulheres segundo a condição de (In)Segurança Alimentar: estudo de base populacional no estado de Alagoas.

**Revista que será submetido:** Cadernos de Saúde Pública (Classificação B1, segundo os critérios do sistema *Qualis* da CAPES – Área de avaliação: Nutrição).

### 4.1 RESUMO

Objetivou-se investigar a associação entre a Insegurança Alimentar (ISAN) e Transtornos Mentais Comuns (TMC). Trata-se de um estudo transversal com amostra probabilística de 3.216 mulheres, representativa das mulheres de 20 a 49 anos de idade do estado de Alagoas. A variável dependente foi o TMC, definido com base no instrumento *Self-Reporting Questionnaire* (com ponto de corte de 8 ou mais pontos para a identificação positiva). A ISAN (variável independente) foi identificada a partir da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar. As covariáveis que na análise bruta obtiveram  $p < 0,2$  (qui-quadrado) foram submetidas à análise multivariável (regressão de Poisson). A prevalência de ISAN foi de 57,8% e a de TMC foi de 47,9%. Observou-se associação significativa ( $p < 0,001$ ) e do tipo dose-resposta. Considerando as situações de Segurança Alimentar (SAN) e ISAN leve, moderada e grave, as prevalências de TMC foram, respectivamente, 29,8%, 49,7%, 73,8% e 82,5%. Os fatores independentemente associados aos transtornos foram: estar em ISAN (RP=1,86; IC95%: 1,68-2,07), residir em zona urbana (RP=1,14; IC95%: 1,03-1,26), ter escolaridade inferior à 7 anos (RP=1,28; IC95%: 1,17-1,39), ter idade > 35 anos (RP=1,10; IC95%: 1,02-1,20), viver em domicílio feito de taipa (RP=1,50; IC95%: 1,19-1,88), fazer uso de serviço público de saúde (RP=1,25; IC95%: 1,06-1,47), ter sofrido aborto ou vivenciado falecimento de um filho (RP=1,14; IC95%: 1,05-1,23), além de fazer uso de tabaco (RP=1,11; IC95%: 1,00-1,23). Investir em segurança alimentar, contribui para incrementar a saúde mental da população. Espera-se que os resultados encontrados nesse estudo proporcionem meios para o fortalecimento das políticas públicas visando uma maior equidade social, além de apoio nutricional e psicológico a essas mulheres, para que, assim, haja o pleno desenvolvimento de seus potenciais humanos.

**PALAVRAS CHAVE:** Transtornos mentais. Saúde Mental. Estado nutricional. Epidemiologia.

## 4.2 ABSTRACT

The objective was to investigate the association between Food Insecurity (FI) and Common Mental Disorders (CMD). This is a cross-sectional study with a probabilistic sample of 3,216 women, representative of women aged 20 to 49 years in the state of Alagoas. The dependent variable was the TMC, defined based on the Self-Reporting Questionnaire (with a cut-off point of 8 or more points for positive identification). The IA (independent variable) was identified from the Brazilian Scale of Food Insecurity. The covariables that obtained  $p < 0.2$  (chi-square) in the raw analysis were submitted to multivariable analysis (Poisson regression). The prevalence of IA was 57.8% and that of CMR was 47.9%. Significant association ( $p < 0.001$ ) and dose-response type were observed. Dose-response type association was observed: the prevalence of MCT was, respectively, 29.8%, 49.7%, 73.8%, and 82.5%. The factors independently associated with the disorders were: being in IA (PR = 1.86, 95% CI: 1.68-2.07), living in urban areas (PR = 1.14, 95% CI 1.03-1, 26), had education of less than 7 years (RP = 1.28, 95% CI: 1.17-1.39), age > 35 years (RP = 1.10, 95% CI: 1.02-1.20 ), Living in a home made of taipa (RP = 1.50, 95% CI: 1.19-1.88), making use of public health services (RP = 1.25, 95% CI: 1.06-1, 47), having undergone abortion or experienced the death of a child (RP = 1.14, 95% CI: 1.05-1.23), besides making use of tobacco (RP = 1.11, 95% CI: 1.00 -1,23). Investing in food security contributes to increasing the mental health of the population. It is hoped that the results found in this study will provide a means for strengthening public policies aimed at greater social equity, as well as nutritional and psychological support to these women, so that their human potential can be fully developed.

**KEY WORDS:** Mental Disorders. Mental Health. Nutritional Status. Epidemiology.

### 4.3 RESUMEN

Se objetivó investigar la asociación entre la Inseguridad Alimentaria (IA) y los trastornos mentales comunes (TMC). Se trata de un estudio transversal con muestra probabilística de 3.216 mujeres, representativa de las mujeres de 20 a 49 años de edad del estado de Alagoas. La variable dependiente fue el TMC, definido con base en el instrumento Self-Reporting Questionnaire (con punto de corte de 8 o más puntos para la identificación positiva). La IA (variable independiente) fue identificada a partir de la Escala Brasileña de Inseguridad Alimentaria. Las covariables que en el análisis bruta obtuvieron  $p < 0,2$  (qui-cuadrado) fueron sometidas al análisis multivariable (regresión de Poisson). La prevalencia de IA fue del 57,8% y la de TMC fue del 47,9%. Se observó asociación significativa ( $p < 0,001$ ) y del tipo dosis-respuesta. En el caso de la seguridad alimentaria (SA) e IA leve, moderada y grave, se observó asociación del tipo dosis-respuesta: las prevalencias de TMC fueron, respectivamente, el 29,8%, el 49,7%, el 73,8% y el 73,8%. El 82,5%. Los factores independientemente asociados a los trastornos fueron: estar en ISAN (RP = 1,86, IC95%: 1,68-2,07), residir en zona urbana (RP = 1,14, IC95%: 1,03-1, En el caso de que se produzca un cambio en la calidad de vida de la población, se debe tener en cuenta que, en el caso de los niños menores de 7 años (RP = 1,28, IC95%: 1,17-1,39), tener edad > 35 años (RP = 1,10, IC95%: 1,02-1,20 (En el caso de las mujeres), vivir en domicilio hecho de taipa (RP = 1,50, IC95%: 1,19-1,88), hacer uso de servicio público de salud (RP = 1,25, IC95%: 1,06-1, (1), IC95%: 1,05-1,23), además de hacer uso de tabaco (RP = 1,11; IC95%: 1,00; -1,23). Invertir en seguridad alimentaria, contribuye a incrementar la salud mental de la población. Se espera que los resultados encontrados en este estudio proporcionen medios para el fortalecimiento de las políticas públicas con miras a una mayor equidad social, además de apoyo nutricional y psicológico a esas mujeres, para que así el desarrollo de sus potenciales humanos.

**PALABRAS CLAVE:** Trastornos Mentales. Salud Mental. Estado Nutricional. Epidemiología.

#### 4.4 INTRODUÇÃO

Ter acesso à alimentação faz parte dos direitos fundamentais do ser humano, estabelecendo uma relação simbiótica: um não pode ser garantido sem o outro. A Organização das Nações Unidas prevê que é necessário estabelecer condições sob as quais a justiça e o respeito às obrigações decorrentes de tratados e de outras fontes do direito internacional possam ser mantidos. Assim, ficam assegurados os direitos inerentes a todos os seres humanos, independentemente de raça, sexo, nacionalidade, etnia, idioma, religião ou qualquer outra condição<sup>1</sup>.

A dificuldade de acesso de forma regular e contínua aos alimentos configura em uma situação de Insegurança Alimentar, sobretudo nos países em desenvolvimento, como o Brasil. Esse fenômeno pode ser categorizado em graus que vai desde a preocupação de que venha faltar comida em casa, até mudanças quantitativas e qualitativas na alimentação e, por derradeiro, a fome<sup>2</sup>.

Historicamente, a preocupação com a alimentação familiar sempre foi, unicamente, da mulher. O papel da mãe zelosa e doutrinada a cuidar do lar era reservado aos afazeres domésticos, incluindo os cuidados com os filhos, enquanto o homem provia o dinheiro necessário para isso. Somente após a primeira guerra mundial, a responsabilidade para a compra dos alimentos fora do âmbito domiciliar era realizada pelo homem, tendo uma mudança significativa desde então. Os homens iam para as frentes de batalhas e as mulheres assumiam o comando da casa, incluindo o manejo financeiro e compra de alimentos<sup>3-5</sup>.

No Brasil, embora importantes avanços venham sendo vistos no que se refere à luta contra a fome e às injustiças sociais, a prevalência de Insegurança Alimentar (IA) ainda se configura como grave problema de saúde pública, afetando, sobretudo, grupos populacionais sócio-psicológico-biologicamente vulneráveis, como exemplo das mulheres. O gênero feminino é, também, o que possui as maiores prevalências de Transtornos Mentais Comuns (TMC)<sup>6,7</sup>. Estudos em diferentes contextos mundiais e populacionais mostram a vulnerabilidade de mulheres que foram expostas à condição de IA para os TMC<sup>8-13</sup>.

Nos países em desenvolvimento, a avaliação do impacto não nutricional que a IA tem na vida do indivíduo é fundamental, visando não obscurecer o quão impactante esses resultados podem ser a curto, médio e longo prazo. Devido às diversas carências estruturais que esses países possuem, uma grande parcela da população se encontra em situação de pobreza e com

acesso mínimo de condições para sua sobrevivência. Alguns estudos etnográficos descrevem com clareza a relação que essas iniquidades, como a IA, tem com aumento de consequências funcionais, como a ansiedade e a depressão<sup>14-15</sup>.

## 4.5 MÉTODOS

### 4.5.1 Tipo de estudo e planejamento amostral

O presente estudo transversal avaliou uma amostra de 3.216 mulheres, representativa da população de mulheres de 20 a 49 anos de idade, residentes em zonas urbanas e rurais do estado de Alagoas. A variável de interesse utilizada para o estudo do tamanho amostral foi o TMC, considerando-se uma prevalência de 50%. A população do estudo foi estimada em 1.608.727 mulheres<sup>16</sup>. A margem do erro assumida foi de 2,5%. Considerou-se, ainda, 2,0 para correção do desenho complexo envolvendo 160 aglomerados. Para um Intervalo de Confiança de 95%, seriam necessárias 3.200 mulheres, aos quais foram acrescidos mais 10% do total desse valor, visando cobrir possíveis perdas amostrais (casas fechadas, vazias e recusas), totalizando um número amostral de 3.520 mulheres. O tamanho da amostra foi calculado utilizando a ferramenta *Stat Calc* do software Epi Info™, versão 7.2.1.0.

Para compor a amostra, adotou-se um processo de estágios múltiplos em quatro etapas. Inicialmente, sortearam-se 40 municípios por amostragem sistemática proporcional ao número de habitantes (por possuir o  $\frac{1}{3}$  da população do estado, Maceió foi sorteada 21 vezes, enquanto o município de Arapiraca foi sorteado 2 vezes). Em seguida, foram selecionados quatro setores censitários em cada município. Nas áreas urbanas, os quarteirões identificados nos respectivos mapas dos setores censitários sorteados eram numerados e um deles, aleatoriamente, selecionado. Após isso, sorteava-se uma esquina a partir da qual eram visitadas, consecutivamente, 22 unidades residenciais. Nas áreas rurais, em virtude das peculiaridades geográficas, investigavam-se as primeiras 22 famílias localizadas, aleatoriamente, pelo conjunto dos entrevistadores.

### 4.5.2 Coleta de dados

A coleta dos dados, procedida de treinamentos, estudo piloto e teste dos formulários, foi realizada através de visitas domiciliares durante os meses de janeiro à setembro de 2014.

Foi considerada como variável dependente o TMC. Para medir sua susceptibilidade, foi utilizada a versão de vinte perguntas do *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20). O instrumento consiste em 20 perguntas com respostas dicotômicas (*sim/não*) sobre sintomas emocionais e

físicos associados a quadros psiquiátricos, tendo uma amplitude de escore de 0 a 20, onde cada resposta “sim” equivale a 1 (um) ponto. O ponto de corte utilizado para esse estudo foi de 8 pontos ou mais para a identificação de casos positivos<sup>17-19</sup>.

Como variável independente principal, a IA, é definida segundo a EBIA. No formulário, constavam 15 perguntas com respostas dicotômicas (*sim/não*) sobre a experiência alimentar da família nos últimos três meses, respondidas pela pessoa responsável pela alimentação da família. Assim, foi possível, conforme o número de respostas positivas (*sim*), discriminar, em estratos de graus leve moderada e grave, a ISAN.

Cada resposta afirmativa representou 1 ponto, sendo a classificação da escala baseada em sua soma e variando em uma amplitude de 0 (zero) a 15 (quinze) pontos nas residências com menores de 18 anos. Nos domicílios que residam somente maiores de 18 anos, a pontuação foi contabilizada de 0 (zero) a 9 (nove) pontos.

Por meio de formulários estruturados foram obtidas variáveis socioeconômicas, demográficas, ambientais e antropométricas. As consideradas foram: zona do domicílio, número de pessoas no domicílio, renda da família, classe econômica, mulher no mercado de trabalho, escolaridade, mulher como chefe do domicílio, benefício do Programa Bolsa Família, raça da mulher, idade da mulher, situação de ocupação do domicílio, número de cômodos do domicílio, chefe da família sem trabalho/renda, material do domicílio, destino do lixo, tratamento da água consumida, Índice de Massa Corporal da mulher, tipo de serviço de saúde que utiliza, histórico de aborto, número de filhos da mulher, tabagismo, etilismo.

Para a aferição do IMC das mulheres foram utilizadas balanças digitais portáteis da marca Charde® (MS6121R) com capacidade para 250 kg e subdivisões de 100g, calibradas diariamente contra peso padrão. Para aferição da estatura, foi utilizado estadiômetro portátil da marca Seca® (213), dotado de fita métrica com sensibilidade para 0,1cm. A avaliação antropométrica do estado nutricional dos adultos foi feita com base na classificação da OMS, pelo Índice de Massa Corporal<sup>20-21</sup>, classificando-as nas seguintes condições: baixo peso (IMC < 18,5kg/m<sup>2</sup>), Eutrofia (18,5 a 24,9 kg/m<sup>2</sup>) e excesso de peso (IMC ≥ 25kg/m<sup>2</sup>).

#### **4.5.3 Análise estatística**

Os dados foram tabulados em planilhas eletrônicas geradas no software Epi Info<sup>TM</sup>, versão 7.1.3.10<sup>22</sup> com dupla entrada independente, em momentos distintos. Após a comparação dos dois arquivos gerados pelo software, houve a correção de erros de digitação no editor de

planilhas Microsoft Excel<sup>®</sup> 2010 e exclusão de *outliers*, constituindo-se o banco de dados utilizado na análise estatística, a qual foi procedida com auxílio do software estatístico Stata<sup>®</sup>, 13.0<sup>23</sup>.

Na análise descritiva, foram utilizadas as frequências absoluta e relativa. Para a análise inferencial, a prevalência de TMC foi comparada às variáveis independentes, sendo a significância estatística das diferenças investigadas com o teste qui-quadrado e considerado o valor de  $p < 0,2$ . Foi utilizada como medida de associação, a Razão de Prevalência (RP) e seu Intervalo de Confiança (IC) a 95%, calculados por regressão de Poisson com ajuste robusto da variância. Na análise bruta (não ajustada), as associações que obtiveram  $p < 0,2$  na análise, foram submetidas à análise multivariável (ajustada). No modelo final, só permaneceram as variáveis que se associaram significativamente ao TMC com  $p < 0,05$ . Para a exclusão das variáveis não significantes estatisticamente, foi procedido o ajuste pelo método *backward*.

#### 4.5.4 Aspectos éticos

O estudo faz parte do projeto “II Diagnóstico de Saúde da População Materno-infantil do Estado de Alagoas”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), sob o processo nº 09093012.0.0000.5013. A coleta de dados só foi realizada com as mulheres que, após os devidos esclarecimentos, concordaram em participar e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

#### 4.6 RESULTADOS

A amostra do estudo foi de 3.216 mulheres, onde 1.542 foram classificadas como casos suspeitos para TMC, o que representa uma prevalência de 47,9% dos casos. De acordo com a EBIA, 57,8% das famílias apresentaram algum grau de ISAN, sendo 56,9% em forma leve, 30,1% de forma moderada e 12,9% de forma grave, como pode ser verificado na Tabela 1.

A prevalência de TMC entre as mulheres em condição de ISAN foi significativamente superior à observada entre aquelas em condição de SAN: 61,2% vs. 29,7% (RP=2,05; IC95% 1,88 – 2,25). Considerando as situações de SAN e ISAN leve, moderada e grave, observou-se associação do tipo dose-resposta: as prevalências de TMC foram, respectivamente, 29,8%, 49,7%, 73,7% e 82,5% (Figura 1).

A média de idade foi de 34,8 (DP  $\pm$  8,5), onde a maioria possuía idade maior que 35 anos (52,4%), referiu ter a raça diferente da branca (77,4%) e escolaridade menor que 7 anos de estudo (60,8%).

Sob o aspecto demográfico, a maioria (78,9%) residia em zona urbana, em casa própria ou financiada (63,8%), de alvenaria (99,3%), com menos de 5 cômodos (53,6%) e em domicílio com menos até 4 pessoas (69,9%). Um relevante número de domicílios (88,3%) tem como forma de coleta de lixo a coleta pública e mais da metade (53,7%) não tem tratamento da água que consome no domicílio.

Em relação às questões econômicas, mais da metade das famílias entrevistadas pertenciam às classes econômicas D-E (53,4%), não recebiam benefício do Programa Bolsa Família (50,7%) e recebiam mais ou até um salário mínimo (80,2%), com uma grande parcela (72,2%) não tendo a mulher como chefe da família ou no mercado de trabalho (78,3%) e com massivo número (94,8%) tendo o chefe da família sem trabalho ou renda.

Um expressivo número de mulheres (85,6%) fazia uso de serviço público de saúde, tinha histórico de sofrimento abortivo (68,8%), menos ou até 3 filhos (81,9%), não referenciou ser tabagista (88,3%) ou etilista (69,2%). Mais da metade das mulheres, também, apresentaram o IMC com excesso de peso. É possível verificar as frequências de todas as variáveis acima citadas na Tabela 1.

Quando realizada a análise das razões de prevalência de TMC, de acordo com as diferentes variáveis independentes (Tabela 2), foram verificados maiores riscos para essa condição de agravo de saúde em mulheres com: **1) quanto ao local de domicílio e ambiente onde está inserida:** residir em zona urbana do estado (RP=1,14; IC95% 1,03 – 1,26), não ter a casa própria ou financiada (RP=1,10; IC95% 1,02 – 1,18), ter menos de 5 cômodos (RP=1,16; IC95% 1,06 – 1,27), assim como ter material do domicílio de taipa (RP=1,78; IC95% 1,47 – 2,14) e não haver tratamento da água consumida (RP=1,10; IC95% 1,02 – 1,19); **2) quanto as questões socioeconômicas:** ter idade superior a 35 anos de idade (RP=1,10; IC95% 1,02 – 1,20), ser da raça negra (RP=1,10; IC95% 1,01 – 1,21), pertencer à classe econômica D-E (RP=1,32; IC95% 1,22 – 1,42), escolaridade inferior à 7 anos (RP=1,53; IC95% 1,42 – 1,65), renda familiar menor que um salário mínimo (RP=1,26; IC95% 1,16 – 1,37), receber benefício do programa bolsa família (RP=1,30; IC95% 1,21 – 1,40), não estar inserida no mercado de trabalho (RP=1,16; IC95% 1,04 – 1,30), ser chefe do domicílio (RP=1,20; IC95% 1,11 – 1,30) e chefe da família não ter trabalho ou renda (RP=1,24; IC95% 1,08 – 1,43); **3) quanto às condições de saúde:** fazer uso de serviço público de saúde (RP=1,70; IC95% 1,46 – 1,97), ter sofrido aborto e/ou vivenciado falecimento de filho (RP=1,27; IC95% 1,18 – 1,37), ter mais de

3 filhos (RP=1,27; IC95% 1,17 – 1,38), ser tabagista (RP=1,44; IC95% 1,31 – 1,58), assim como possuir excesso de peso (RP=1,10; IC95% 1,01 – 1,19).

Residir em domicílio com mais de 4 pessoas, ter destino do lixo diferente de coleta pública e ser etilista não demonstraram associação ( $p < 0,2$ ). A Tabela 2 apresenta a associação das variáveis ambientais, sociodemográficas e de saúde com a ocorrência de TMC, segundo a razão de prevalência (RP) bruta e ajustada.

Posteriormente, foi realizada a análise multivariada, utilizando regressão de Poisson com ajuste robusto da variância e o método *backward stepwise*, onde se obteve o cálculo da RP corrigido para as variáveis, também apresentado na Tabela 2. Após o ajuste, as variáveis que se associaram de forma independente à variável de interesse, isto é, independente de fatores de confusão, mantiveram o valor de  $p \leq 0,05$  foram: estar em insegurança alimentar (RP 1,86; IC95% 1,68 – 2,07), residir em zona rural (RP 0,87; IC95% 0,79 – 0,96), com escolaridade inferior à 7 anos (RP 1,28; IC95% 1,17 – 1,39), ter idade inferior ou igual a 35 anos (RP 0,90; IC95% 0,83 – 0,97), viver em domicílio feito de taipa (RP 1,50; IC95% 1,19 – 1,88), fazer uso de serviço público de saúde (RP 1,25; IC95% 1,06 – 1,47), ter sofrido aborto (RP 1,14; IC95% 1,05 – 1,23), além de fazer uso de tabaco (RP 1,11; IC95% 1,00 – 1,23).

## 4.7 DISCUSSÃO

### 4.7.1 Fatores demográficos e sociais individuais

O presente estudo, utilizando-se do ponto corte com escore igual ou superior que 8, como recomendado por Mari & Williams (1986)<sup>23</sup>, observou uma alta prevalência global de TMC nas mulheres do estado de Alagoas (47,9%), evidenciando um valor superior a outros estudos epidemiológicos existentes no contexto brasileiro, nos quais a prevalência variou de 31,4% a 44,1%<sup>24-27</sup>. Quando se trata do contexto alagoano, em 2012, um estudo com amostra representativa de mães do semiárido do estado, verificou uma prevalência de 44,3%<sup>28</sup>, corroborando com a prevalência encontrada no estudo atual. Essa alta prevalência pode ser explicada pela grande iniquidade social existente na população alagoana<sup>29,30</sup>, sendo determinante ao caráter multifatorial de doenças crônicas, e, também, de doenças psíquicas não-psicóticas, como o TMC.

Além disso, as mulheres da zona urbana mostram-se mais vulneráveis ao desenvolvimento de TMC, revelando uma prevalência acima da estimativa da OMS, que visou, em seu Relatório Mundial da Saúde<sup>31</sup>, uma perspectiva de 25% de TMC para a população

urbana das cidades, no mundo. Aqui, o TMC apresenta-se ainda maior do que em estudos de contextos e população alvo semelhantes<sup>32</sup>.

Em relação à idade da mulher, verifica-se uma tendência linear de que quanto maior a idade da mulher, maior o risco de desenvolver TMC. Nesse estudo, as mulheres com idade acima de 35 anos mostraram-se apresentando maior prevalência para TMC. As faixas etárias variam em relevantes estudos nacionais e internacionais<sup>33-36</sup>, mas corroboram entre si que o início do climatério é um importante indicador para a susceptibilidade a vários distúrbios mentais e físicos, visto que durante a transição para a menopausa, há uma grande quantidade de flutuação nos níveis hormonais da mulher.

Ao que tange a escolaridade das mulheres investigadas, verificou-se que as mulheres com nível de escolaridade menor ou igual a 7 anos de estudo, são mais susceptíveis a desenvolver TMC. Na mesma perspectiva, numa tendência linear dos anos de estudo e desencadeamento de TMC, percebe-se que quanto mais anos de escolaridade a mulher tem, menor é o risco de desenvolver os transtornos.

#### **4.7.2 Fatores econômicos e condições de moradia**

A variável independente principal do estudo, ISAN, mostrou-se estatisticamente significante quando associada às mulheres com TMC, não obtendo alteração no valor da associação mesmo com os fatores de confundimento. Alguns estudos foram desenvolvidos com essa associação, mas nenhum de base populacional e com a representatividade que o presente estudo. Há, pelo menos, três razões que explicariam o porquê da ISAN aumentar a probabilidade de indivíduos desenvolverem os TMC, como a depressão e a ansiedade. A primeira seria por os indivíduos desenvolverem carência de micronutrientes que são encontrados diretamente na alimentação rotineira das famílias brasileiras (como o feijão, as carnes vermelhas, aves). Estudos<sup>37-41</sup> vem demonstrando essa relação. A segunda seria a exposição excessiva com a imprevisibilidade do alimento a toda a família, gerando estresse diário e contínuo que é precursor de transtornos mentais<sup>41,42</sup>. A terceira seria a ligação social que a falta do alimento traz. O alimento traz a dinâmica do poder de compra e a falta desse poder, gera a sensação de ser do lado pobre da comunidade em que o indivíduo está inserido, sendo importante desencadeador dos TMC<sup>43-45</sup>.

Dentre as condições de moradia, viver em casa feita de taipa mostrou-se fortemente associada a ISAN. Outros autores encontraram resultados semelhantes<sup>46-51</sup>.

### 4.7.3 Condições de saúde individual

Uma das variáveis que apresentou significância estatística no modelo multivariado, associada ao risco de TMC, foi ser usuária de serviço público de saúde. Molina<sup>27</sup> corrobora com esse achado ao afirmar que apesar de o sistema público oferecer serviços de saúde para a população em geral, o tratamento para casos de cunho psiquiátrico/psicológico é quase que restrito para ocorrências com grave comprometimento ou para aqueles em que é necessária a internação psiquiátrica.

Às mulheres que praticaram aborto ou vivenciaram o falecimento de algum filho, o TMC mostrou-se estatisticamente significativo. Esse dado é amplamente discutido na literatura, visto o forte aspecto psicológico vivenciado pela maternidade e no luto pela perda de um filho<sup>47,50</sup>. O sentimento de ansiedade, depressão, culpa e vergonha podem perpetuar entre seis meses a cinco anos<sup>51</sup>.

Por fim, fazer uso de tabaco foi associado positivamente aos TMC. Estudos corrobora com esse resultado há décadas quando verificaram que a nicotina interfere nos sistemas neuroquímicos (neurorreguladores, como a acetilcolina, dopamina e norepinefrina), que, por seu turno, afetam circuitos neurais, tais como mecanismos reforçadores associados à regulação de humor<sup>52</sup>.

## 4.8 CONCLUSÃO

Esse é o primeiro estudo longitudinal de base populacional com mulheres realizado no Estado de Alagoas que investigou a associação entre ISAN e TMC. O estudo traz informações sobre a associação das características individuais, das condições de moradia e ambiente, socioeconômicas e de saúde.

O TMC é um problema de ampla magnitude e recorrência que vem incapacitando indivíduos da população mundial exponencialmente. Esse estudo trouxe uma prevalência (47,9%) acima das encontradas no contexto brasileiro, demonstrando a enorme carência de atendimentos a nível psicológico/psiquiátrico à população de mulheres alagoanas.

Devido à essa alta prevalência, torna-se importante que os profissionais de saúde sejam capacitados para identificar e tratar estes transtornos, sobretudo nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), minimizando seu impacto na qualidade de vida dessas mulheres.

Entre os fatores associados ao TMC estão: estar em ISAN, residir em zona urbana, possuir escolaridade inferior à 7 anos, idade superior a 35 anos de idade, material do domicílio ser de taipa, fazer uso de serviço público de saúde, ter sofrido aborto ou ter filho ter falecido, ser tabagista.

Assim, o presente estudo levanta subsídios importantes para a geração e orientação de políticas, programas, ações e estratégias públicas de saúde baseada nas evidências encontradas com o intuito de minimizar a ISAN e, por derradeiro, o TMC, no contexto da promoção dos direitos humanos e sociais, individuais ou coletivos, devendo ser incorporada em caráter intersetorial permitindo um diálogo e conseqüentemente, um fortalecimento entre as diferentes áreas envolvidas.

#### 4.9 COLABORADORES

R.L. Barbosa trabalhou na concepção, tabulação, análise e interpretação dos dados e na redação da versão preliminar do artigo. M.L.A. Ferreira participou na elaboração, coordenação e revisão final do artigo. H.S. Ferreira participou na concepção da pesquisa, no delineamento amostral, elaboração, coordenação, obteve financiamento para o projeto e fez a revisão final do artigo. Todos os autores aprovaram a versão final do artigo.

#### 4.10 AGRADECIMENTOS

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e a Fundação de Amparo à Pesquisa (FAPEAL) pelos recursos de fomentos concedidos para a pesquisa ser realizada. Ao Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) pelo auxílio na identificação dos setores censitários, às prefeituras dos municípios visitados, aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e à população estudada pelo apoio à pesquisa. Aos integrantes do Laboratório de Nutrição Básica e Aplicada (LNBA), pela ajuda na coleta e tabulação dos dados.

## 4.11 REFERÊNCIAS

1. ONU UN. Universal Declaration of Human Rights. In ONU; 1948. Available from: <http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/index.html>
2. Belik W. A política brasileira de segurança alimentar e nutricional: concepção e resultados. *Segurança Aliment e Nutr.* 2012;19(2):94–110.
3. Recine E, Radaelli P. Alimentação e cultura. *Bibl Virtual em Saúde [Internet]*. 2002;66. Available from: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/alimentacao\\_cultura.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/alimentacao_cultura.pdf)
4. Fonseca AB. Modernidade alimentar e consumo de alimentos : contribuições sócio-antropológicas para a pesquisa em nutrição. *Cien Saude Colet.* 2011;16(9):3853–62.
5. Avelar AES de. Fatores de influência no consumo de alimentos e alimentação fora do lar. 2010;142.
6. Moreno EAC. Fatores Associados ao Risco de Transtorno Mental Comum. Universidade Federal de Pernambuco; 2012.
7. Lucchese R, Sousa K de, Bonfin S do P, Vera I, Santana FR. Prevalência de transtorno mental comum na atenção primária. *Acta Paul Enferm.* 2014 Jul;27(3):200–7.
8. Siefert K, Heflin CM, Corcoran ME, Williams DR. Food Insufficiency and the Physical and Mental Health of Low-Income Women. *Women Health [Internet]*. 2001 Jul 5;32(1–2):159–77. Available from: [http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J013v32n01\\_08](http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J013v32n01_08)
9. Heflin CM, Siefert K, Williams DR. Food insufficiency and women’s mental health: Findings from a 3-year panel of welfare recipients. *Soc Sci Med.* 2005;61(9):1971–82.
10. Hadley C, Tegegn A, Tessema F, Cowan J a, Asefa M, Galea S. Food insecurity, stressful life events and symptoms of anxiety and depression in east Africa: evidence from the Gilgel Gibe growth and development study. *J Epidemiol Community Health [Internet]*. 2008;62(11):980–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18854502>
11. Hadley C, Patil CL. Seasonal changes in household food insecurity and symptoms of anxiety and depression. *Am J Phys Anthropol [Internet]*. 2008 Feb;135(2):225–32. Available from: <http://www.amazon.com/dp/0521818478>
12. Weaver LJ, Hadley C. Moving beyond hunger and nutrition: a systematic review of the evidence linking food insecurity and mental health in developing countries. *Ecol Food Nutr.* 2009;48(4):263–84.
13. Muldoon KA, Duff PK, Fielden S, Anema A. Food insufficiency is associated with psychiatric morbidity in a nationally representative study of mental illness among food insecure Canadians. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2013;48(5):795–803.
14. Scheper-Hughes N. *Death without weeping : the violence of everyday life in Brazil.* 1992;614.
15. Howard M, Millard A V. Hunger and shame: child malnutrition and poverty on mount Kilimanjaro. *Am Anthropol Assoc.* 1997;14:271.

16. Pinho P de S, Araújo TM de. Associação entre sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns em mulheres. 2012;15(3):560–72.
17. Tobergte DR, Curtis S. O mundo contemporâneo do trabalho e a saúde mental do trabalhador - II. *J Chem Inf Model*. 2013;53(9):1689–99.
18. Lucchese R, Sousa K de, Bonfin S do P, Vera I, Santana FR. Prevalência de transtorno mental comum na atenção primária. *Acta Paul Enferm*. 2014;27(3):200–7.
19. WHO. The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope. In: Organização Mundial da Saúde [Internet]. 2001. p. 25p. Available from: [http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf)
20. ABESO. Diretrizes brasileiras de obesidade 2016/ABESO. In: ABESO. São Paulo; 2016. p. 188.
21. StataCorp LP S. Stata® - Data Analysis and Statistical Software. College Station, TX - USA; 2013.
22. Mari JJ, Williams P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. *Br J Psychiatry*. 1986;148(1):23–6.
23. Demarco DDA, Jardim VMDR, Kantorski LP. Cuidado em saúde às pessoas com transtorno mental na Rede de Atenção Psicossocial. *Rev Pesqui Cuid é Fundam Online [Internet]*. 2016 Jul 15;8(3):4821–5. Available from: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4361>
24. SILVA DF da, SANTANA PR de. Transtornos mentais e pobreza no Brasil: uma revisão sistemática. *Tempus Actas de Saúde Coletiva [Internet]*. 2012;6(4):175–85. Available from: <http://tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/1214>
25. Molina MRAL, Wiener CD, Branco JC, Jansen K, Souza LDM De, Tomasi E, et al. Prevalência de depressão em usuários de unidades de atenção primária. *Rev Psiquiatr Clínica [Internet]*. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2012 [cited 2016 Apr 14];39(6):194–7. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-60832012000600003&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832012000600003&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)
26. Paffer AT de, Ferreira H da silva, Júnior CR cabral, de Miranda CT. Prevalence of common mental disorders in mothers in the semiarid region of Alagoas and its relationship with nutritional status Prevalência de transtornos mentais comuns em mães do semi-árido de Alagoas e sua relação com o estado nutricional. *Sao Paulo Med J [Internet]*. 2012;130(2):84–91. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=medl&NEWS=N&AN=22481753>
27. Mendenhall E. Syndemics: A New Path for Global Health Research. *Lancet*. 2017;in press:889–91.
28. Baer HA, Singer M, Susser I. Syndemics and the biosocial nature of health. *Med Anthropol World Syst [Internet]*. Elsevier Ltd; 2013;389(10072):301–30. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30003-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30003-X)
29. Araújo, Tânia Maria De; Almeida MMG de. Transtornos Mentais Comuns Em

- Mulheres: estudo comparativo entre donas-de-casa e trabalhadoras. 2006;14(2):260–9.
30. Maragno L, Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HMD, César CLG. Prevalência de Transtornos Mentais Comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no município de São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2006;22(8):1639–48.
  31. Rocha SV, Almeida MMG De, Araújo TM De, Virtuoso Júnior JS. Prevalência de transtornos mentais comuns entre residentes em áreas urbanas de Feira de Santana, Bahia. *Rev Bras Epidemiol*. 2010;13(4):630–40.
  32. Karmakar N, Majumdar S, Dasgupta A, Das S. Quality of life among menopausal women: A community-based study in a rural area of West Bengal. *J Midlife Heal*. 2017;8(1):21–7.
  33. Tyuvina NA, Balabanova V V., Voronina EO. The differential diagnosis and treatment of depressive disorders in climacteric transition. *Zhurnal Nevrol i psikiatrii im SS Korsakova* [Internet]. 2017;117(3):22. Available from: <http://www.mediasphera.ru/issues/zhurnal-nevrologii-i-psikiatrii-im-s-s-korsakova/2017/3/downloads/ru/1199772982017031022>
  34. Sathyanarayana Rao T, Asha M, Ramesh B, Jagannatha Rao K. Understanding nutrition, depression and mental illnesses. *Indian J Psychiatry* [Internet]. 2008;50(2):77. Available from: <http://www.indianjpsychiatry.org/text.asp?2008/50/2/77/42391>
  35. Weaver LJ, Hadley C. Moving Beyond Hunger and Nutrition: A Systematic Review of the Evidence Linking Food Insecurity and Mental Health in Developing Countries. *Ecol Food Nutr* [Internet]. 2009 Jul 20;48(4):263–84. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/03670240903001167>
  36. Kaplan BJ, Crawford SG, Field CJ, Simpson JSA. Vitamins, minerals, and mood. *Psychol Bull* [Internet]. 2007;133(5):747–60. Available from: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0033-2909.133.5.747>
  37. Champagne CM, Casey PH, Connell CL, Stuff JE, Gossett JM, Harsha DW, et al. Poverty and Food Intake in Rural America: Diet Quality Is Lower in Food Insecure Adults in the Mississippi Delta. *J Am Diet Assoc* [Internet]. 2007 Nov;107(11):1886–94. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002822307016136>
  38. Muldoon KA, Duff PK, Fielden S, Anema A. Food insufficiency is associated with psychiatric morbidity in a nationally representative study of mental illness among food insecure Canadians. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* [Internet]. 2013 May 11;48(5):795–803. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s00127-012-0597-3>
  39. Heflin CM, Siefert K, Williams DR. Food insufficiency and women’s mental health: Findings from a 3-year panel of welfare recipients. *Soc Sci Med* [Internet]. 2005 Nov;61(9):1971–82. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0277953605001796>
  40. Alencar ÁG de. Do conceito estratégico de segurança alimentar ao plano de ação da FAO para combater a fome. *Rev Bras Política Int* [Internet]. 2001 Jun;44(1):137–44. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-73292001000100009&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-73292001000100009&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)
  41. IPEA I de PEA. A Segurança Alimentar e Nutricional e o Direito Humano à

- Alimentação no Brasil. In: Documento elaborado para a visita ao Brasil do Relator Especial da Comissão de Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas sobre Direito à Alimentação. Brasília; 2002. p. 69.
42. Almeida JA, Santos AS, Nascimento MA de O, Oliveira JVC, Silva DG da, Mendes-Netto RS. Fatores associados ao risco de insegurança alimentar e nutricional em famílias de assentamentos rurais. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2017;22(2):479–88. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232017000200479&lng=pt&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017000200479&lng=pt&nrm=iso&tlng=en)
  43. Salles-Costa R, Pereira RA, De Vasconcellos MTL, Da Veiga GV, De Marins VMR, Jardim BC, et al. Associação entre fatores socioeconômicos e insegurança alimentar: estudo de base populacional na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, Brasil. *Rev Nutr*. 2008;21(suppl.):99–109.
  44. Vianna RP de T, Segall-Corrêa AM. Household food insecurity in municipalities of the Paraíba State, Brazil. *Rev Nutr*. 2008;21:111s–122s.
  45. Santos JV dos, Gigante DP, Domingues MR. Prevalência de insegurança alimentar em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, e estado nutricional de indivíduos que vivem nessa condição. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2010 Jan;26(1):41–9. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2010000100005&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000100005&lng=pt&tlng=pt)
  46. Anschau FR, Matsuo T, Segall-Corrêa AM. Insegurança alimentar entre beneficiários de programas de transferência de renda. *Rev Nutr* [Internet]. 2012 Apr;25(2):177–89. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-52732012000200001&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732012000200001&lng=pt&tlng=pt)
  47. Ferreira H da S, Souza MEDCA d, Moura FA, Horta BL. Prevalência e fatores associados à Insegurança Alimentar e Nutricional em famílias dos municípios do norte de Alagoas, Brasil, 2010. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2014 May;19(5):1533–42. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014000501533&lng=pt&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000501533&lng=pt&nrm=iso&tlng=en)
  48. Monteiro F, Schmidt ST, Costa IB da, Almeida CCB, Matuda N da S. Bolsa Família: insegurança alimentar e nutricional de crianças menores de cinco anos. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2014 May;19(5):1347–58. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014000501347&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000501347&lng=pt&tlng=pt)
  49. Nomura RMY, Benute GRG, de Azevedo GD, Dutra EMD, Borsari CG, Reboucas MSS, et al. Depression, emotional and social aspects in the abortion context: a comparison between two Brazilian capitals. *Rev Assoc Med Bras*. 2011;57(6):644–50.
  50. Airosa S, Silva I. Associação Entre Vinculação, Ansiedade, Depressão, Stresse E Suporte Social Na Maternidade. 2013;14(1):64–77. Available from: [www.sp-ps.com](http://www.sp-ps.com)
  51. Mariutti MG, Furegato ARF. Fatores protetores e de risco para depressão da mulher após o aborto. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2010 Apr;63(2):183–9.
  52. Rondina R de C, Gorayeb R, Botelho C. Relação entre tabagismo e transtornos psiquiátricos. *Rev Psiquiatr Clin*. 2003;30(6):221–8.

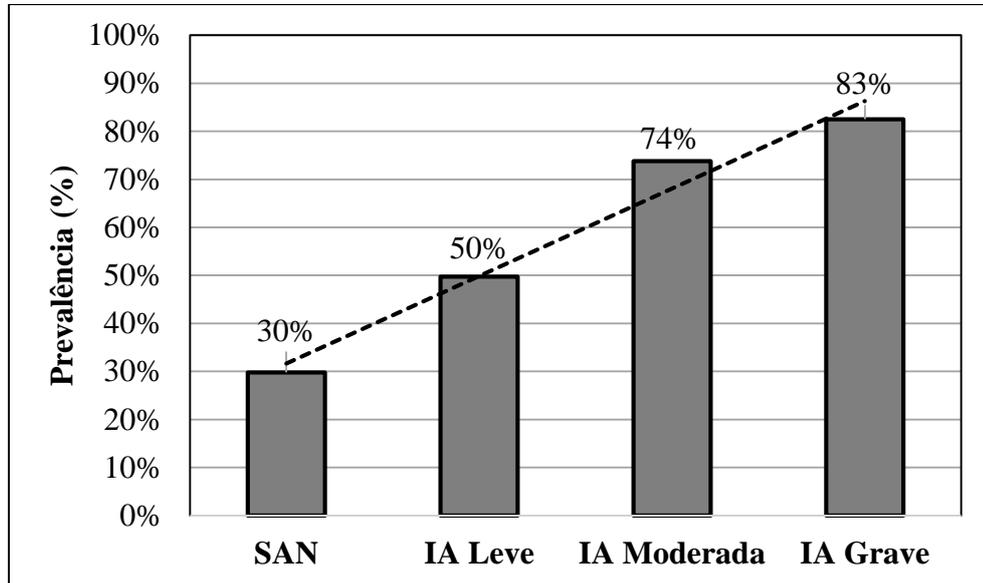
## 4.12 RESULTADOS

**Tabela 1** – Caracterização e distribuição da amostra, segundo variáveis demográficas, socioeconômicas, ambientais e antropométricas.

Variáveis	n	%	Transtorno Mental Comum	
			n	%
<b>ALAGOAS</b>	<b>3.216</b>		<b>1.542</b>	<b>47,9</b>
<b><i>Insegurança Alimentar</i></b>	<b>1.861</b>	<b>57,8</b>	<b>1.139</b>	<b>61,2</b>
Segurança Alimentar	1.349	42,0	402	29,8
Leve	1.058	33,0	526	49,7
Moderada	560	17,5	413	73,7
Grave	240	7,5	198	82,5
<b><i>Idade da mulher</i></b>				
≤ 35 anos	1.654	51,5	698	42,2
> 35 anos	1.559	48,5	842	54,0
<b><i>Escolaridade da mulher</i></b>				
< 7 anos	1.783	55,7	844	59,6
≥ 7 anos	1.415	44,2	692	38,8
<b><i>Zona do domicílio</i></b>				
Rural	676	21,0	305	45,1
Urbana	2.540	79,0	1.237	48,7
<b><i>Tipo de ocupação do domicílio</i></b>				
Própria/Financiada	2.052	63,9	948	46,2
Não própria	1.161	36,1	592	50,9
<b><i>Material do domicílio</i></b>				
Alvenaria	3.193	99,4	1.523	47,7
Taipa	20	0,6	17	85,0
<b><i>Renda da família*</i></b>				
< 1 salário mínimo	588	19,7	340	57,8
≥ 1 salário mínimo	2.393	80,3	1.091	45,5
<b><i>Mulher no mercado de trabalho</i></b>				
Sim	595	27,8	237	39,8
Não	1.546	72,2	720	46,5
<b><i>Chefe da família sem trabalho/renda</i></b>				
Não	2.851	94,8	90	57,6
Sim	156	5,2	1.322	46,3
<b><i>Tipo de serviço de saúde que utiliza</i></b>				
Público	2.623	85,6	1.328	50,6
Privado	441	14,4	131	29,7
<b><i>Histórico de aborto ou falecimento de filho</i></b>				
Sim	968	31,2	552	57,0
Não	2.139	68,8	954	44,6
<b><i>Número de filhos da mulher</i></b>				
≤ 3 filhos	2.385	81,9	316	60,0
> 3 filhos	526	18,1	1.124	47,1
<b><i>Tabagismo</i></b>				
Sim	323	11,7	208	64,4
Não	2.443	88,3	1.090	44,6
<b><i>Etilismo</i></b>				
Sim	987	30,8	486	49,2
Não	2.220	69,2	1.053	47,4

\* Salário mínimo à época do estudo: R\$724,00.

**Figura 1** – Prevalência de Transtornos Mentais Comuns em mulheres do estado de Alagoas, segundo a condição de Segurança Alimentar (SAN) ou Insegurança Alimentar (IA) leve, moderada e grave. Alagoas, Brasil – 2015.



**Tabela 2** – Razão de prevalência (RP) e intervalo de confiança (IC95%) dos Transtornos Mentais Comuns em mulheres da população alagoana, segundo variáveis ambientais, sociodemográficas e de saúde.

Variável	Análise Bruta			Análise Ajustada		
	RP	IC95%	<i>p</i>	RP	IC95%	<i>p</i>
<i>Insegurança alimentar</i>	2,05	1,88 – 2,25	< 0,001	1,86	1,68 – 2,07	< 0,001
<i>Residir em zona urbana</i>	1,07	0,98 – 1,18	0,104	1,14	1,03 – 1,26	0,009
<i>Renda familiar menor que 1 salário mínimo</i>	1,26	1,16 – 1,37	< 0,001			
<i>Mulher não estar inserida no mercado de trabalho</i>	1,16	1,04 – 1,30	0,006			
<i>Escolaridade da mulher ser inferior à 7 anos</i>	1,53	1,42 – 1,65	< 0,001	1,28	1,17 – 1,39	< 0,001
<i>Idade da mulher ser superior a 35 anos de idade</i>	1,27	1,19 – 1,37	< 0,001	1,10	1,02 – 1,20	0,014
<i>Domicílio não ser próprio ou financiado</i>	1,10	1,02 – 1,18	0,008			
<i>Chefe da família não ter trabalho/renda</i>	1,24	1,08 – 1,43	0,002			
<i>Material do domicílio ser de taipa</i>	1,78	1,47 – 2,14	< 0,001	1,50	1,19 – 1,88	0,001
<i>Fazer uso de serviço público de saúde</i>	1,70	1,46 – 1,97	< 0,001	1,25	1,06 – 1,47	0,006
<i>Mulher ter sofrido aborto ou ter filho ter falecido</i>	1,27	1,18 – 1,37	< 0,001	1,14	1,05 – 1,23	0,001
<i>Mulher ter mais de 3 filhos</i>	1,27	1,17 – 1,38	< 0,001			
<i>Mulher ser tabagista</i>	1,44	1,31 – 1,58	< 0,001	1,11	1,00 – 1,23	0,039
<i>Mulher ser etilista</i>	1,03	0,96 – 1,12	0,341			

RP = Razão de Prevalência; IC95% = Intervalo de Confiança de 95%; *p* = nível de significância estatística.

## REFERÊNCIAS

- ABEP, A. B. de E. de P. **Critério de Classificação Econômica do Brasil**. Disponível em: <<http://www.abep.org/criterio-brasil>>. Acesso em: 17 abr. 2017.
- ABESO. **Diretrizes brasileiras de obesidade 2016**/ABESO. In: ABESO, São Paulo. Anais... São Paulo: 2016.
- AIROSA, S.; SILVA, I. **Associação entre vinculação, ansiedade, depressão, stresse e suporte social na maternidade**. v. 14, n. 1, p. 64–77, 2013.
- ALENCAR, Á. G. de. Do conceito estratégico de segurança alimentar ao plano de ação da FAO para combater a fome. **Revista Brasileira de Política Internacional**, v. 44, n. 1, p. 137–44, 2001a. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-73292001000100009&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-73292001000100009&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)>.
- ALENCAR, Á. G. de. Do conceito estratégico de segurança alimentar ao plano de ação da FAO para combater a fome. **Revista Brasileira de Política Internacional**, v. 44, n. 1, p. 137–144, jun. 2001b. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-73292001000100009&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-73292001000100009&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)>.
- ALMEIDA, M. de. **Geografia global**. São Paulo: Escala Educacional, 2011.
- ANDRADE, M. C. De. Josué de Castro: o homem, o cientista e seu tempo. **Estudos Avançados**, v. 11, n. 1996, p. 169–194, 1997.
- ANGÉLICO, A. P. **Transtorno de ansiedade social e habilidades sociais: estudo psicométrico e empírico**. 2009. Universidade de São Paulo, 2009.
- ANSCHAU, F. R.; MATSUO, T.; SEGALL-CORRÊA, A. M. Insegurança alimentar entre beneficiários de programas de transferência de renda. **Revista de Nutricao**, v. 25, n. 2, p. 177–189, 2012.
- APA, A. P. A. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. In: Fourth Edition, **Anais...**2005.
- APÓSTOLO, J. L. A.; FIGUEIREDO, M. H.; MENDES, A. C.; RODRIGUES, M. A. Depressão, ansiedade e estresse em usuários de cuidados primários de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 348–353, 2011.
- ARAÚJO, T. M. de; PINHO, P. D. S.; ALMEIDA, M. M. G. De. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 5, n. 3, p. 337–348, 2005.
- AZEVEDO, E. De; GOMES DE OLIVEIRA RIBAS, M. T. Are we secure? Reflections on indicators for evaluating food and nutritional security. **Revista de Nutrição**, v. 29, n. 2, p. 241–251, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1678-98652016000200008>>.
- BAER, H. A.; SINGER, M.; SUSSER, I. Syndemics and the biosocial nature of health. **Medical Anthropology and the World System**, v. 389, n. 10072, p. 301–330, 2013. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30003-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30003-X)>.
- BARBOSA, V. F. B.; MARTINHAGO, F.; HOEPFNER, Â. M. da S.; DARÉ, P. K.; CAPONI, S. N. C. de. O cuidado em saúde mental no Brasil: uma leitura a partir dos dispositivos de biopoder e biopolítica. **Saúde Debate**, v. 40, n. 108, p. 178–189, 2016.
- BELIK, W. A política brasileira de segurança alimentar e nutricional: concepção e resultados. **Segurança Alimentar e Nutricional**, v. 19, n. 2, p. 94–110, 2012.

BEZERRA, T. A.; OLINDA, R. A. de; PEDRAZA, D. F. Insegurança alimentar no Brasil segundo diferentes cenários sociodemográficos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 2, p. 637–651, 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232017000200637&lng=pt&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017000200637&lng=pt&nrm=iso&tlng=en)>.

BORGES, T. L.; HEGADOREN, K. M.; MIASSO, A. I. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos em mulheres atendidas em unidades básicas de saúde em um centro urbano brasileiro. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 38, n. 3, p. 195–201, 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. **Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006**, 2006a.

BRASIL, M. da S. Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental: Cuidar, sim. Excluir, não. – Efetivando a Reforma Psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social. In: Brasília - DF. **Anais...** Brasília - DF: Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde;, 2002a.

BRASIL, M. da S. Legislação em saúde mental: 1990-2002. In: Série E. Legislação de Saúde, Brasília - DF. **Anais...** Brasília - DF: 2002b.

BRASIL, M. da S. **II Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional: a construção da política de segurança alimentar e nutricional**. In: Relatório FInal, Brasília - DF. **Anais...** Brasília - DF: 2004.

BRASIL, M. da S. **Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil**. In: Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas, 85, Brasília. **Anais...** Brasília: Coordenação Geral de Saúde Mental, 2005.

BRASIL, M. da S. **Caderno de atenção básica - saúde mental / ministério da saúde, secretaria de atenção à saúde, departamento de atenção básica, departamento de ações programáticas estratégicas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL, M. da S. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. In: **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica**. [s.l: s.n.]p. 86.

BRASIL, M. do D. S. e C. à F. Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN). In: Diagnóstico de Implantação no Âmbito Estadual, Brasília. **Anais...** Brasília: 2010.

BRASIL, M. do desenvolvimento social e combate à fome. **Lei de segurança alimentar e nutricional**. In: Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006, Brasília. **Anais...** Brasília: 2006b.

BRASIL, S. de D. H. da P. da R. **Direito à alimentação adequada**. [s.l: s.n.]

BRASIL, S. F. Constituição. In: **Constituição da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF. **Anais...** Brasília, DF: 1988.

BRASÍLIA, 2010. **Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional**. p. 1–7, 2010.

CARNEIRO, H. **Comida e sociedade: uma história da alimentação**. 7ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.

CASTRO, J. de. **A geografia da fome**. Rio de Janeiro: Empresa Gráfica O Cruzeiro, 1946.

CASTRO, J. de. **Geografia da fome**. Rio de Janeiro: Antares, 1984a.

CASTRO, J. de. Geografia da fome: o dilema brasileiro: pão ou aço. **Rio de Janeiro**, p. 361, 1984b. Disponível em: <<http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:geografia+da+fome#4>>.

CDC, ATLANTA, USA, C. for D. C. and P. **EpiInfo**<sup>TM</sup>Atlanta - USA, 2015. .

CHAMPAGNE, C. M.; CASEY, P. H.; CONNELL, C. L.; STUFF, J. E.; GOSSETT, J. M.; HARSHA, D. W.; MCCABE-SELLERS, B.; ROBBINS, J. M.; SIMPSON, P. M.; WEBER, J. L.; BOGLE, M. L. Poverty and Food Intake in Rural America: Diet Quality Is Lower in Food Insecure Adults in the Mississippi Delta. **Journal of the American Dietetic Association**, v. 107, n. 11, p. 1886–1894, 2007.

COELHO, S. E. dos A. C.; GUBERT, M. B. Insegurança alimentar e sua associação com consumo de alimentos regionais brasileiros. **Revista de Nutrição**, v. 28, n. 5, p. 555–567, 2015.

COLE, S. M.; TEMBO, G. The effect of food insecurity on mental health: Panel evidence from rural Zambia. **Social Science and Medicine**, v. 73, n. 7, p. 1071–1079, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.07.012>>.

COSTA, NEUZA MARIA BRUNORO ROSA, C. de O. B. **Alimentos funcionais - compostos bioativos e efeitos fisiológicos**. Rio de Janeiro: Rubio, 2016.

COUTINHO, L.; MATIJASEVICH, A.; SCAZUFCA, M.; MENEZES, P. R. Prevalência de transtornos mentais comuns e contexto social: análise multinível do São Paulo Ageing & Health Study ( SPAH ). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 9, p. 1875–1883, 2014.

CUNHA, R. V. Da; BASTOS, G. A. N.; DUCA, G. F. Del. Prevalência de depressão e fatores associados em comunidade de baixa renda de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 15, n. 2, p. 346–354, 2012.

DE SOUZA LIMA, R.; FERREIRA NETO, J. A.; PEREIRA FARIAS, R. de C. Alimentação, comida e cultura: o exercício da comensalidade. **Demetra: Alimentação, Nutrição & Saúde**, v. 10, n. 3, p. 507–522, 28 jul. 2015. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/view/16072>>.

DOS SANTOS, E. G.; DE SIQUEIRA, M. M. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: Uma revisão sistemática de 1997 a 2009. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 59, n. 3, p. 238–246, 2010.

DRUMMOND, B. L. da C.; RADICCHI, A. L. A.; GONTIJO, E. C. D. Fatores sociais associados a transtornos mentais com situações de risco na atenção primária de saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 17, p. 68–80, 2014.

EATON, W. W.; MARTINS, S. S.; NESTADT, G.; BIENVENU, O. J.; CLARKE, D.; ALEXANDRE, P. The Burden of Mental Disorders. **Epidemiologic Reviews**, v. 30, n. 1, p. 1–14, maio 2008.

FERREIRA, H. D. S.; FLORÊNCIO, T. M. T. D. M.; FRAGOSO, M. D. A. C.; MELO, F. P.; DA SILVA, T. G. Hipertensão, obesidade abdominal e baixa estatura: Aspectos da transição nutricional em uma população favelada. **Revista de Nutricao**, v. 18, n. 2, p. 209–218, 2005.

FOUCAULT, M. **História da loucura**. São Paulo: Perspectiva, 1972.

FRANKENBERGER, T. R.; FRANKEL, L.; ROSS, S.; BURKE, M.; CARDENAS, C.; CLARK, D. Household livelihood security: a unifying conceptual framework for CARE programs. Proceedings of the USAID workshop on performance measurement for food security. **United States Agency for International Development**, 1997.

GHATTAS, H. Food Security and Nutrition in the context of the Global Nutrition Transition. In: **Food and Agriculture Organization of the United Nations**. [s.l.: s.n.]p. 1–15.

GOLDBERG, D.; HUXLEY, P. **Common mental disorders: a biosocial model**. [s.l.: s.n.]

GONÇALVES, D. A.; MARI, J. de J.; BOWER, P.; GASK, L.; DOWRICK, C.; TÓFOLI, L. F.;

CAMPOS, M.; PORTUGAL, F. B.; BALLESTER, D.; FORTES, S. Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 3, p. 623–632, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2014000300623&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000300623&lng=en&nrm=iso&tlng=en)>.

GONÇALVES, D. M.; STEIN, A. T.; KAPCZINSKI, F. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 2, p. 380–390, 2008.

HADLEY, C.; PATIL, C. L. Seasonal changes in household food insecurity and symptoms of anxiety and depression. **American Journal of Physical Anthropology**, v. 135, n. 2, p. 225–232, fev. 2008. Disponível em: <<http://www.amazon.com/dp/0521818478>>.

HADLEY, C.; TEGEGN, A.; TESSEMA, F.; COWAN, J. a; ASEFA, M.; GALEA, S. Food insecurity, stressful life events and symptoms of anxiety and depression in east Africa: evidence from the Gilgel Gibe growth and development study. **Journal of epidemiology and community health**, v. 62, n. 11, p. 980–6, 2008. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18854502>>.

HEFLIN, C. M.; SIEFERT, K.; WILLIAMS, D. R. Food insufficiency and women's mental health: Findings from a 3-year panel of welfare recipients. **Social Science and Medicine**, v. 61, n. 9, p. 1971–1982, 2005.

HOWARD, M.; MILLARD, A. V. Hunger and shame: child malnutrition and poverty on mount Kilimanjaro. **American Anthropological Association**, v. 14, p. 271, 1997.

IBGE, I. B. de G. e E. **Censo demográfico**. [s.l.: s.n.].

IBGE, I. B. de G. e E. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). In: Segurança alimentar 2013, Rio de Janeiro: IBGE. **Anais...** Rio de Janeiro: IBGE: 2013a.

IBGE, I. B. de G. e E. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. In: **Anais...**Supervisão de Disseminação de Informações em Alagoas, 2013b.

IPEA, I. de P. E. A. A Segurança Alimentar e Nutricional e o Direito Humano à Alimentação no Brasil. In: Documento elaborado para a visita ao Brasil do Relator Especial da Comissão de Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas sobre Direito à Alimentação, Brasília. **Anais...** Brasília: 2002.

JANSEN, K.; MONDIN, T. C.; ORES, L. D. C.; SOUZA, L. D. D. M.; KONRADT, C. E.; PINHEIRO, R. T.; SILVA, R. A. Da. Transtornos mentais comuns e qualidade de vida em jovens: uma amostra populacional de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad Saude Publica**, v. 27, n. 3, p. 440–448, 2011.

KARMAKAR, N.; MAJUMDAR, S.; DASGUPTA, A.; DAS, S. Quality of life among menopausal women: A community-based study in a rural area of West Bengal. **Journal of Mid-life Health**, v. 8, n. 1, p. 21–27, 2017.

KEPPLE, A.; SEGALL-CORRÊA, A. Conceptualizing and measuring food and nutrition security. **Ciência & Saúde Coletiva**, p. 187–199, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000100022&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000100022&script=sci_arttext)>.

LEAL VIDAL, CARLOS EDUARDO YAÑEZ, B. D. F. P.; CHAVES, C. V. S.; YAÑEZ, C. D. F. P.; MICHALAROS, I. A.; ALMEIDA, L. A. S. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos em mulheres Common mental disorders and use of psychotropic drugs in women. v. 21, n. 4, p. 457–464, 2013.

LÉVI-STRAUSS, C. **O cru e o cozido: mitológicas i**. Rio de Janeiro: Cosac Naify, 2004.

LIPOWSKI, Z. J. Somatization: the concept and its clinical application. **The American journal of**

- psychiatry**, v. 145, n. 11, p. 1358–68, nov. 1988. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3056044>>. Acesso em: 10 maio. 2016.
- LOPEZ, A. D.; MURRAY, C. C. The global burden of disease, 1990-2020. **Nature medicine**, v. 4, n. 11, p. 1241–3, dez. 1998. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9809543>>. Acesso em: 31 maio. 2016.
- LUCCHESI, R.; SOUSA, K. de; BONFIN, S. do P.; VERA, I.; SANTANA, F. R. Prevalência de transtorno mental comum na atenção primária. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 27, n. 3, p. 200–207, jul. 2014.
- LUND, C.; BREEN, A.; FLISHER, A. J.; KAKUMA, R.; CORRIGALL, J.; JOSKA, J. A.; SWARTZ, L.; PATEL, V. Poverty and common mental disorders in low and middle income countries: A systematic review. **Social Science and Medicine**, v. 71, n. 3, p. 517–528, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.04.027>>.
- MAES, K. C.; HADLEY, C.; TEFAYE, F.; SHIFFERAW, S. Food insecurity and mental health: Surprising trends among community health volunteers in Addis Ababa, Ethiopia during the 2008 food crisis. **Social Science and Medicine**, v. 70, n. 9, p. 1450–1457, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.01.018>>.
- MALTHUS, T. R. **Ensaio sobre o princípio da população**. [s.l.] Europa-America, 1999.
- MARAGNO, L.; GOLDBAUM, M.; GIANINI, R. J.; NOVAES, H. M. D.; CÉSAR, C. L. G. Prevalência de Transtornos Mentais Comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de saúde pública**, v. 22, n. 8, p. 1639–1648, 2006.
- MARI, J. J.; WILLIAMS, P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. **The British Journal of Psychiatry**, v. 148, n. 1, p. 23–26, 1986.
- MATEUS, M. D. Políticas de Saúde Mental. In: Baseado no curso Políticas Públicas de Saúde Mental, do CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira São, São Paulo: Instituto de Saúde. **Anais...** São Paulo: Instituto de Saúde: 2013.
- MORENO, E. A. C. **Fatores associados ao risco de transtorno mental comum**. 2012. Universidade Federal de Pernambuco, 2012.
- MULDOON, K. A.; DUFF, P. K.; FIELDEN, S.; ANEMA, A. Food insufficiency is associated with psychiatric morbidity in a nationally representative study of mental illness among food insecure Canadians. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 48, n. 5, p. 795–803, 2013.
- NASCIMENTO, R. C. A fome como uma questão social nas políticas públicas brasileiras. **Revista IDeAS - Interface em Desenvolvimento, Agricultura e Sociedade**, v. 3, n. 2, p. 197–225, 2009. Disponível em: <[http://r1.ufrj.br/cpda/ideas/revistas/v03/n02/IDeAS-v03\\_n02-Artigo\\_RENATO\\_CARVALHEIRA.pdf](http://r1.ufrj.br/cpda/ideas/revistas/v03/n02/IDeAS-v03_n02-Artigo_RENATO_CARVALHEIRA.pdf)>.
- OLIVEIRA, W. K. De. Hábitos alimentares contemporâneos e a elaboração de uma ética teológica em perspectiva. **Anais do Congresso Internacional da Faculdade EST**, v. 1, p. 1178–1194, 2012a.
- OLIVEIRA, W. K. De. Hábitos alimentares contemporâneos e a elaboração de uma ética teológica em perspectiva. In: Anais do Congresso Internacional da Faculdades EST, **Anais...**2012b.
- OMS. Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários Uma perspectiva global Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários. In: Portugal. **Anais...** Portugal: 2009.
- OMS. CID 10 - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. In: **Anais...**2014.

OMS, O. M. da S. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. Relatório sobre a saúde no mundo. In: Genebra. **Anais...** Genebra: 2001.

ONU, U. N. Universal Declaration of Human Rights. In: **Anais...**ONU, 1948. Disponível em: <<http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/index.html>>.

PAFFER, A. T. de; FERREIRA, H. da silva; JÚNIOR, C. R. cabral; DE MIRANDA, C. T. Prevalence of common mental disorders in mothers in the semiarid region of Alagoas and its relationship with nutritional status Prevalência de transtornos mentais comuns em mães do semi-árido de Alagoas e sua relação com o estado nutricional. **Sao Paulo Medical Journal**, v. 130, n. 2, p. 84–91, 2012. Disponível em: <<http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=medl&NEWS=N&AN=22481753>>.

PÉREZ-ESCAMILLA, R.; SEGALL-CÔRREA, A. M. Food insecurity measurement and indicators. **Revista de Nutrição**, v. 21, p. 15–26, 2008.

PESSANHA, L. D. R. **A experiência brasileira em políticas públicas para a garantia do direito ao alimento.** [s.l.: s.n.]

PINHO, P. de S.; ARAÚJO, T. M. de. Associação entre sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns em mulheres. v. 15, n. 3, p. 560–572, 2012.

PNUD, P. das N. U. para o D. no B. **Desenvolvimento Humano e IDH.** Disponível em: <<http://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/idh0.html>>. Acesso em: 26 abr. 2017.

POBLACION, A. P.; MARÍN-LEÓN, L.; SEGALL-CORRÊA, A. M.; SILVEIRA, J. A.; TADDEI, J. A. de A. C. Insegurança alimentar em domicílios brasileiros com crianças menores de cinco anos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 5, p. 1067–1078, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2014000501067&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000501067&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>.

RECINE, E.; RADAELLI, P. Alimentação e cultura. **Biblioteca Virtual em Saúde**, p. 66, 2002. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/alimentacao\\_cultura.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/alimentacao_cultura.pdf)>.

ROCHA, E. G. A construção democrática do direito à alimentação adequada e a regulação de alimentos. **Revista de Direito Sanitário**, v. 17, n. 3, p. 107, 2017. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/127778>>.

ROCHA, S. V.; ALMEIDA, M. M. G. de; ARAÚJO, T. M. de; VIRTUOSO JÚNIOR, J. S. Prevalência de transtornos mentais comuns entre residentes em áreas urbanas de Feira de Santana, Bahia. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 13, n. 4, p. 630–640, 2010.

ROSA, J. G. **Homens e mulheres: Afinal, somos iguais ou diferentes ?** [s.l.: s.n.].

SCHAPPO, S. Josué de Castro e a agricultura de sustentação em Geografia da fome. **Sociologias**, v. 16, n. 35, p. 306–338, 2014a. Disponível em: <<http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84898644265&partnerID=tZOtx3y1>>.

SCHAPPO, S. Josué de Castro e a agricultura de sustentação em Geografia da fome. **Sociologias**, v. 16, n. 35, p. 306–338, abr. 2014b. Disponível em: <<http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84898644265&partnerID=tZOtx3y1>>.

SCHEPER-HUGHES, N. Death without weeping : the violence of everyday life in Brazil. p. 614, 1992.

SEGALL-CORRÊA, A. M. Insegurança alimentar medida a partir da percepção das pessoas. **Estudos Avançados**, v. 21, n. 60, p. 143–154, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-40142007000200012&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142007000200012&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)>.

SEGALL-CÔRREA, A. M. Insegurança Alimentar Medida a partir da percepção das pessoas. **Estudos Avançados**, v. 21, n. 60, p. 143–154, 2007.

SEGALL-CORRÊA, A. M.; MARIN-LEON, L. A Segurança Alimentar no Brasil: Proposição e Usos da Escala Brasileira de Medida da Insegurança Alimentar (EBIA) de 2003 a 2009. **Segurança Alimentar e Nutricional**, v. 16, n. 2, p. 19, 2009.

SIEFERT, K.; HEFLIN, C. M.; CORCORAN, M. E.; WILLIAMS, D. R. Food Insufficiency and the Physical and Mental Health of Low-Income Women. **Women & Health**, v. 32, n. 1–2, p. 159–177, 5 jul. 2001. Disponível em: <[http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J013v32n01\\_08](http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J013v32n01_08)>.

SILVA, D. F. da; SANTANA, P. R. de. Transtornos mentais e pobreza no Brasil: uma revisão sistemática. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 6, n. 4, p. 175–185, 2012. Disponível em: <<http://tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/1214>>.

SKAPINAKIS, P.; BELLOS, S.; KOUPIDIS, S.; GRAMMATIKOPOULOS, I.; THEODORAKIS, P. N.; MAVREAS, V. Prevalence and sociodemographic associations of common mental disorders in a nationally representative sample of the general population of Greece. **BMC Psychiatry**, v. 13, n. 1, p. 163, 2013.

STATACORP LP, S. **Stata® - Data Analysis and Statistical Software** College Station, TX - USA, 2013. .

TOBERGTE, D. R.; CURTIS, S. O mundo contemporâneo do trabalho e a saúde mental do trabalhador - II. **Journal of Chemical Information and Modeling**, v. 53, n. 9, p. 1689–1699, 2013.

TÓFOLI, L. ui. F.; ANDRADE, L. H.; FORTES, S. Somatização na América Latina: Uma revisão sobre a classificação de transtornos somatoformes, syndromes funcionais e sintomas sem explicação médica. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 33, n. SUPPL.1, p. 559–569, 2011.

TYUVINA, N.; BALABANOVA, V.; VORONINA, E. The differential diagnosis and treatment of depressive disorders in climacteric transition. **Zh Nevrol Psikhiatr**, v. 117, n. 3, p. 22–27, 2017.

VISINTIN, A. B.; PRIMO, C. C.; AMORIM, M. H. C.; LEITE, F. M. C. Avaliação do conhecimento de puérperas acerca da amamentação. **Enferm. Foco**, v. 6, n. 1/4, p. 12–16, 2015.

WEAVER, L. J.; HADLEY, C. Moving beyond hunger and nutrition: a systematic review of the evidence linking food insecurity and mental health in developing countries. **Ecology of food and nutrition**, v. 48, n. 4, p. 263–284, 2009.

WHO, W. H. O. Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. In: Report of a World Health Organization Consultation, Geneva: World Health Organization. **Anais...** Geneva: World Health Organization: 2000.

WHO, W. H. O. The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope. In: Organização Mundial da Saúde, **Anais...**2001. Disponível em: <[http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf)>.



## APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (T.C.L.E.)

"O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa." (Resolução. nº 196/96-IV, do Conselho Nacional de Saúde).

Eu, \_\_\_\_\_,

tendo sido convidado(a) a participar como voluntário(a) da pesquisa **2º DIAGNÓSTICO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO MATERNO-INFANTIL DE ALAGOAS**, recebi do Prof. HAROLDO DA SILVA FERREIRA, da Faculdade de Nutrição da UFAL, responsável por sua execução, ou por alguém de sua equipe, as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos:

- Que o estudo se destina a investigar as condições de nutrição e saúde de mães e crianças residentes no estado de Alagoas, visando possibilitar o planejamento de ações de promoção da saúde;
- Que os principais resultados que se desejam alcançar são os seguintes:
  - Conhecer o estado nutricional da população;
  - Saber quais as principais doenças que acometem essas pessoas;
  - Investigar se as mães sofrem de hipertensão, colesterol alto, diabetes e excesso de gordura no sangue;
  - Caracterizar a população em relação às condições socioeconômicas, educacionais, de habitação, se tem água tratada em casa e qual o destino do lixo e dejetos;
  - Conhecer a população quanto à utilização de serviços de saúde (atenção pré e perinatal, posse e utilização do cartão da criança, atualização do calendário de vacinas, assistência médica), se estão recebendo remédio para tratar a anemia e a hipovitaminose A, bem como a participação em programas de segurança alimentar.
- Que para a realização deste estudo os pesquisadores visitarão minha residência para fazer perguntas sobre alimentação, condições socioeconômicas e de saúde, além de pesar, medir, verificar a pressão arterial e tirar uma gota de sangue da ponta do dedo das crianças e gestantes para exame de anemia e das mulheres de 18 a 50 anos para dosagem da glicose, colesterol e triglicerídeos (gordura do sangue); Adicionalmente, essas mulheres serão pesquisadas em relação à quantidade de gordura que tem no corpo. Isto será feito utilizando-se um equipamento chamado de bioimpedância. Para isso, basta que a pessoa examinada o segure com as duas mãos que, em 5 segundos, se saberá o resultado.
- Que responder essas perguntas, furar o dedo para tirar sangue e se submeter aos demais exames informados acima serão os incômodos que poderei sentir com a minha participação/autorização;
- Que, sempre que eu quiser, serão fornecidas explicações sobre cada uma das partes do estudo.
- Que, a qualquer momento, poderei recusar a continuar participando do estudo e, também, que eu poderei retirar este meu consentimento, sem que isso me traga qualquer prejuízo ou problema;
- Que as informações conseguidas através da minha participação não permitirão minha identificação, nem de qualquer membro da minha família, exceto aos responsáveis pelo estudo.

Finalmente, tendo eu entendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação e a das pessoas sob minha responsabilidade nesse trabalho e sabendo dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADA OU OBRIGADA.

Cadastro do(a) voluntário(a): \_\_\_\_\_

Contato de urgência: Prof. Dr. Haroldo da Silva Ferreira. Telefone: 0(xx)82-9381-2731.

Endereço do responsável pela pesquisa: Prof. Dr. Haroldo da Silva Ferreira  
Faculdade de Nutrição da Universidade Federal de Alagoas  
Br 101 Norte, S/nº, Tabuleiro dos Martins, 57072-970 - Maceió. Telefones: 3214-1160

ATENÇÃO: Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas: Prédio da Reitoria, sala do C.O.C., Campus A. C. Simões, Cidade Universitária. Telefone: 3214-1053

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014

	
Assinatura ou impressão digital do(a) voluntário(a)	Assinatura do pesquisador responsável

**APÊNDICE B – Formulário de identificação do domicílio**

**II DIAGNÓSTICO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO MATERNO-INFANTIL DE ALAGOAS**  
Faculdade de Nutrição/UFAL

**FORMULÁRIO 1 - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**

QUEST	MUNICÍPIO	SETOR	Q DO SETOR
_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
<b>DATA DA ENTREVISTA</b>  _ _ _ / _ _ _ / _ _ _			
A casa esta situada na zona: (1) Rural ou (0) Urbana			
Quantas pessoas residem nesta casa?  _ _ _ _			
Entrevistador:			
Supervisor de campo:			

<b>27002</b>	Anadia	<b>27046</b>	Maravilha
<b>27003</b>	Arapiraca	<b>27052</b>	Messias
<b>27004</b>	Atalaia	<b>27063</b>	Palmeira dos Índios
<b>27020</b>	Coité do Nóia	<b>27065</b>	Passo de Camaragibe
<b>27021</b>	Colônia Leopoldina	<b>27067</b>	Penedo
<b>27023</b>	Coruripe	<b>27071</b>	Piranhas
<b>27024</b>	Delmiro Gouveia	<b>27077</b>	Rio Largo
<b>27040</b>	Junqueiro	<b>27080</b>	Santana do Ipanema
<b>27041</b>	Lagoa da Canoa	<b>27083</b>	São José da Laje
<b>27043</b>	Maceió	<b>27091</b>	Taquarana

**PONTO DE REFERÊNCIA**


**RECIBO DO TCLE**

Tendo eu entendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação e a das pessoas sob minha responsabilidade nesse trabalho e sabendo dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, conforme consta no TCLE que me foi fornecido e encontra-se sob meu poder, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADA OU OBRIGADA.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

\_\_\_\_\_  
Assinatura ou digital da voluntária

### APÊNDICE C - Formulário de Cadastro Familiar e Antropometria

NCADPESS	1. NOME	2. R E L A Ç Ã O	3. S E X O	4. E L E G Í V E L	5. I D A D E	6. R A Ç A/ C O R ( A U T O R E F E R I D A)	7. E S C O L A R I D A D E	8. C O N D I Ç Ã O D E T R A B A L H O	9. R E N D A M E N S A L ( S a l á r i o, p e n s ã o, b e n e f í c i o).	10. ANTROPOMETRIA						Hb	
										P E S O ( k g)	A L T U R A ( c m)	B I A	Circunferências (cm)				
													C A B E Ç A	P E S C O Ç O	C I N T U R A		Q U A D R I L
01		CHEFE															
02																	
03																	
04																	
05																	
06																	
07																	
08																	
09																	
10																	

**Estimativa da renda (per capita/salário mínimo):** ( ) Até ½ = R\$362,00 ( ) Mais de ½ a 1 = R\$363,00 a R\$724,00 ( ) Mais de 1 a 2 = R\$725,00 a R\$1.448,00 ( ) Mais de 2 = Mais de R\$1.449,00

\* Incluir renda do Bolsa Família ou quaisquer outros programas

2. Relação com o chefe da família			4. Elegíveis		6. Raça/cor (auto referida)		8. Condição do trabalho			9. Antropometria		
1	5	Outro parente	G	Gestante	1	Branco(a)	0	Não trabalha	5	Biscateira	P e Alt	Todos os elegíveis
2	6	Agregado	C2	Criança < 2 anos	2	Preto (a)	1	Empregado(a) com carteira	6	Autônomo	BIA	Mulheres 20 a < 49 anos
3	7	Pensionista	C5	Criança > 2 até 5 anos	3	Pardo(a)/Moreno(a)	2	Funcionário(a) público(a)	7	Aposentado/pensionista	Circunf. (todas)	mulheres 20 a < 49 anos
4	8	Empregado Doméstico	E	Escolar > 5 a 10 anos	4	Amarelo(a)	3	Empregado(a) sem carteira	8	Criança/Estudante	Circunf. cabeça	Todos os elegíveis
			M	Mulher de 20 a < 50	5	Indígena	4	Desempregado(a)	9	Bolsa Família		

ESCOLARIDADE E RAÇA DEVEM SER OBTIDAS PARA O CHEFE, MÃES DE LACTENTES, PRÉ-ESCOLARES E ESCOLARES E MULHERES ≥ 20 a < 50 anos.															
nenhuma	Ensino fundamental [(primário + ginásio) ou 1º grau]								Ensino médio			Ensino superior		IGN	
0	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	1ª	2ª	3ª	Incompleto	Completo	IGN	
00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	99	

**APÊNDICE D** - Formulário de Caracterização Demográfica, Socioeconômica e Ambiental

<b>Tipo de moradia (predominante)</b> (1) Alvenaria (2) Taipa (3) Madeira (4) Palha/Papelão/Lona/Plástico	<i>casa</i>  ___/
<b>Regime de ocupação da casa</b> (1) Própria (2) Financiada (3) Cedida (4) Alugada (5) Ocupada/Invasão	<i>ocup</i>  ___/
<b>Número de cômodos na casa?</b> _____ cômodos	<i>cmdtotal</i>  ___/___/
<b>Quantos estão servindo de dormitório?</b> _____ quartos	<i>cmdorme</i>  ___/___/
<b>Origem da água que abastece o domicílio</b> (1) Rede geral de distribuição (2) Poço, cacimba ou nascente (3) Outro. Qual? _____	<i>origagua</i>  ___/
<b>Origem da água usada para beber</b> (1) Rede geral de distribuição (2) Poço, cacimba ou nascente (3) Mineral (4) Outro. Qual? _____	<i>bebeagua</i>  ___/
<b>Essa água recebe algum tipo de tratamento em sua casa antes de ser consumida?</b> (1) Adequada (2) Inadequada (88) NSA	<i>aguatrat</i>  ___/
<b>Onde é colocado o lixo de sua casa?</b> (1) Coleta pública (2) Outro meio	<i>lixo</i>  ___/
<b>Condição da rua</b> (1) Asfaltada/pavimentada (2) Terra/cascalho	<i>rua</i>  ___/

*Agora, irei fazer perguntas sobre o que tem em sua casa e a quantidade...*

A senhora tem <item>, aqui, em sua casa? ( <i>se sim, quantos?</i> )			
<b>Televisão em cores?</b>	( ) Não	( ) Sim. Quantas? ____	<i>tv</i>  ___/
<b>Rádio?</b>	( ) Não	( ) Sim. Quantas? ____	<i>radio</i>  ___/
<b>Banheiro?</b> ( <i>somente com vaso sanitário</i> )	( ) Não	( ) Sim. Quantas? ____	<i>banheiro</i>  ___/
<b>Carro?</b> ( <i>não considerar veículo de trabalho</i> )	( ) Não	( ) Sim. Quantas? ____	<i>carro</i>  ___/
<b>Empregada(o) fixa na residência</b>	( ) Não	( ) Sim. Quantas? ____	<i>empregad</i>  ___/
<b>Vídeo cassete?</b>	( ) Não	( ) Sim. Quantas? ____	<i>videoc</i>  ___/
<b>Geladeira?</b>	( ) Não	( ) Sim. Quantas? ____	<i>gelad</i>  ___/
<b>Freezer?</b> ( <i>independente ou parte da geladeira duplex</i> )	( ) Não	( ) Sim. Quantas? ____	<i>freezer</i>  ___/
<b>Microcomputador?</b>	( ) Não	( ) Sim. Quantas? ____	<i>microcmp</i>  ___/
<b>Lava louças?</b>	( ) Não	( ) Sim. Quantas? ____	<i>lavalou</i>  ___/
<b>Micro-ondas?</b>	( ) Não	( ) Sim. Quantas? ____	<i>microon</i>  ___/
<b>Motocicleta?</b>	( ) Não	( ) Sim. Quantas? ____	<i>motoc</i>  ___/
<b>Secadora de roupa?</b>	( ) Não	( ) Sim. Quantas? ____	<i>secroupa</i>  ___/
<b>DVD</b>	( ) Não	( ) Sim. Quantas? ____	<i>dvd</i>  ___/

<b>Alguém da família é beneficiário de algum programa do governo</b> ( <i>Programa do leite, Bolsa Família, ProJovem, PETI, PRONATEC</i> )? (1) Sim. Qual? _____ (2) Não	<i>complem</i>  ___/
--	----------------------

## APÊNDICE E – Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA)

Agora, vou ler para a senhora algumas perguntas sobre a alimentação da sua casa. Elas podem ser parecidas umas com as outras, mas é importante que a senhora me responda todas elas...

1	Nos últimos 3 meses, a senhora teve preocupação de que a comida na sua casa acabasse antes que tivesse condição de comprar mais comida? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe ou recusa responder	<i>preocom</i>   ___
2	Nos últimos 3 meses, a comida acabou antes que a senhora tivesse dinheiro para comprar mais? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe ou recusa responder	<i>comiacab</i>   ___
3	Nos últimos 3 meses, a senhora ficou sem dinheiro para ter uma alimentação saudável e variada? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe ou recusa responder	<i>sdinalim</i>   ___
<b>Esta pergunta (4) só será aplicada se houver menor de 18 anos</b>		
4	Nos últimos 3 meses, a senhora teve que se arranjar com apenas alguns alimentos para alimentar sua(s) criança(s)/adolescente(s) porque o dinheiro acabou? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe ou recusa responder	<i>poucalim</i>   ___
<b>Se em todas as perguntas anteriores (1, 2, 3 e, se aplicável, 4) estiverem assinalada a resposta não e/ou não sabe, ENCERRE o formulário. Havendo pelo menos um sim, vá para a questão 5.</b>		
5	Nos últimos 3 meses, a senhora ou algum adulto em sua casa diminuiu a quantidade de alimentos nas refeições, ou pulou refeição, porque não havia dinheiro suficiente para comprar a comida? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe ou recusa responder	<i>dimquant</i>   ___
6	Nos últimos 3 meses, a senhora alguma vez comeu menos do que achou que devia porque não havia dinheiro o suficiente para comprar comida? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe ou recusa responder	<i>commenos</i>   ___
7	Nos últimos 3 meses, a senhora alguma vez sentiu fome, mas não comeu porque não podia comprar comida suficiente? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe ou recusa responder	<i>sentfome</i>   ___
8	Nos últimos 3 meses, a senhora perdeu peso porque não tinha dinheiro suficiente para comprar comida? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe ou recusa responder	<i>perdpeso</i>   ___
9	Nos últimos 3 meses, a senhora ou qualquer outro adulto em sua casa ficou, alguma vez, um dia inteiro sem comer ou, teve apenas uma refeição ao dia, porque não havia dinheiro para comprar a comida? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe ou recusa responder	<i>diasalim</i>   ___
<b>Os quesitos abaixo devem ser perguntados apenas em domicílios que têm moradores menores de 18 anos (crianças e/ou adolescentes) se não houver, encerre este formulário.</b>		
10	Nos últimos 3 meses, a senhora não pode oferecer a(s) sua(s) criança(s)/adolescente(s) uma alimentação saudável e variada porque não tinha dinheiro? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe ou recusa responder	<i>nalimsau</i>   ___
11	Nos últimos 3 meses, a(s) criança(s)/adolescente(s) não comeu(comeram) quantidade suficiente de comida porque não havia dinheiro para comprar mais? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe ou recusa responder	<i>nquansuf</i>   ___
12	Nos últimos 3 meses, a senhora alguma vez diminuiu a quantidade de alimentos das refeições de sua(s) criança(s)/adolescente(s), porque não havia dinheiro suficiente para comprar a comida? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe ou recusa responder	<i>dimquanc</i>   ___
13	Nos últimos 3 meses, alguma vez algum morador com menos de 18 anos deixou de fazer alguma refeição, porque não havia dinheiro para comprar a comida? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe ou recusa responder	<i>nfezref</i>   ___
14	Nos últimos 3 meses, sua(s) criança(s)/adolescente(s) teve(tiveram) fome, mas a senhora simplesmente não podia comprar mais comida? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe ou recusa responder	<i>criafome</i>   ___
15	Nos últimos 3 meses, algum morador com menos de 18 anos teve apenas uma refeição ao dia, ou ficou sem comer por um dia inteiro porque não havia dinheiro para comprar a comida? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe ou recusa responder	<i>umaref</i>   ___

**APÊNDICE F** – Formulário do *Self-Report Questionnaire* (SRQ - 20)

As próximas perguntas são a respeito de certas dores ou problemas que a senhora pode ter tido nos **últimos 30 dias**. Se a senhora acha que a pergunta corresponde ao que a senhora vem sentindo nos últimos 30 dias responda **SIM**, mas se achar que não corresponde, responda **NÃO**.

Por favor, não discuta as perguntas enquanto estiver respondendo.  
Se não tiver certeza sobre algumas delas, responda SIM ou NÃO como te parecer melhor. Nós garantimos que ninguém ficará sabendo suas respostas.

MARQUE UM "X" NO ESPAÇO CORRESPONDENTE	NÃO	SIM
<i>A senhora tem dores de cabeça frequentemente?</i>		
<i>Tem falta de apetite?</i>		
<i>Dorme mal?</i>		
<i>Assusta-se com facilidade?</i>		
<i>Tem tremores nas mãos?</i>		
<i>Sente-se nervosa, tensa ou preocupada?</i>		
<i>Tem má digestão?</i>		
<i>Tem dificuldade de pensar com clareza?</i>		
<i>Tem se sentido triste ultimamente?</i>		
<i>Tem chorado mais do que de costume?</i>		
<i>Encontra dificuldade em realizar com satisfação suas atividades do dia-a-dia?</i>		
<i>Tem dificuldade em tomar decisões?</i>		
<i>Tem dificuldade no trabalho (seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento?)</i>		
<i>É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?</i>		
<i>Tem perdido o interesse pelas coisas?</i>		
<i>A senhora se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?</i>		
<i>Tem tido a ideia de acabar com a própria vida?</i>		
<i>Sente-se cansada o tempo todo?</i>		
<i>Tem sensações desagradáveis no estômago?</i>		
<i>A senhora se cansa com facilidade?</i>		
<b>SOMATÓRIO</b> (total de respostas positivas)		

### APÊNDICE G – Formulário de Saúde da mulher

Número de ordem da mulher no cadastro da família (Conferir no form 2):	<i>ordem</i>  __   __
A senhora já ficou grávida? (1) Sim (2) Não	<i>maeentr</i>  __
A entrevistada é mãe de menor de 10 anos? (1) Sim (2) Não	<i>maemenor</i>  __
Com que idade a senhora teve a sua primeira menstruação? ____ anos	<i>mmarca1</i>  __   __
Com que idade ficou grávida pela primeira vez ainda que a criança não tenha conseguido nascer? ____ anos (88) NSA	<i>id1grav1</i>  __   __
Com que idade teve seu primeiro filho? ____ anos (88) NSA	<i>filho1</i>  __   __
Quantos filhos a senhora já teve? ____ filhos (88) NSA	<i>filhos</i>  __   __
A senhora já perdeu algum filho por falecimento ou aborto? (1) Sim (2) Não	<i>aborto</i>  __   __
<b>SE SIM:</b> Quantos casos de aborto ou falecimento foram? ____ (88) NSA	<i>eventos</i>  __   __

O código é o número de casos relatados Só perguntar "nº de casos" se a resposta for SIM	(00, 01, 02) (88) NSA	Isso ocorreu o ano passado (2013)? (1) Sim (2) Não (8) NSA
Natimorto (> 28 semanas/7 meses ou 1 kg): ____	<i>NTMORTO</i>  __   __	__  / Nº de casos?  __
Mortalidade infantil: ____ (de 0 a 12 meses)	<i>MORTINF</i>  __   __	__  / Nº de casos?  __
Mortalidade acima de 12 meses: ____	<i>MORTPOS</i>  __   __	__  / Nº de casos?  __
Aborto ____ (antes do 6º mês de gestação)	<i>ABORTO</i>  __   __	__  / Nº de casos?  __

A senhora teve algum problema de saúde nos últimos 15 dias? (1) Sim (2) Não	<i>morbref</i>  __
<b>SE SIM:</b> Qual? (1) Virose (2) Diarreia (3) Infecção respiratória (4) Infecção do trato urinário (5) DST (6) Outra: _____ (88) NSA	<i>gmorbref</i>  __
Quando a senhora está doente e precisa de atendimento, para onde vai? (1) Serviço público (2) Serviço privado (3) Rezadeira (4) Não vai (5) Nunca precisou (6) Outro (99) IGN	<i>serv</i>  __   __
A senhora fuma atualmente ou já foi fumante? (1) Fumante (2) Ex-fumante (3) Nunca fumou	<i>fumamae</i>  __
A senhora toma bebida alcoólica? (1) Sim (2) Não	<i>bebema</i>  __
<b>SE SIM:</b> Qual a frequência? (1) Quase todo dia (2) Finais de semana (3) Socialmente (festas, passeios, etc) (88) NSA	<i>freqbebe</i>  __
Neste momento, a senhora está ou deveria está tomando algum medicamento? (1) Sim, está tomando (2) Sim deveria estar tomando, mas não toma (3) Não	<i>remedmae</i>  __
<b>SE SIM</b> Qual o tipo de medicamento? _____	<i>remeuso</i>
Algum parente de sangue da senhora tem/teve pressão alta? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe	<i>pafamil</i>  __

PRESSÃO ARTERIAL (PAS x PAD)	
1ª medida	__   __      __   __      __   __  x  __   __      __   __      __   __
2ª medida	__   __      __   __      __   __  x  __   __      __   __      __   __
3ª medida	__   __      __   __      __   __  x  __   __      __   __      __   __



## ANEXO A - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



### UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Maceió - AL, 10/12/2012

Senhor (a) Pesquisador (a), Haroldo da Silva Ferreira  
Monica Lopes de Assumpção  
Tema Maria de Menezes Toledo Florêncio  
Bernardo Lessa Horta

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) 07/12/2012, em e com base no parecer emitido pelo (a) relator (a) do processo nº 09093012.0.0000.5013 sob o título, **II Diagnóstico de Saúde da População Materno-Infantil do Estado de Alagoas**, vem por meio deste instrumento comunicar a aprovação do processo supra citado, com base no item VIII.13, b, da Resolução nº 196/96.

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS 196/96, item V.4).

É papel do(a) pesquisador(a) assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA - junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e sua justificativa. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o(a) pesquisador(a) ou patrocinador(a) deve enviá-los à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem incluídas ao protocolo inicial (Res. 251/97, item IV. 2.e).

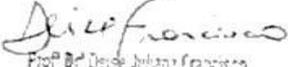
Relatórios parciais e finais devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos no Cronograma do Protocolo e na Res. CNS, 196/96.

Na eventualidade de esclarecimentos adicionais, este Comitê coloca-se a disposição dos interessados para o acompanhamento da pesquisa em seus dilemas éticos e exigências contidas nas Resoluções supra - referidas.

Esta aprovação não é válida para subprojetos oriundos do protocolo de pesquisa acima referido.

(\*) Áreas temáticas especiais.

Válido até Dezembro de 2013.

  
Profª Dileza Juliano Francisco  
Coordenadora do Comitê de  
Ética em Pesquisa -UFAL