

**UNIVERSIDADE TIRADENTES
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE NUTRIÇÃO**

**MARIA BEATRIZ ALVES DE ARAÚJO
SOPHIA ROCHA PEREIRA**

**QUALIDADE DE VIDA E SEU IMPACTO NO DESENVOLVIMENTO DE
TRANSTORNOS ALIMENTARES EM DOCENTES UNIVERSITÁRIOS**

Aracaju

2020

MARIA BEATRIZ ALVES DE ARAÚJO
SOPHIA ROCHA PEREIRA

QUALIDADE DE VIDA E SEU IMPACTO NO DESENVOLVIMENTO DE
TRANSTORNOS ALIMENTARES EM DOCENTES UNIVERSITÁRIOS

Trabalho de conclusão de curso apresentado à
Universidade Tiradentes- Unit, como requisito
parcial à obtenção do título de Bacharel em
Nutrição sob orientação do Prof. Dr. Hugo
José Xavier Santos.

Aracaju
2020

SÚMÁRIO

<u>1 INTRODUÇÃO.....</u>	<u>6</u>
<u>2 OBJETIVOS</u>	<u>8</u>
<u>2.1 Geral</u>	<u>8</u>
<u>2.2 Específicos</u>	<u>8</u>
<u>3 METODOLOGIA</u>	<u>8</u>
<u>3.1 Caracterização da Amostra</u>	<u>8</u>
<u>3.2 Análise da qualidade de vida e riscos para transtornos alimentares</u>	<u>9</u>
<u>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</u>	<u>10</u>
<u>4.1 Perfil dos docentes.....</u>	<u>10</u>
<u>4.2 Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida (WHOQOL-<i>bref</i>) e Escala de Kakeshita.....</u>	<u>11</u>
<u>4.3 Escala de Compulsão Alimentar Periódica</u>	<u>13</u>
<u>5 CONCLUSÃO.....</u>	<u>15</u>
<u>6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	<u>16</u>
<u>7 ANEXO 1- INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA- WHOQOL-BREF</u>	<u>20</u>
<u>8 ANEXO 2- <i>BINGE EATING SCALE</i>.....</u>	<u>27</u>
<u>9 ANEXO 3- ESCALA DE <i>KAKESHITA</i>.....</u>	<u>34</u>

RESUMO

O presente estudo se refere à avaliação de variáveis para o risco de desenvolvimento de transtornos alimentares em correlação com a qualidade de vida de docentes em uma instituição privada de ensino superior em Aracaju (SE). Objetivou-se identificar no grupo em questão uma maior chance de obter algum transtorno alimentar devido a sua qualidade de vida. Trata-se de um estudo transversal, de caráter quantitativo e qualitativo, em que participaram 65 professores, sendo 49 do sexo feminino e 16 do sexo masculino, através de questionários validados de qualidade de vida, avaliação do comportamento alimentar e imagem corporal. Em relação aos resultados obtidos, no primeiro índice avaliado da qualidade de vida e saúde, a maior parte se declarava como Boa. No que tange aos domínios, obteve-se que nenhum domínio atingiu a média de Muito boa, sendo o domínio físico com média mais baixa. Sobre a classificação da *Binge Eating Scale*, a maioria foi identificada como normal, porém ao setorizar por área de atuação e gênero foi encontrado um médio risco para o sexo masculino da área de humanas. A respeito da avaliação da imagem corporal, boa parte da amostra se autodiagnostica com imagens que representam valores de Índice de Massa Corporal para sobrepeso e obesidade. Conclui-se que diante dos resultados foi observado que a pontuação da avaliação da qualidade de vida não interfere diretamente nos resultados para diagnóstico anormal de transtorno alimentar.

Palavras-chave: Comportamento Alimentar. Docentes. Imagem Corporal. Qualidade de Vida.

ABSTRACT

The present study refers to the evaluation of variables for the risk of developing eating disorders in correlation with the quality of life of teachers in a private institution of higher education in Aracaju (SE), the objective was to identify whether in the group in question there is a greater chance of getting an eating disorder due to their quality of life. This is a cross-sectional study, of quantitative and qualitative character, in which 65 teachers participated, 49 of whom were female and 16 were male, through validated quality of life questionnaires, assessment of eating behavior and body image. Regarding the results obtained, in the first index evaluated for quality and life and health, most declared themselves as good. Regarding the domains, it was found that no domain reached the average of very good, with the physical one with the lowest average. Regarding the classification of the Binge Eating Scale, most were identified as normal, however, by sector by area of activity and sex, a medium risk was found for males in the humanities area. Regarding the assessment of body image, a good part of the sample is self-diagnosed with images that represent values of Body Mass Index for overweight and obesity. We conclude that in view of the results, it was observed that the quality of life assessment score does not directly affect the results for an abnormal diagnosis of eating disorder.

Keywords: Body Image. Faculty. Feeding Behavior. Quality of Life.

1 INTRODUÇÃO

Segundo o Instituto Nacional de Estudo e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), o Brasil possui cerca de 380.673 professores de ensino superior. Devido ao estilo de vida levado pela maioria dos docentes, a rotina é, geralmente, incutida como exaustiva em razão tanto pela intensificação do ritmo de trabalho como também pelo esforço que é demandado para gerir e ministrar aulas. Tal fato acarreta em taxas de estresse constantemente altas, favorecendo o comprometimento de forma negativa na saúde e, conseqüentemente, qualidade de vida dos docentes (FREITAS; CALAIS; CARDOSO, 2018).

A qualidade de vida (QV) possui um caráter multifacetado e abrange domínios sociais, emocionais, espirituais e físicos do indivíduo. O modo em que se enxerga a inserção no contexto cultural, percepção pessoal na sua posição de vida e no sistema de valores nos quais se vive, bem como relacionamentos sociais e outras áreas é dito como qualidade de vida. (MAIA *et al.*, 2018).

O trabalho é um grande determinante social no processo saúde-doença, em que essa esfera influencia consideravelmente nas condições e estilo de vida do indivíduo, seja para conseqüências benéficas ou maléficas. Condições precárias de trabalho, que compreendem falta de infraestrutura, baixa remuneração, elevado número de alunos em sala e o sentimento de desvalorização perante a sociedade podem predispor a problemas físicos e psíquicos com conseqüente redução da saúde e refletindo em maior número de casos de absenteísmo-doença entre profissionais da educação (SANTOS; ESPINOSA; MARCON, 2020).

Luz (2019) expôs que muito se é estudado a respeito dos efeitos do trabalho na saúde mental dos educadores, dentre os quais se menciona a desvalorização profissional, baixa autoestima e ausência de resultados. É desafiador o desempenho na atividade docente, pois lida com diversas vertentes decorrentes do ambiente de trabalho que podem gerar um descontentamento e frustração no próprio, acarretando em conseqüências para sua saúde psicológica.

O ambiente de trabalho é uma questão inerente à satisfação e ao desempenho com qualidade da prática profissional (OLIVEIRA; COCA; SPIRI, 2020). O local de atividade laboral em que o indivíduo está inserido tem relação com o seu bem estar e também condição de vida. Uma ambiência que provoca uma série de estresses e desapontamentos irá refletir no comportamento alimentar do indivíduo, sendo geralmente um passo para hábitos compulsivos e escolhas alimentares ricas em calorias e baixa composição nutricional. Esse fato faz com

que a rotina que o trabalho fornece acarrete em possível risco de obtenção de comportamentos alimentares disfuncionais.

As longas jornadas de trabalho apresentadas pelo grupo de docentes promove uma menor atenção aos aspectos diários como alimentação saudável, tempo de lazer e prática de atividade física, gerando um prejuízo a esses pontos no que diz respeito a uma boa qualidade de vida e estado de saúde favorável. Amaro (2018) conta que a diminuição do tempo dedicado ao período livre para lazer e às práticas esportivas, má alimentação, pouco tempo para descanso e privação do sono afeta o modo como o professor percebe a qualidade de sua vida.

Tendo em vista o cotidiano intenso de professores universitários, cuja essência envolve estresse e alteração nos horários das refeições, a tendência pela escolha de alimentos altamente palatáveis e menos saudáveis é maior, principalmente aqueles ricos em açúcar e gordura e com menor teor de fibras (PENAFORTE; MATTA; JAPPUR, 2016). A oferta e facilidade encontradas para esses alimentos rápidos implicam em práticas alimentares errôneas, não somente durante a escolha do alimento, como comer em frente à TV e/ou ao computador, por exemplo, contribuindo para o comprometimento do estado nutricional.

Primariamente, para identificar hábitos que levam a determinados transtornos alimentares, deve-se também entender as crenças e os afetos relacionados, e como eles foram moldados. Dessa forma, compreender como as escolhas são processadas em relação à comida também depende do conhecimento de atitudes, comportamentos e hábitos. (ALVARENGA, POLACOW, SCAGLIUSI, 2016).

Os comportamentos alimentares dependem da percepção de mundo, do que se sente e pensa sobre o alimento. A escolha alimentar é desencadeada por diversos fatores, abrangendo decisões conscientes, porém automáticas, havendo relação direta com as atitudes. A privação de prazer e da comida livremente escolhida criam lacunas para o desenvolvimento de uma fobia ou compulsão alimentar, podendo levar também à perda de controle e sentimentos de impotência. Tal comportamento causa prejuízo na vida desse público, afetando a autoestima, a saúde e o controle do peso corporal.

Dentro desse contexto, faz-se necessário questionamentos como, por exemplo, quais os fatores que intensificam o impacto do estilo de vida no comportamento alimentar? Existe uma combinação de fatores para que isso aconteça? Dessa forma, o presente estudo tem como objetivo averiguar as variáveis que corroboram para o risco de desenvolvimento de transtornos alimentares, utilizando métodos de coleta e procedimentos diagnósticos que

possibilitam determinar a presença dos mesmos frente à avaliação da qualidade de vida de docentes de uma universidade particular.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Avaliar as variáveis para o risco de desenvolvimento de transtornos alimentares em correlação com a qualidade de vida de docentes de uma universidade particular no município de Aracaju-SE.

2.2 Específicos

- Correlacionar as pontuações entre os escores do WHOQOL-bref, *Binge Eating Scale* e Escala de *Kakeshita* para identificar sua relação no risco de desenvolvimento de transtornos alimentares;
- Indicar a área de atuação mais prevalente para o risco de transtorno alimentar;
- Identificar o gênero mais propenso a apresentar comportamento alimentar disfuncional em concomitância com a qualidade de vida.

3 METODOLOGIA

O presente estudo é transversal de forma qualitativa e quantitativa. O estudo transversal é utilizado em pesquisas com grande utilidade para a identificação de grupos de risco e utilização de planejamento para promoção a saúde (BASTOS.J e DUQUIA.R, 2007)

A metodologia qualitativa preocupa-se em conhecer a realidade segundo a perspectiva dos participantes da pesquisa, sem utilizar elementos estatísticos para análise dos dados. Já a metodologia quantitativa se atenta com a medição objetiva numérica dos dados.

3.1 Caracterização da Amostra

A seleção dos participantes foi realizada através de questionário do *Google Forms* enviado virtualmente através da plataforma “Magister”, tendo os seguintes métodos de inclusão:

- Ser professor universitário;

-Ser vinculado à instituição do presente estudo.

3.2 Análise da qualidade de vida e riscos para transtornos alimentares

Primariamente, foi aplicado o questionário para avaliação da qualidade de vida dos docentes, o “WHOQOL-bref” (ANEXO 1). Desenvolvido pela OMS (Organização Mundial da Saúde), o questionário possui 26 perguntas, das quais 24 são distribuídas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Percepção individual da qualidade de vida e satisfação com relação à saúde se caracterizam como indagações gerais (questões 1 e 2). As respostas seguem uma escala de likert (de 1 a 5, quanto maior a pontuação melhor a qualidade de vida), exceto 3 questões (3,4,26) que seguirá desta forma: $1=5 / 2=4 / 3=3 / 4=2 / 5=1$. Para obter o resultado dos questionários soma-se os valores assinalados de cada domínio e divide pelo número de questões; domínio físico: questões 3,4,10,15,16,17,18 → soma os valores das perguntas e divide pelo número de questões, sendo sua média classificada em: 1 a 2,9 (Necessita melhorar); 3 a 3,9 (Regular); 4 a 4,9 (Boa); 5 (Muito boa) e assim segue em todos outros domínios. Nas questões gerais soma-se os valores assinalados nas questões e divide por dois, sendo os valores de referência os mesmos dos domínios (1 a 2,9 Necessita melhorar; 3 a 3,9 Regular; 4 a 4,9 Boa; 5 Muito boa).

Posteriormente, para análise da presença de transtornos alimentares foi aplicado o questionário “Binge Eating Scale” (ANEXO 2) desenvolvido por Gormally et al (1982), ou Escala de Compulsão Alimentar Periódica. O instrumento foi construído em três etapas. Na primeira, foram definidas as características da Compulsão Alimentar Periódica (CAP), originando um grupo de 16 itens. Destes, oito eram manifestações comportamentais (por exemplo, comer escondido), e oito descreviam sentimentos e cognições (por exemplo, sensação de falta de controle depois do episódio) relacionadas à CAP. Numa segunda etapa, foram construídas afirmativas que refletiam a gravidade de cada característica, e a elas foram designados pontos (de 0 a 3). Na terceira etapa, os entrevistadores utilizaram três dimensões para criar um critério externo de gravidade da CAP: a frequência, a quantidade de comida e o grau de emoção envolvido num episódio de CAP. Esse procedimento resultou numa escala Likert, constituída por uma lista de 16 itens e 62 afirmativas, das quais deve ser selecionada, em cada item, aquela que melhor representa a resposta do indivíduo. A cada afirmativa corresponde um número de pontos de 0 a 3, abrangendo desde a ausência (“0”) até a

gravidade máxima ("3") da CAP. O escore final é o resultado da soma dos pontos de cada item.

Além desses outros dois questionários, foi aplicada também a “Escala Kakeshita” (ANEXO 3), desenvolvida por por uma pesquisadora brasileira, Idalina Shiraishi Kakeshita, em 2008 com base nas medidas antropométricas médias de brasileiros homens e mulheres, considerando as diferenças de gênero, faixa etária e etnia, além de aspectos culturais e sociodemográficos. Composta por 15 cartões para adultos e 11 para crianças, em que cada cartão representa um valor de Índice de Massa Corporal, variando de 12,5- 47,5 kg/m² para adultos, e 12-29 kg/m² para crianças, com 2,5 kg/m² de diferença para cada imagem. Essa escala possibilita a análise dos resultados de estimação corporal e insatisfação corporal também em termos numéricos, facilitando a análise dos dados de forma quantitativa, além de possuir uma mensuração da acurácia da estimativa do tamanho corporal real. O objetivo é identificar a insatisfação corporal e o corpo almejado pelos participantes. A tabulação dos dados foi realizada no programa *Excel* do pacote Office versão 2010.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Perfil dos docentes

Participaram da pesquisa 65 professores. A maioria é predominante da área da saúde, com 73,4% (47) seguido das áreas de humanas, com 18,8% (12) e exatas, com 7,8% (5). Possuem idade entre 29 a 60 anos, com média de 41,12 anos, sendo 75% do sexo feminino (48) e 25% do sexo masculino (16). A caracterização da amostra encontra-se na tabela 1 a seguir:

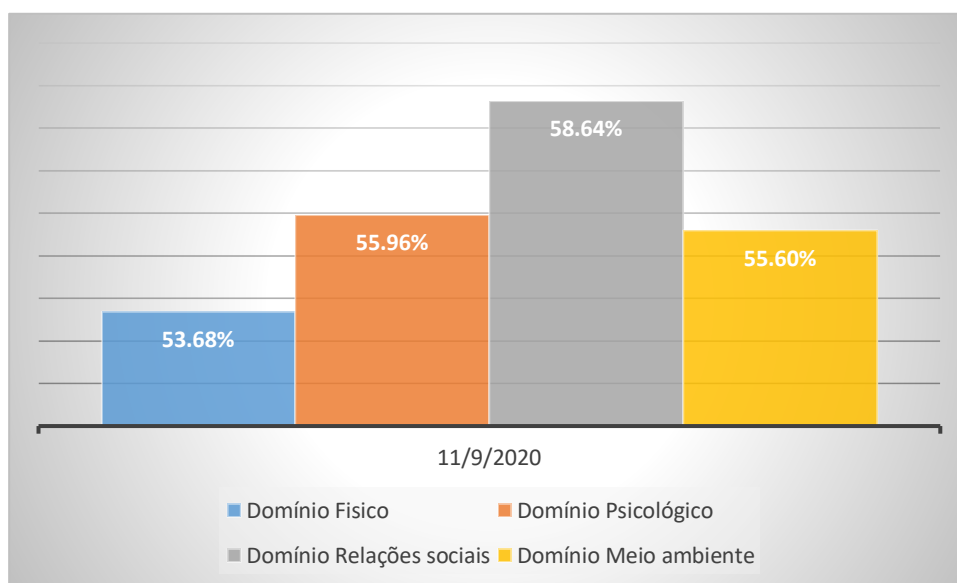
Tabela 1 – Caracterização da amostra

N=65		
SEXO	Feminino	49 (75%)
	Masculino	16 (25%)
IDADE (média)		41,12
ÁREA DE ATUAÇÃO	Saúde	48 (73,8%)
	Humanas	12 (18,5%)
	Exatas	5 (7,7%)

4.2 Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida (WHOQOL-bref) e Escala de Kakeshita

Recapitulando o que foi mencionado anteriormente, no que diz respeito à qualidade de vida foram separados dois parâmetros de avaliação, a auto percepção da Qualidade de vida e Saúde e a avaliação da pontuação dos domínios físico, psicológico, ambiental e social. No primeiro índice avaliado (Questões 1 e 2) o qual questionava a auto percepção, a maior parte dos colaboradores se auto declaravam como Boa 62,5% (40), seguido de Muito boa 7,68% (12).

Gráfico 1- Pontuação média dos domínios do WHOQOL-bref



Após a realização da avaliação dos escores dos domínios, encontrou-se os seguintes resultados presentes acima no gráfico 1 e descritos a seguir: domínio físico (53,68), domínio psicológico (55,96), domínio relações sociais (58,64), domínio meio ambiente (55,6). Nenhum domínio atingiu a média de qualidade de vida Muito Boa (5), com exceção do domínio de relações sociais, cuja pontuação atingida foi de 4,88 (Boa).

No presente estudo, dois dos piores valores foram encontrados para domínio psicológico, o qual analisa a resistência psicológica do indivíduo frente aos desafios das condições humanas (como lidar com estresse, traumas, doenças graves) e também o domínio

de meio ambiente, cujo objetivo é avaliar condições de moradia, bairro onde reside, opções de lazer, segurança pública, dentre outros. A inquietação e o estresse nesses indivíduos ataca a saúde de forma sistemática, fazendo com que o prejuízo se alastre para o bem estar psicológico, como foi visto no trabalho de Janssen *et al* (2020) grande parte dos professores que se aposentam mais cedo é decorrido de problemas psicossomáticos e psicológicos.

Além disso, a didática e forma de transmitir conhecimento foi totalmente reformulada em virtude da pandemia da corona vírus, influenciando para os resultados dessa pesquisa e corroborando com o achado no estudo de Martins *et al* (2020), em que os escores mais baixos também foram o de meio ambiente (64,91 pontos) e psicológico (68,21 pontos). Tal fato explicita a ideia de como o distanciamento social imposto pelas autoridades afeta diretamente na QV, uma vez que, atualmente, todos os encontros são virtualizados e não têm a mesma interação socioambiental.

O domínio físico obteve o escore mais baixo e quando questionado sobre o nível de energia para realizar as atividades do dia a dia, 49,23% (32) responderam “médio”, inferindo-se que há um déficit na prevalência da prática de atividade física e/ou alimentação balanceada. De acordo com Nea (2018) aqueles que possuem turnos de trabalho muito rigorosos apresentam dietas de pior qualidade, padrões alimentares irregulares, um consumo de álcool maior, assim como de tabagismo, e uma baixa taxa de atividade física.

Além disso, Neves *et al* (2020) afirma que as atividades, reuniões e metodologias para serem elaboradas e que são demandadas para os professores, além do tempo extraclasse e afazeres inerentes à rotina contribuem para um menor nível de atividade física em professores universitários. Em contrapartida, um maior nível de atividade física desencadeia modificações na capacidade funcional e beneficia a percepção de energia para desempenhar as tarefas do dia a dia, o que se relaciona intimamente à qualidade de vida.

Já no que diz respeito à Escala de *Kakeshita* os resultados estão descritos a seguir: os cartões com figuras masculinas assinalados com maior frequência foram os 4 (20 kg/m²), 7 (27,5 kg/m²) e 11 (37,5 kg/m²) com 16,2% das respostas. Já os cartões com figuras femininas assinalados com maior frequência foram os 5 (22,5 kg/m²), com 9,6%, 8 (30kg/m²) e 9 (32,5 kg/m²), com 21,2% das respostas. A classificação dos valores encontrados para o IMC é da cartilha da Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde. Analisando esses resultados, percebe-se que a maior parte da amostra se autoanalisa em perfis corporais associados aos IMCs de sobrepeso e obesidade, implicando em uma preocupação de saúde pública.

4.3 Escala de Compulsão Alimentar Periódica

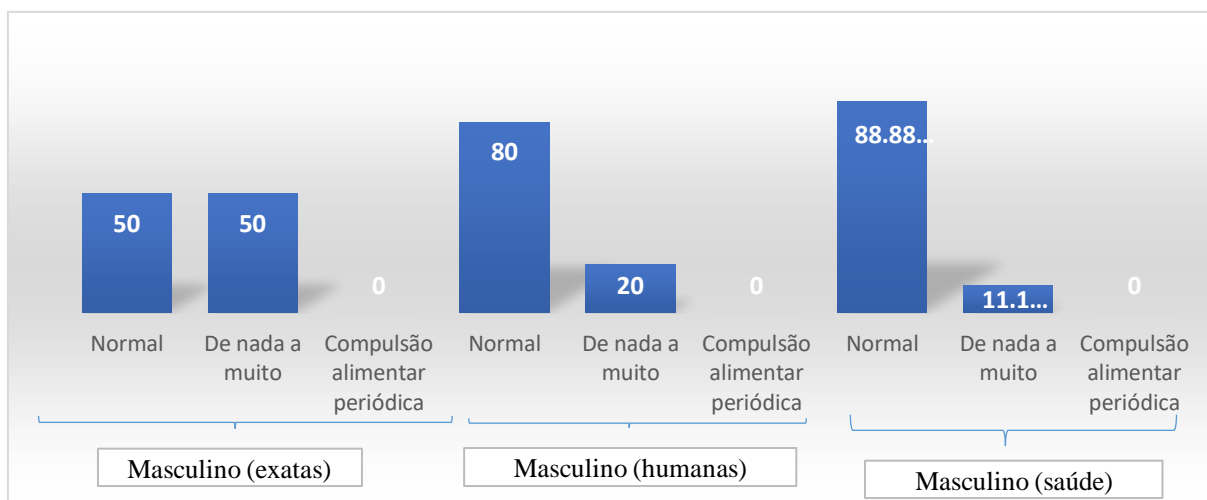
No gráfico 2, encontra-se a classificação de “Normal” para 87,5% (56) da amostra, sendo 43 do sexo feminino e 13 do sexo masculino.

Gráfico 2- Classificação Geral da *Binge Eating Scale*



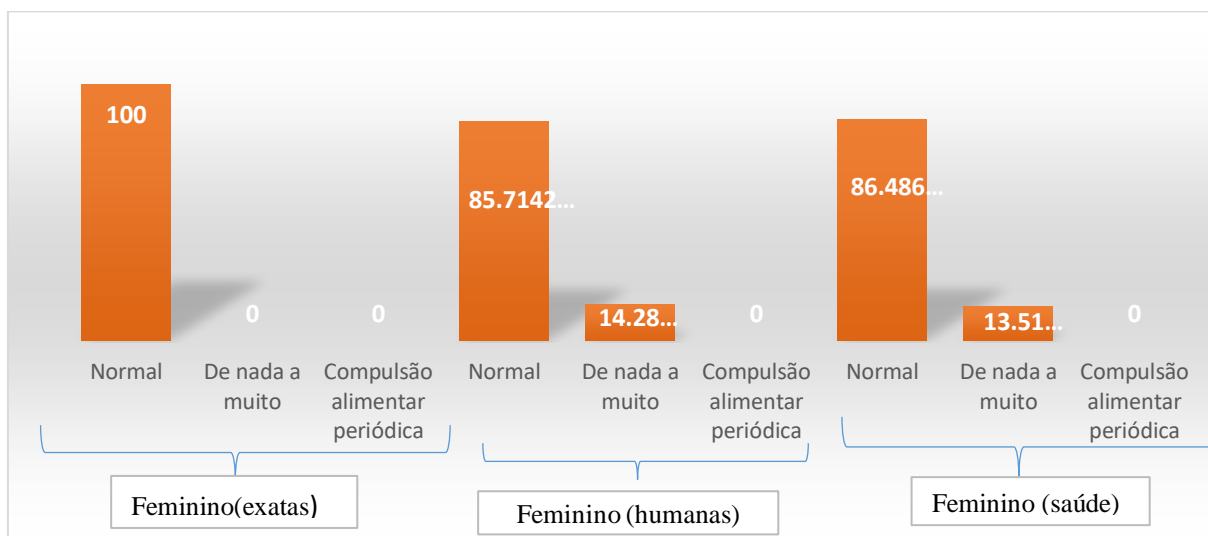
No entanto, houve um achado interessante ao distinguir o sexo e área de atuação, em que a prevalência de “variação entre comer de nada a muito” foi mais frequente em indivíduos do sexo masculino e da área de humanas (gráfico 3), contrariando o estudo de Fernandes e Resendes (2014), em que aplicaram a *Binge Eating Scale* no ambiente acadêmico e encontraram que indivíduos do sexo feminino e da área da saúde possuía maior prevalência de comportamento alimentar disfuncional (CAP moderada a grave).

Gráfico 3- Classificação masculina da *Binge Eating Scale*



Paralelamente, há crenças sociais que reproduzem um ideal de masculinidade forte, impedindo que os homens adotem práticas de autocuidado, por exemplo. Procurar os serviços de saúde numa perspectiva preventiva poderia, a partir dessa lógica, revelar a fraqueza, o medo e a insegurança dos homens, aproximando-os das representações do universo feminino (BOTTON, CÚNICO e STREY, 2017). De acordo com dados levantados no estudo de Levorato et al (2014), encontrou-se vários achados sobre a maior prevalência de doenças e causas de morte no sexo masculino; doenças respiratórias, digestivas e circulatórias, uso abusivo de álcool e de tabaco, enquanto que nas mulheres as mesmas ocorrências foram menores. Ainda nesse estudo, em relação ao sedentarismo, a inatividade masculina também se sobrepôs à feminina. Tais assertivas demonstram a diferença marcante da participação entre os gêneros, denotando que as mulheres possuem uma maior atenção aos aspectos relacionados à saúde.

Gráfico 4- Classificação Feminina *Binge Eating Scale*



5 CONCLUSÃO

No que tange aos domínios do WHOQOL-bref, o presente estudo demonstrou que os docentes em questão não atingiram a média de Muito boa (5) em todos os domínios, sendo o físico com o escore mais baixo. Sobre a classificação da *Binge Eating Scale*, a maioria foi identificada como “Normal”, porém ao setorizar por área de atuação e gênero foi encontrado um médio risco para o sexo masculino da área de humanas. A respeito da avaliação da imagem corporal, boa parte da amostra se autodiagnostica com imagens que representam valores de Índice de Massa Corporal para sobrepeso e obesidade.

O presente estudo também apresenta algumas limitações. Em primeiro lugar a amostra utilizada foi pequena no que tange às generalizações das variáveis analisadas, uma vez que os questionários foram aplicados virtualmente, influenciando no alcance. Em segundo lugar, o questionário em si é extenso, podendo levar o voluntário à distrações e/ou confusões em seu preenchimento. Provavelmente uma maior amostra se traduziria em resultados diferentes aos observados. Em terceiro lugar análises mais robustas como a avaliação presencialmente da análise da escala de *kakeshita* poderiam fornecer informações mais precisas.

Em suma, conclui-se que, apesar dos resultados relevantes ao setorizar o segmento acadêmico dos professores e gênero, não houve uma associação direta entre a influência da qualidade de vida para o diagnóstico de transtorno alimentar. Porém, pode-se afirmar que as variáveis encontradas mais elucidadas para essa associação foram o gênero e a área de atuação, sendo predominante a participação feminina da área da saúde. Mesmo com a não associação direta entre a qualidade de vida desse público para o risco de transtorno alimentar, o fato dos resultados da escala de *Kakeshita* sendo em maioria para cartões com imagens de sobrepeso e obesidade, os resultados dos domínios do WHOQOL-bref serem menores nas questões sobre domínio físico e a *Binge Eating Scale* apresentar maior médio risco para homens, são fatores que conferem uma preocupação de saúde pública e merece maior atenção e estudos sobre esses achados.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVARENGA, Marle; POLACOW, Viviane; SCAGLIUSE, Fernanda. **Dieta e seus efeitos no comportamento alimentar**. In: ALVARENGA, Marle et al. Ed. Manole. São Paulo, 2016. Disponível em: < <https://drive.google.com/drive/my-drive>>. Acesso em 07 mar. 2020.

AMARO, João Marcelo Ramachiotti Soares; DUMITH, Samuel Carvalho. Sonolência diurna excessiva e qualidade de vida relacionada à saúde dos professores universitários. **J Bras Psiquiatr**, Rio Grande, 2018, v. 67, ed. 2, p. 94-100. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0047-20852018000200094&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 30 set. 2020.

BASTOS, Jld; DUQIA, Rp. Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal. **Scientia Medica**. [s.l], 2007, v. 17, n.4, p. 229-32.

BOTTON, Andressa; CÚNICO, Sabrina Daiana; STREY, Marlene Neves. Diferenças de gênero no acesso aos serviços de saúde: problematizações necessárias. **Mudanças- Psicologia da saúde**, [s.l], 2017; v. 25, n. 1, [s.l], p.67-72.

ESPINOZA, Navarro, O, Brito Hernandez, L, Lagos Olivo. Composição corporal e fatores de risco metabólico em professores de educação básica de escolas no Chile. **International Journal Morphology**. Temuco, 2020, v. 38, n. 1 p. 120-125.

FERNANDES, Mônica Aparecida; RESENDE, Fernanda Mendes. A compulsão alimentar no ambiente acadêmico. **Horizontes- Revista de educação**, Dourados- MS, 2014; v. 2, n. 3.

FREITAS, Geisa Rodrigues de; CALAIS, Sandra Leal ; CARDOSO, Hugo Ferrari. Estresse, ansiedade e qualidade de vida em professores: efeitos do relaxamento progressivo. **Psicol. Esc. Educ**. [s.l], 2018, vol.22, n.2, p.319-326.

GORMALLY, J; BLACK S, Daston S; RARDIN, D. The assessment of binge eating severity among obese persons. **Addict Behav**. 1982 v. 7, p. 47-55.

Group W. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. **Psychol Med.** 1998; v. 28, n. 3, p. 551-558.

JANSSEN, Math *et al.* A study protocol for a cluster randomized controlled trial on mindfulness-based stress reduction: studying effects of mindfulness-based stress reduction and an additional organizational health intervention on mental health and work-related perceptions of teachers in Dutch secondary vocational schools. **Trials**, Nijmegen, 2020, v. 21, ed. 376, p. 2-18. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7199316/#!po=70.0000>>. Acesso em: 20 maio 2020.

LAUS, Maria Fernanda *et al.* Estudo de Validação e Fidedignidade de Escalas de Silhuetas Brasileiras em Adolescentes. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Ribeirão Preto, 2013, v. 29, ed. 4, p.403-409. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/ptp/v29n4/v29n4a06.pdf>>. Acesso em: 30 maio 2020.

LEVORATO, Cleice Daiana *et al.* Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. **Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, 2014, v. 19, ed. 4, p. 1263-1274. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/csc/2014.v19n4/1263-1274/>>. Acesso em: 24 nov 2020.

LUZ, Jaqueline Galleazzi da *et al.* Implicações do ambiente, condições e organização do trabalho na saúde do professor: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, Paraná, 2019, v. 24, ed. 12, p. 4621-4632. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/csc/v24n12/1413-8123-csc-24-12-4621.pdf>>. Acesso em: 30 set. 2020.

MAIA, RP. *et al.* Avaliação do perfil nutricional e qualidade de vida após realização de cirurgia bariátrica em um hospital público de Goiânia, Brasil. **Demetra alimentação, saúde e nutrição**, [s.l], 2018; v.13, n.1. Disponível em: <https://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/view/27515>. Acesso em: 20 out. 2019.

MARTINS *et al.* Percepção da qualidade de vida de professores das redes públicas e privadas frente à pandemia do COVID-19. **Revista CPAQV – Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida**, [s.l], 2020; v. 12, n. 3, p.2, [s.l].

MOREIRA, Anne Samilly Gomes; SANTINO, Thayla Amorim; TOMAZ, Alecsandra Ferreira. Qualidade de vida de Professores do Ensino Fundamental de uma Escola da Rede Pública. **Rev. Ciencia y trabajo**; Santiago, 2017. vol.19; n. 58.

NEA, Fiona M. A qualitative exploration of the shift work experience: The perceived effect on eating habits, lifestyle behaviours and psychosocial wellbeing. **Journal Public Health**, Oxford, 2018, v. 40, ed. 4, p. 482-49. Disponível em:<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29546282/?from_term=Eating+behavior+work&from_page=2&from_pos=10>. Acesso em: 14 maio 2020.

NEVES *et al.* Influência do nível de atividade física na qualidade de vida e estados de humor de professores universitários. **Rev. Bras. Ci e Mov**, [s.l], 2020; v. 28, n.1, p. 173-180.

OLIVEIRA, Priscila Braga de; COCA, Letícia Nunes; SPIRI, Wilza Carla. Associação entre absenteísmo e ambiente de trabalho dos técnicos de enfermagem. **Escola Anna Nery**, São Paulo, ano 2020, v. 25, ed. 2, p. 1-7, 30 set. 2020. DOI <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0223>.

PENAFORTE, Fernanda Rodrigues; MATTA, Nayara Cristine; JAPUR, Camila Cremonezi. Associação entre estresse e comportamento alimentar em estudantes universitários. **Rev. Demetra, alimentação, nutrição e saúde**, 2016, [s.l], v.11, n.1.

SALAMA, Miram. The impact of a mental work on food preferences, eating behavior traits and satiety efficiency. **Physiology & Behavior**, London, 2016, v. 154, ed. 5, p. 191-195, 1 fev. 2016. Disponível em:<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26607234/?from_term=eating+behavior+work&from_pos=8>. Acesso em: 14 maio 2020.

SANTOS, Edialida Costa; ESPINOSA, Mariano Martinez; MARCON, Samira Reschetti. Qualidade de vida, saúde e trabalho de professores do ensino fundamental. **ACTA PAUL DE ENFERM**, Cuiabá, 2020, v. 33, ed. 2, p. 1-8. Disponível em:<<https://www.scielo.br/pdf/ape/v33/1982-0194-ape-33-eAPE20180286.pdf>>. Acesso em: 30 set. 2020.

SOUZA, Renata Vieira. The effect of shift work on eating habits: a systematic review. **Scandinavian Journal of Work. Environment&Health**, Scandinavia, 2019, v. 45, ed. 1, p. 7-21. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30088659/?from_term=eating+behavior+work&from_page=2&from_pos=9>. Acesso em: 14 maio 2020.

UDO, Tomoko; GRILO, Carlos M. Prevalence and Correlates of DSM-5 Eating Disorders in Nationally Representative Sample of United States Adults. **Biological Psychiatry**, [s. l.], 2018, v. 84, ed. 5, p. 345-354. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6097933/>. Acesso em: 20 maio 2020.

7 ANEXO 1- INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA- WHOQOL-BREF

Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida The World Health Organization Quality of Life - WHOQOL-bref

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada.

Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	ada	uito pouco	édio	uito	com pletamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?					5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	ada	uito pouco	édio	uito	com pletamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?					5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio. Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	Ruim	ne nem ruim nem boa	boa	muito boa
	Com o você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3		
		muito insatisfeito	Insatisfeito	ne nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3		

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extr emamente
	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?					5
	O quanto você precisa de algum					5

	tratamento médico para levar sua vida diária?					
	O quanto você aproveita a vida?					5
	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?					5
	O quanto você consegue se concentrar?					5
	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?					5
	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?					5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		ada	uito pouco	édio	uito	com pletamente
0	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?					5
1	Você é capaz de aceitar sua aparência física?					5
2	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?					5
3	Quão disponíveis para você estão as					5

	informações que precisa no seu dia-a-dia?					
4	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?					5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		uito ruim	uim	em ruim nem bom	om	uito bom
5	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3		
		uito insatisfeito	nsatisfeito	em satisfeito nem insatisfeito	atisfeito	uito satisfeito
6	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3		
7	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3		
	Quão	1	2	3		

8	satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?					
9	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3		
0	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3		
1	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3		
2	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3		
3	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3		

4	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3		
5	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3		

As questões seguintes referem-se a **com que freqüência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		unca	algumas vezes	freqüentemente	muito freqüentemente	sempre
6	Com que freqüência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?			3	4	

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?

.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

8 ANEXO 2- BINGE EATING SCALE

ESCALA DE COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA

BES (BINGE EATING SCALE)

Autores: Gormally J, Black S, Daston S, Rardin D. (1982). Tradutores: Freitas S, Appolinario JC. (2001).

Tradução da “Binge Eating Scale”

Freitas S et al. Rev Bras Psiquiatr 2001;23(4):215-20

Você encontrará abaixo grupos de afirmações numeradas. Leia todas as afirmações em cada grupo e marque, nesta folha, aquela que melhor descreve o modo como você se sente em relação aos problemas que tem para controlar seu comportamento alimentar.

1

() 1. *Eu não me sinto constrangido(a) com o meu peso ou o tamanho do meu corpo quando estou com outras pessoas.*

() 2. *Eu me sinto preocupado(a) em como pareço para os outros, mas isto, normalmente, não me faz sentir desapontado(a) comigo mesmo(a).*

() 3. *Eu fico mesmo constrangido(a) com a minha aparência e o meu peso, o que me faz sentir desapontado(a) comigo mesmo(a).*

() 4. *Eu me sinto muito constrangido(a) com o meu peso e, freqüentemente, sinto muita vergonha e desprezo por mim mesmo(a). Tento evitar contatos sociais por causa desse constrangimento.*

2

() 1. *Eu não tenho nenhuma dificuldade para comer devagar, de maneira apropriada.*

() 2. *Embora pareça que eu devore os alimentos, não acabo me sentindo empanturrado(a) por comer demais.*

() 3. *Às vezes tendo a comer rapidamente, sentindo-me então desconfortavelmente cheio(a) depois.* () 4. *Eu tenho o hábito de engolir minha comida sem realmente mastigá-la. Quando isto acontece, em geral me sinto desconfortavelmente empanturrado(a) por ter comido demais.*

3

() 1. *Eu me sinto capaz de controlar meus impulsos para comer, quando eu quero.*

() 2. *Eu sinto que tenho falhado em controlar meu comportamento alimentar mais do que a média das pessoas.*

() 3. *Eu me sinto totalmente incapaz de controlar meus impulsos para comer.*

() 4. *Por me sentir tão incapaz de controlar meu comportamento alimentar, entro em desespero tentando manter o controle.*

4

() 1. *Eu não tenho o hábito de comer quando estou chateado(a).*

() 2. *Às vezes eu como quando estou chateado(a) mas, freqüentemente, sou capaz de me ocupar e afastar minha mente da comida.*

() 3. *Eu tenho o hábito regular de comer quando estou chateado(a) mas, de vez em quando, posso usar alguma outra atividade para afastar minha mente da comida.*

() 4. *Eu tenho o forte hábito de comer quando estou chateado(a). Nada parece me ajudar a parar com esse hábito.*

5

() 1. *Normalmente quando como alguma coisa é porque estou fisicamente com fome.*

() 2. *De vez em quando como alguma coisa por impulso, mesmo quando não estou realmente com fome.*

() 3. *Eu tenho o hábito regular de comer alimentos que realmente não aprecio para satisfazer uma sensação de fome, mesmo que fisicamente eu não necessite de comida.()*

4. *Mesmo que não esteja fisicamente com fome, tenho uma sensação de fome em minha boca que somente parece ser satisfeita quando eu como um alimento, tipo um sanduíche, que enche*

minha boca. Às vezes, quando eu como o alimento para satisfazer minha “fome na boca”, em seguida eu o cuspo, assim não ganharei peso.

6

() 1. Eu não sinto qualquer culpa ou ódio de mim mesmo(a) depois de comer demais.

() 2. De vez em quando sinto culpa ou ódio de mim mesmo(a) depois de comer demais.

() 3. Quase o tempo todo sinto muita culpa ou ódio de mim mesmo(a) depois de comer demais.

7

() 1. Eu não perco o controle total da minha alimentação quando estou em dieta, mesmo após períodos em que como demais.

() 2. Às vezes, quando estou em dieta e como um alimento proibido, sinto como se tivesse estragado tudo e como ainda mais.

() 3. Frequentemente, quando como demais durante uma dieta, tenho o hábito de dizer para mim mesmo(a): “agora que estraguei tudo, porque não irei até o fim”. Quando isto acontece, eu como ainda mais.

() 4. Eu tenho o hábito regular de começar dietas rigorosas por mim mesmo(a), mas quebro as dietas entrando numa compulsão alimentar. Minha vida parece ser “uma festa” ou “um morrer de fome”.

8

() 1. Eu raramente como tanta comida a ponto de me sentir desconfortavelmente empanturrado(a) depois.

() 2. Normalmente, cerca de uma vez por mês, como uma tal quantidade de comida que acabo me sentindo muito empanturrado(a).

() 3. Eu tenho períodos regulares durante o mês, quando como grandes quantidades de comida, seja na hora das refeições, seja nos lanches.

() 4. Eu como tanta comida que, regularmente, me sinto bastante desconfortável depois de comer e, algumas vezes, um pouco enjoado(a).

9

() 1. Em geral, minha ingestão calórica não sobe a níveis muito altos, nem desce a níveis muito baixos.

() 2. Às vezes, depois de comer demais, tento reduzir minha ingestão calórica para quase nada, para compensar o excesso de calorias que ingeri.

() 3. Eu tenho o hábito regular de comer demais durante a noite. Parece que a minha rotina não é estar com fome de manhã, mas comer demais à noite.

() 4. Na minha vida adulta tenho tido períodos, que duram semanas, nos quais praticamente me mato de fome. Isto se segue a períodos em que como demais. Parece que vivo uma vida de “festa” ou de “morrer de fome”.

#10

() 1. Normalmente eu sou capaz de parar de comer quando quero. Eu sei quando “já chega”.

() 2. De vez em quando, eu tenho uma compulsão para comer que parece que não posso controlar. () 3. Frequentemente tenho fortes impulsos para comer que parece que não sou capaz de controlar, mas, em outras ocasiões, posso controlar meus impulsos para comer.

() 4. Eu me sinto incapaz de controlar impulsos para comer. Eu tenho medo de não ser capaz de parar de comer por vontade própria.

#11

() 1. Eu não tenho problema algum para parar de comer quando me sinto cheio(a).

() 2. Eu, normalmente, posso parar de comer quando me sinto cheio(a) mas, de vez em quando, comer demais me deixa desconfortavelmente empanturrado(a).

() 3. Eu tenho um problema para parar de comer uma vez que eu tenha começado e, normalmente, sinto-me desconfortavelmente empanturrado(a) depois que faço uma refeição.

() 4. Por eu ter o problema de não ser capaz de parar de comer quando quero, às vezes tenho que

provocar o vômito, usar laxativos e/ou diuréticos para aliviar minha sensação de empanturramento.

#12

1. Parece que eu como tanto quando estou com os outros (reuniões familiares, sociais), como quando estou sozinho(a).

2. Às vezes, quando eu estou com outras pessoas, não como tanto quanto eu quero comer porque me sinto constrangido(a) com o meu comportamento alimentar.

3. Frequentemente eu como só uma pequena quantidade de comida quando outros estão presentes, pois me sinto muito embaraçado(a) com o meu comportamento alimentar.

4. Eu me sinto tão envergonhado(a) por comer demais que escolho horas para comer demais quando sei que ninguém me verá. Eu me sinto como uma pessoa que se esconde para comer.

#13

1. Eu faço três refeições ao dia com apenas um lanche ocasional entre as refeições.

2. Eu faço três refeições ao dia mas, normalmente, também lancho entre as refeições. 3. Quando eu faço lanches pesados, tenho o hábito de pular as refeições regulares.

4. Há períodos regulares em que parece que eu estou continuamente comendo, sem refeições planejadas.

#14

1. Eu não penso muito em tentar controlar impulsos indesejáveis para comer.

2. Pelo menos, em algum momento, sinto que meus pensamentos estão “pré-ocupados” com tentar controlar meus impulsos para comer.

3. Frequentemente, sinto que gasto muito tempo pensando no quanto comi ou tentando não comer mais.

4. Parece, para mim, que a maior parte das horas que passo acordado(a) estão “pré-ocupadas” por pensamentos sobre comer ou não comer. Sinto como se eu estivesse constantemente lutando para não comer.

#15

1. Eu não penso muito sobre comida.

2. Eu tenho fortes desejos por comida, mas eles só duram curtos períodos de tempo. 3. Há dias em que parece que eu não posso pensar em mais nada a não ser comida.

4. Na maioria dos dias, meus pensamentos parecem estar “pré-ocupados” com comida. Sinto como se eu vivesse para comer.

#16

1. Eu normalmente sei se estou ou não fisicamente com fome. Eu como a porção certa de comida para me satisfazer.

2. De vez em quando eu me sinto em dúvida para saber se estou ou não fisicamente com fome. Nessas ocasiões é difícil saber quanto eu deveria comer para me satisfazer.

3. Mesmo que se eu pudesse saber quantas calorias eu deveria ingerir, não teria idéia alguma de qual seria a quantidade “normal” de comida para mim.

Veja tabela abaixo para os resultados

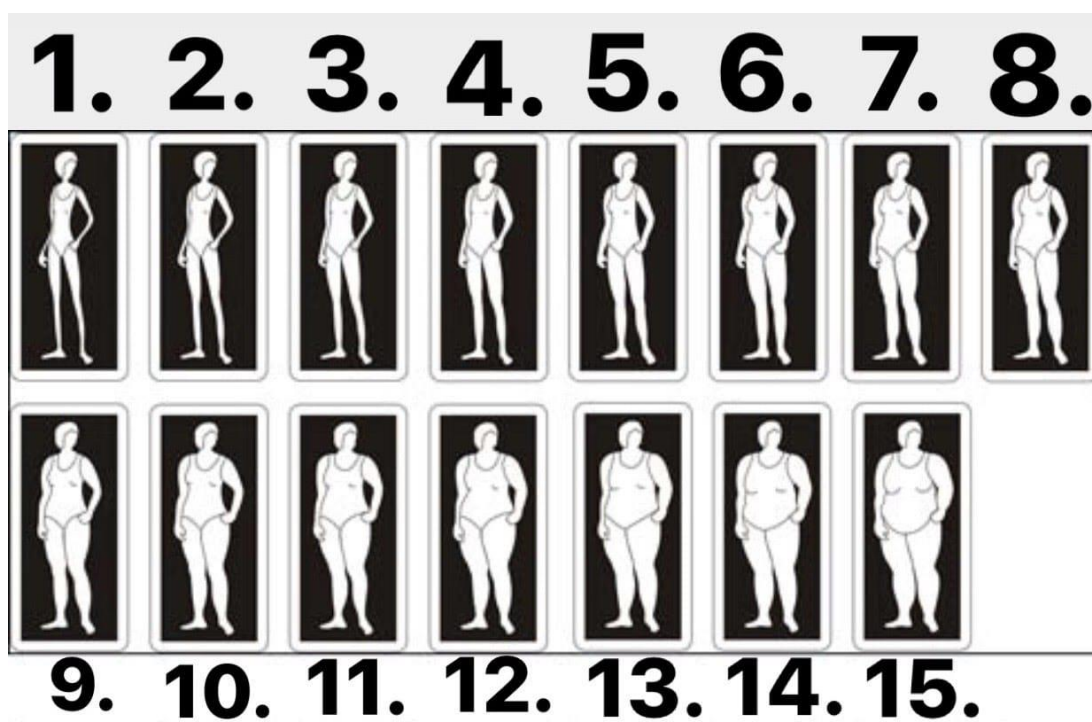
Grade de correção da Escala de Compulsão Alimentar Periódica.							
#1	#2	#3	#4	#5	#6	#7	#8
1 = 0	1 = 0	1 = 0	1 = 0	1 = 0	1 = 0	1 = 0	1 = 0
2 = 0	2 = 1	2 = 1	2 = 0	2 = 1	2 = 1	2 = 1	2 = 1
3 = 1	3 = 2	3 = 3	3 = 0	3 = 2	3 = 3	3 = 3	3 = 2
4 = 3	4 = 3	4 = 3	4 = 2	4 = 3	-	4 = 3	4 = 3
#9	#10	#11	#12	#13	#14	#15	#16
1 = 0	1 = 0	1 = 0	1 = 0	1 = 0	1 = 0	1 = 0	1 = 0
2 = 1	2 = 1	2 = 1	2 = 1	2 = 1	2 = 1	2 = 1	2 = 1
3 = 2	3 = 2	3 = 2	3 = 2	3 = 2	3 = 2	3 = 2	3 = 2
4 = 3	4 = 3	4 = 3	4 = 3	4 = 3	4 = 3	4 = 3	-

Resultados:

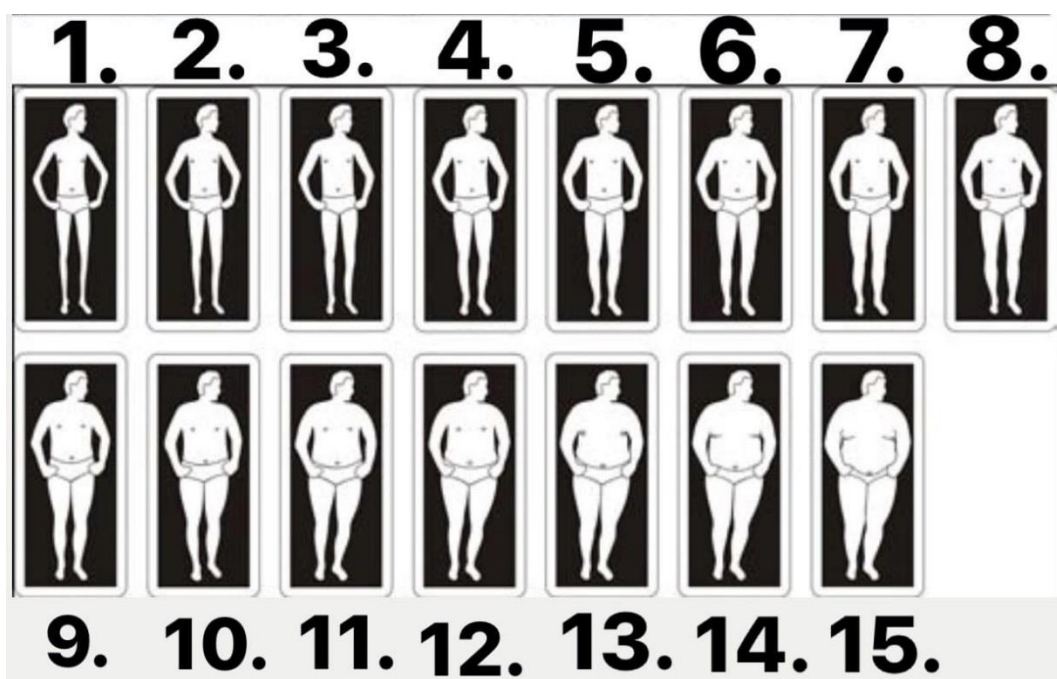
Menor ou igual 17 = normal

Entre 17 e 30 = variação de inclinação ao comer muito (de nada a muito) 30 ou mais = Compulsão alimentar Periódica

9 ANEXO 3- ESCALA DE KAKESHITA



Escala de Kakeshita figuras femininas



Escala de Kakeshita figuras masculinas