

ÉRICA EIKO TOME SINZATO

**QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM
OBESIDADE LEVE E MODERADA NO
MUNICÍPIO DE BANDEIRANTES, MS**

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO
MESTRADO EM PSICOLOGIA
CAMPO GRANDE, MS
2005**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

ÉRICA EIKO TOME SINZATO

**QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM
OBESIDADE LEVE E MODERADA NO
MUNICÍPIO DE BANDEIRANTES, MS**

Dissertação apresentada ao
**Programa de Pós-Graduação -
Mestrado em Psicologia** da
Universidade Católica Dom Bosco,
para obtenção do título de Mestre
em Psicologia.

Área de concentração:
Comportamento Social e Psicologia
da Saúde.

Orientador: Prof^o. Dr. José Carlos
Rosa Pires de Souza.

CAMPO GRANDE, MS

2005

**QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM
OBESIDADE LEVE E MODERADA NO
MUNICÍPIO DE BANDEIRANTES, MS**

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. José Carlos Souza (orientador)

Prof. Dr. Dorgival Caetano

Prof^a Dr^a. Wilma Lúcia Cardoso

Dedico este trabalho aos obesos
participantes da pesquisa e aos
pacientes do consultório.

AGRADECIMENTOS

A Deus.

Aos meus pais e ao meu querido irmão, pelo apoio e incentivo sempre.

Ao Thiago, pela compreensão, pelo amor e principalmente pelo companheirismo, mesmo em momentos mais difíceis.

A minha amiga e companheira de mestrado Maria das Graças Bittencourt, pela cumplicidade e incentivo.

A minha amiga Fran, que sempre esteve ao meu lado, nos momentos bons e ruins.

Ao Prof. Dr. José Carlos Souza, por todas as preciosas orientações, por compartilhar seus conhecimentos, pelo grande exemplo e incentivo.

À Prof^a Dr^a Wilma Lucia Cardoso pelas discussões valiosas durante o curso, pelo incentivo e orientações.

Ao Prof. Dr. Dorgival Caetano, pelas primordiais orientações durante o projeto de pesquisa.

À Prof^a Dr^a Sônia Grubits, pela dedicação ao Mestrado em Psicologia, junto à Universidade Católica Dom Bosco – UCDB.

Aos professores deste Mestrado em Psicologia, pelas oportunidades e esclarecimentos durante o curso.

Ao Prof. Dr. Leandro Sauer, pela análise estatística e pelas orientações imprescindíveis.

À amiga Lynell Smith, pela colaboração.

À Secretaria de Saúde de Bandeirantes – MS, pelo apoio e compreensão para realização dessa pesquisa.

Aos agentes de saúde Maria, Andréa, Alessandra, Rozana, Josefa, Jozélio e Clermenson, pela contribuição ao realizar as entrevistas nos domicílios dos habitantes de Bandeirantes.

Aos amigos Sandra e Paulo Menta pelo incentivo, apoio e sugestões no início do curso.

A todos os amigos e parentes que de maneira direta ou indireta, contribuíram para a realização deste trabalho.

RESUMO

Realizou-se um estudo epidemiológico, de corte transversal e comparativo. Houve um grupo-controle para se avaliar a prevalência da obesidade e a qualidade de vida (QV) relacionada à saúde de pessoas adultas obesas, com índice de massa corporal (IMC= peso em quilos dividido pela altura ao quadrado) entre 30 e 40 kg/m², residentes na zona urbana do município de Bandeirantes, Mato Grosso do Sul. Foram realizadas 222 visitas domiciliares nos meses de junho e julho de 2004 e 345 indivíduos foram pesados e medidos, obtendo-se, então, uma amostra de 55 obesos e o grupo-controle com 50 não obesos. Obteve-se uma prevalência de 17% de obesidade leve e moderada nesse município, sendo, significativamente ($p=0.02$), maior entre as mulheres (21,7%) do que entre os homens (11,8%), com predominância em indivíduos acima de 30 anos. O possível sedentarismo após o casamento não se mostrou associado à obesidade, assim como ao grau de escolaridade. Porém, a proporção de existência de doenças foi maior entre os obesos (34,5%) que os não obesos (14,0%), além disso, houve relação positiva entre a ausência de atividade física regular e a obesidade. Aplicou-se o instrumento genérico, traduzido e validado no Brasil, *The Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey - SF-36*, em ambos os grupos para comparar a QV segundo os oito componentes do questionário e verificar uma possível correlação entre a obesidade e algumas variáveis independentes (sexo, idade, escolaridade, estado civil, hipertensão arterial, diabetes, depressão, medicação utilizada, meio de transporte e atividade física). O ponto de corte foi 50. A distribuição da pontuação apresentada em cada domínio dos obesos e dos não obesos foi respectivamente: Capacidade Funcional, 78.4 e 84.6; Aspecto Físico, 76.3 e 77.5; Dor, 22.9 e 25.8; Estado Geral de Saúde, 53.9 e 47.0; Vitalidade, 52.2 e 53.7; Aspecto Social, 47.5 e 43.2; Aspecto Emocional, 72.7 e 70.6; Saúde Mental, 55.3 e 59.6. Na análise linear da QV percebida, apenas houve diferença no Estado Geral de Saúde, no qual os obesos apresentaram uma pontuação superior a dos não obesos. Concluiu-se que a QV dos obesos, em geral, não diferiu dos não obesos, apresentando bons resultados no questionário, com exceção do aspecto que se refere à Dor.

Palavras-chave: Qualidade de vida; Obesidade; Prevalência.

ABSTRACT

A transverse epidemiological comparative with a control group was made to evaluate the prevalence of obesity and the quality of life (QOL) related to health in obese adults with body mass index (BMI=weight in kilos, divided by the square of one's height in meters) between 30 and 40 kg/m², who live in Bandeirantes, Mato Grosso do Sul. 222 home visits were made in June and July 2004. 345 individuals were weighed and their height was measured thus providing a study group of 55 obese people and a control group of 50 non-obese. There was a prevalence of light and moderate obesity (17%) in the city, significantly greater in women (21.7%) than men (11.8%) and predominantly in individuals older than 30 years of age. The possible sedentary life of married couples and degree of education were not associated with obesity. However, the proportionate existence of disease was greater among obese people (34.5%) than non-obese people. In addition, there was a relation between the absence of regular physical activity and obesity. A generic instrument translated and approved in Brazil, *The Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey – SF-36* was applied to the two groups to compare the QOL according to eight questionnaire components and to verify a possible correlation between obesity and some independent variables (sex, age, educational level, marital status, hypertension, diabetes, depression, medication usage, means of transportation and physical activity). The reference point to the scores was 50. The scores for each category, for the obese and non-obese respectively, are as follows: Physical Functioning, 78.4 e 84.6; Role-Physical, 76.3 e 77.5; Bodily Pain, 22.9 e 25.8; General Health Perceptions 53.9 e 47.0; Vitality, 52.2 e 53.7; Social Functioning, 47.5 e 43.2; Role-Emotional, 72.7 e 70.6; and Mental Health 55.3 e 59.6. In the linear analysis of the perceived QOL there was only a significant difference in General Health Perceptions, in which the obese presented a higher score than the non-obese. It was concluded that the QOL in the obese, in general, did not differ from the QOL for the non-obese, presenting good results in the questionnaire, with the exception of the Bodily Pain category.

Key words: Quality of life; Obesity; Prevalence.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABESO – Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade

DCV – Doença Cardiovascular

DME – Doença Músculo-Esquelética

IMC – Índice de Massa Corporal

IQOLA – International Quality of Life Assessment Project

L4 – Quarta vértebra lombar

L5 – Quinta vértebra lombar

MOS – The Medical Outcomes Study

MS – Mato Grosso do Sul

OA - Osteoartrite

OMS – Organização Mundial da Saúde

PNB – Produto Nacional Bruto

PR – Peso Relativo

QV – Qualidade de Vida

SAOS – Síndrome da Apnéia Obstrutiva do Sono

SF – 36 – The Medical Outcomes Study 36 – Item Short- Form Health Survey

UFMS – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

VAS – Vias Aéreas Superiores

WHOQOL – World Health Organization Quality of Life

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição dos indivíduos segundo a presença de obesidade por sexo.....	55
Gráfico 2 - Distribuição dos indivíduos segundo a presença de obesidade por faixa etária.....	56
Gráfico 3 - Distribuição dos indivíduos segundo a presença de obesidade por estado civil.....	57
Gráfico 4 - Distribuição dos indivíduos segundo a presença de obesidade por escolaridade.....	58
Gráfico 5 - Distribuição dos indivíduos segundo a presença de obesidade e existência de doença.....	59
Gráfico 6 - Distribuição dos indivíduos segundo a presença de obesidade e o meio de transporte mais utilizado.....	60
Gráfico 7 - Distribuição dos indivíduos segundo a presença de obesidade e o sedentarismo.....	61

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Valores e Classificação do IMC.....	22
Tabela 2 - Prevalência da obesidade (IMC = ou > 30) na população adulta em alguns países / 1988 – 1996.....	27
Tabela 3 - Estimativa de Obesos leve e moderado na população adulta de Bandeirantes-MS	54
Tabela 4 - Pontuação obtida por obesos e não obesos segundo os componentes da QV percebida.....	63
Tabela 5 - Valores médios obtidos para cada componente do SF – 36 em vários países avaliando a população normal e para os pacientes com AR na população brasileira.....	64
Tabela 6 - Valores médios obtidos para cada componente do SF – 36 para os obesos e não-obesos de Bandeirantes, MS.....	65

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1 – Apresentação à secretaria de saúde de bandeirantes.....	83
ANEXO 2 – Termo de consentimento livre e esclarecido.....	84
ANEXO 3 – Questionário sócio-demográfico.....	86
ANEXO 4 – SF – 36 – pesquisa em saúde.....	88

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	16
1 – OBESIDADE.....	18
1.1- Breve Histórico.....	18
1.2 - Conceitos.....	20
1.3 - Métodos de avaliação.....	21
1.4 - Classificação.....	24
1.5 – Epidemiologia da obesidade.....	25
1.6 - Prevalência.....	26
1.7 – Obesidade e balanço energético.....	28
1.8 – Obesidade e comorbidades.....	29
2 – QUALIDADE DE VIDA.....	36
2.1- Breve Histórico.....	36
2.2 - Conceito.....	36
2.3 – Instrumentos de Avaliação de Qualidade de Vida.....	40
2.4 - Qualidade de Vida e Obesidade.....	43
3 – A PESQUISA.....	45
3.1 - Hipóteses.....	45
3.2 - Objetivos.....	45

3.2.1 - Geral.....	45
3.2.2 - Específicos.....	46
3.3 – Abrangência da Pesquisa.....	46
3.3.1 – Área Geográfica.....	46
4 – MATERIAIS E MÉTODOS.....	48
4.1 - Caracterização da Pesquisa.....	48
4.2 - Variáveis Estudadas.....	49
4.2.1 – Variáveis Dependentes.....	49
4.2.2 - Variáveis Independentes.....	49
4.3 - Sujeitos.....	50
4.4 - Recursos.....	51
4.4.1- Humanos.....	51
4.4.2 - Materiais.....	51
4.5 – Procedimento de Coleta de Dados	51
4.6 - Análise Estatística.....	53
5 – RESULTADOS.....	54
6 – DISCUSSÃO.....	67
7- CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	72
REFERÊNCIAS.....	74
ANEXOS.....	82

INTRODUÇÃO

O interesse pela obesidade surgiu, inicialmente, pelo atendimento terapêutico ocupacional a alguns pacientes obesos adultos em consultório, os quais procuravam tratamento devido a problemas pessoais e à sua insatisfação direta com a sua obesidade. Durante o atendimento dos mesmos, pôde-se observar que o comer excessivo era utilizado como um mecanismo de reação a determinados problemas da sua vida e que a obesidade era a expressão sintomática de conflitos, tanto internos como externos.

As conseqüências psicossociais da obesidade parecem derivar de valores relacionados à cultura atual que consideram o corpo obeso como fora dos padrões e, além de tudo pouco saudável. Entretanto, no mundo moderno, a obesidade tem sido atribuída a diversos aspectos causais, resultantes da interação de fatores genéticos e ambientais, visto que a obesidade é atualmente uma doença epidêmica que já se propaga inclusive em países orientais, onde tradicionalmente, era baixa sua prevalência, e o crescimento do número de obesos atinge também o Brasil.

Dentro deste contexto, o interesse por questões como padrão de vida e qualidade de vida (QV) surge pela necessidade da criação de parâmetros que avaliem mais amplamente o “bem estar” dos pacientes, do que somente aqueles

relacionados a questões como o controle de sintomas, frequência ou quantidade de ingestão de alimentos ou atividade física, mortalidade ou expectativa de vida.

Na literatura médica, o conceito de QV parece apresentar diversos significados, pois o funcionamento social, condições de saúde e QV muitas vezes são aplicados como sinônimos. Apesar de ainda não existir um consenso em relação à definição, a Organização Mundial de Saúde (OMS) define qualidade de vida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Sendo assim, este trabalho foi baseado neste conceito por ser multidimensional, envolvendo diferentes domínios, como o físico, o psicológico, nível de independência, entre outros que também envolvem o obeso. Além disso, a avaliação em diferentes domínios permite a verificação das dimensões nas quais os tratamentos serão efetivos podendo direcionar medidas terapêuticas mais adequadas e provavelmente diminuir os custos de saúde.

1 – OBESIDADE

1.1 - BREVE HISTÓRICO

A obesidade é provavelmente a enfermidade metabólica mais antiga que se conhece, pois pinturas e estátuas em pedra com mais de 20 mil anos já representavam figuras de mulheres obesas. Evidências parecidas foram vistas em múmias egípcias, pinturas e porcelanas chinesas da era pré-cristianismo, em esculturas gregas e romanas e, mais recentemente, em vasos dos maias, astecas e incas na América pré-colombiana (REPETTO, 1998).

No mundo romano, a obesidade era vista como uma doença social e moral capaz de derrubar tiranos e aviltar os patrícios mais ricos. Hipócrates preconizava que o obeso, para emagrecer, deveria fazer uma grande quantidade de exercícios depois de se alimentar, deveria comer uma só vez ao dia, não tomar banho, dormir em uma cama dura e caminhar desnudo a maior parte do tempo. As complicações que a obesidade traz à saúde humana estão claramente descritas nos textos hipocráticos do período greco-romano, salientando que a morte súbita era muito mais freqüente nos pacientes obesos que nos magros. Os mesmos textos referem que as mulheres obesas eram menos férteis que as magras, sendo a infertilidade atribuída às dificuldades na cópula e ao acúmulo de gordura fechando a entrada do útero, impedindo a admissão dos líquidos seminais (GOUREVITCH, 1985).

Os médicos bizantinos descreviam a obesidade como consequência de uma dieta farta, falta de exercícios e mudanças no humor. Ao obeso era recomendada uma dieta rica em vegetais, frutas, peixes e aves, porém proibidas as carnes vermelhas, os crustáceos, pão, queijo e vinho. Os exercícios e os banhos termais eram também muito recomendados, pois faziam suar e, com isso, contribuía para a perda de peso (LASCARATOS, 1995). Nota-se que a dieta e o exercício, já eram, então, os métodos mais eficazes para o tratamento desta milenar enfermidade.

A primeira monografia sobre a obesidade foi escrita por Sydenham no século XVII, relatando-a como uma mistura de doença com distúrbio do caráter. Conhecido como o “Hipócrates moderno”, este foi o grande clínico daquele século e foi quem primeiro começou a catalogar os sinais e os sintomas manifestados pelas pessoas enfermas, correlacionando-os com as doenças, tendo culminado com a publicação do Grande Catálogo Clínico das Doenças, no início do século XVIII. Nesse catálogo, já figurava a obesidade (REPETTO, 1998).

No entanto, os estudos epidemiológicos da obesidade se iniciaram na década de 1960, quando não era considerada um problema de saúde pública. Análises epidemiológicas sugeriram que a patologia não era um fator de risco para cardiopatias, mas sim, uma associação com a hipertensão e com o diabetes. Em 1974 três acontecimentos reforçaram o conhecimento científico da obesidade: o informe de James em Londres sobre a obesidade; o lançamento da primeira edição do livro de Garrow (*Energy balance and obesity in man*) e o Primeiro Congresso Internacional de Obesidade, realizado em Londres. Em 1976 ocorreu o lançamento do livro *The Obese Patient*, de George Bray (BRAGUINSKY, 1996).

Em 1977 aconteceu a Conferência *Fogarty*, organizada pelos Institutos Nacionais de Saúde dos Estados Unidos, cujos informes aparecem em *Obesity in América*, com os primeiros enfoques epidemiológicos e definições muito precisas de sobrepeso e obesidade, expressando-se claramente o conceito de heterogeneidade das obesidades. Segundo Braguinsky (1996), pode-se considerar que o início da época atual do estudo da obesidade foi em 1980, com

influência da escola de Gotemburgo, na Suécia, liderada por Bjöntorp. Desde então, é imprescindível avaliar não somente a quantidade de gordura, mas também a sua distribuição para determinar o risco e a necessidade de estudos longitudinais com populações.

1.2 - CONCEITOS

É considerada obesidade, quando o indivíduo apresenta Índice de Massa Corporal (IMC) maior que 30. (OMS, 2004). Segundo Girolami (1996), a obesidade pode ser definida como todo aumento de peso corporal e da porcentagem de tecido adiposo, cuja distribuição é prejudicial à saúde do indivíduo. Obesidade é o acúmulo de gordura corpórea em excesso. Com exceção daqueles com bastante massa muscular, aqueles cujo peso está 20% acima da média descrita por uma tabela padrão de altura/peso são consideradas obesas (DICIONÁRIO MÉDICO EMEDIX, 2004)

A obesidade é considerada hoje uma doença crônica, que provoca ou acelera o desenvolvimento de muitas doenças e que causa a morte precoce e decorre de uma série de fatores: genéticos, metabólicos, hormonais e ambientais, ainda não totalmente esclarecidos (HALPERN, 2004). Segundo Monteiro (1998a), define-se obesidade como uma enfermidade caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal que traz prejuízos à saúde do indivíduo. A obesidade também pode ser definida como um excesso de gordura corporal relacionado à massa magra, coincidindo com o aumento do peso, embora esta condição possa eventualmente não estar presente. De modo inverso, nem todo aumento de peso, está relacionado à obesidade (MONTEIRO, 1998b).

De acordo com Villares (1998), obesidade corresponde ao aumento da reserva lipídica, estocada sob forma de triglicerídeos no tecido adiposo. No homem a massa adiposa normal corresponde de 10% a 15% do peso corporal e na mulher de 20% a 25% do peso. A obesidade foi definida por consenso, em

1985, como sendo um excesso de gordura corporal que implica prejuízos à saúde (LESSA, 1998).

1.3 - MÉTODOS DE AVALIAÇÃO

- Relacionados à quantidade de gordura

a) Peso Corporal

O aumento do peso corporal pode definir a maioria dos obesos, pois o tecido adiposo é um dos componentes quantitativamente mais relevantes do peso corporal.

b) Relação peso/altura Índice de Massa Corporal ou Índice de Quetelet

Segundo Monteiro (1998) as relações peso/altura apresentam grande precisão, pois as medições de altura e peso oferecem baixa margem de erro. Apesar dessas relações não distinguirem o aumento de gordura ou de músculo, nem sua distribuição, são úteis quando interpretadas adequadamente.

O IMC é considerado um bom índice por medir melhor a adiposidade e se correlacionar muito bem com as pregas cutâneas, além de não necessitar padronização por idade e minimizar o efeito da altura (LESSA, 1998). Este índice pode ser obtido pela divisão do peso em quilos pela altura ao quadrado, expressa em metros. A sua classificação é denominada na tabela a seguir:

Tabela 1 – Valores e classificação do IMC

Avaliação do peso Corporal	IMC
Normal	20 - 24,9
Sobrepeso	25 - 29,9
Obesidade Leve ou Grau I	30 - 34,9
Obesidade Moderada ou Grau II	35 - 39,9
Obesidade Grave ou Grau III	> 40

Fonte: Organização Mundial da Saúde (OMS, 1997); Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade (ABESO, 2003)

O IMC (GARROW & WEBSTER, 1985; ANJOS, 1992) tem sido recomendado para uso freqüente pelo Instituto Nacional de Saúde dos Estados Unidos e pela Faculdade Real de Métodos de Londres (FLYNN & GIBNEY, 1991), para o diagnóstico da obesidade. Esses autores classificam este índice como simples, correlacionando-se bem com os outros índices, que também utilizam peso e altura, oferecendo a vantagem de comparação de populações. Além disso, afirmam que seu crescente uso em estudos epidemiológicos é devido à praticidade, como baixo custo e principalmente facilidade operacional. Devido a esses fatores, nessa pesquisa foi utilizado este método de avaliação.

c) Peso Relativo (PR)

É a relação percentual entre o peso atual do indivíduo e o peso populacional de menor morbimortalidade, baseando-se em tabelas conhecidas. Embora o PR possa ser utilizado para definir obesidade, é considerado metodologicamente objetivo, pois é a porcentagem de um peso padronizado, para uma determinada população (MONTEIRO, 1998)

- Relacionados com a distribuição da gordura

a) Relação entre cintura e quadril

Obtém-se dividindo o valor numérico do perímetro da cintura pelo perímetro do quadril. A medição deve ser realizada com o paciente em posição ortostática, na expiração e utilizando-se uma cinta métrica não extensível. O quadril é medido na região de maior perímetro no nível da região glútea. Valores superiores aos considerados normais para cada sexo e idade indicam risco metabólico, independente do peso do indivíduo. Os maiores riscos correspondem a valores superiores a 1,0 em homens e 0,85 em mulheres.

b) Perímetro da cintura

Atualmente tem sido proposto o perímetro da cintura como o melhor indicador de risco que a relação cintura/quadril, pois o valor de risco para esta relação modifica-se de acordo com o sexo e a idade, exigindo correções, fato que não ocorre de maneira semelhante com a medida da cintura que apenas se modifica com a idade. Além disso, por se tratar de uma relação, qualquer modificação no perímetro do quadril, poderia modificar a relação cintura/quadril. Entretanto, a medida isolada da cintura ignora qualquer tipo de relação com o tamanho corporal do indivíduo.

c) Diâmetro Sagital

O diâmetro sagital foi proposto como uma medida para avaliar a gordura intra-abdominal. Mede-se a distância entre o ponto de apoio da espádua e a superfície do abdômen em seu ponto mais elevado. Normalmente não deve superar 25 cm. Para Sjöstrom (1996), a aplicação deste método não é recomendada por apresentar um erro de até 20%.

1.4 - CLASSIFICAÇÃO

Na prática costuma-se classificar a obesidade em classes, determinadas pelo valor de IMC e nas formas clínicas andróide e ginóide, de acordo com a distribuição de gordura. Entretanto, essas formas clínicas são extremos da classificação, pois existem formas intermediárias e outra dificilmente definidas, principalmente nos obesos maciços.

Andróide ou abdominal: também chamada de superior ou central. O tecido adiposo predomina na metade superior do corpo, acima do umbigo, à frente e acima das vértebras L4-L5 e atrás.

Ginóide ou femoroglútea: o tecido adiposo predomina na metade inferior, infra-umbilical. É característica das mulheres pré-menopáusicas, embora também possa ser observada em pós-menopáusicas e ocasionalmente em homens.

Além de ser uma patologia, a obesidade é sem dúvida, um dos mais importantes fatores de risco para diversas doenças crônicas não transmissíveis. Como no caso da hipertensão, a obesidade pode ser classificada em: primária, quando independe de outra patologia ou medicação; e secundária, quando existe associação à outra patologia, como o hipotireoidismo ou a síndrome de Cushing.

No entanto, segundo Lessa (1998), a obesidade secundária é responsável por cerca de 1% das obesidades.

1.5 – EPIDEMIOLOGIA DA OBESIDADE

A epidemiologia busca estimar a probabilidade ou o risco de adoecer (e eventualmente morrer) por determinada enfermidade a que estão expostos indivíduos que integram uma dada população. Estimado esse risco, que é o risco médio da enfermidade na população, cabe à epidemiologia investigar a distribuição da doença junto a estratos populacionais que levem em conta o sexo, a idade, etnia, ocupação e outros atributos dos indivíduos. É função desta área ainda, estabelecer a evolução do risco da enfermidade na população e em seus diferentes estratos, a curto ou longo prazo (MONTEIRO, 1998).

Na epidemiologia da obesidade, o objeto de estudo não é somente a frequência e distribuição da obesidade em uma população específica, mas também quais são os fatores ou circunstâncias que a determina. Um ensaio sobre a epidemiologia da obesidade pressupõe, assim, no que diz respeito a: prevalência e tendência secular da enfermidade em diferentes países e regiões; distribuição do problema em distintos estratos populacionais (homens e mulheres, crianças e adultos, ricos e pobres); e fatores mais relevantes para sua determinação (MONTEIRO, 1998).

No modelo epidemiológico das doenças crônicas não transmissíveis, a obesidade primária é predominantemente determinada por componentes relacionados ao estilo de vida, com interações importantes com a biologia humana e com o ambiente psicossocial e econômico (LESSA, 1998).

1.6 - PREVALÊNCIA

Segundo Monteiro (1998), em populações adultas, o IMC dos indivíduos é a medida de escolha sobre a qual se deve calcular a prevalência da obesidade. Embora o IMC não meça diretamente a proporção de gordura no corpo, estudos realizados em grandes amostras populacionais têm revelado alta correlação entre IMC e gordura corporal e, mais importante, aumento intenso do risco de mortalidade associado a altos valores de IMC.

De acordo com a OMS (2004), o aumento da prevalência da obesidade (às vezes 100% mais) tem sido observada em vários países da Europa, da América do Norte, da América do Sul e da Ásia. Para identificar os fatores e causas que contribuem para o aumento da prevalência da obesidade, é fundamental considerar a satisfação integral das necessidades básicas das pessoas e o papel que envolve o crescimento e as etapas da vida. Então, nota-se que é possível valorizar e identificar os ambientes e condições que favoreçam e promovam a manutenção de um peso saudável e fatores que levam à obesidade.

A Tabela 2 descreve a prevalência da obesidade na população adulta de países que contam com inquéritos probabilísticos de abrangência nacional realizados no período de 1988-1996, e que reportaram seus resultados utilizando como nível crítico da obesidade o IMC de 30kg/m².

Tabela 2 - Prevalência da obesidade (IMC = ou > 30) na população adulta em alguns países / 1988 – 1996

País	PNB per capita em 1991 (dólares)	Ano do estudo	Faixa etária (anos)	Prevalência (%) - Homens	Prevalência (%) - Mulheres
<i>Japão</i>	26.930	1993	20+	1,7	2,7
<i>Suécia</i>	25.110	1989	16-84	5,3	6,0
<i>Alemanha</i>	23.650	1990	25-69	17,2	19,3
<i>Estados Unidos</i>	22.240	1991	20-74	19,7	24,7
<i>Canadá</i>	20.440	1991	18-74	15,0	15,0
<i>Holanda</i>	18.780	1995	20-59	8,4	8,3
<i>Inglaterra</i>	16.550	1995	16-64	15,0	16,5
Arábia Saudita	7.820	1996	20+	17,8	26,6
Rússia	3.220	1996	20+	10,8	27,9
Brasil	2.940	1989	25-64	5,9	13,3
Gana	400	1988	20+	1,2	0,9
China	370	1992	20-45	1,2	1,6
Índia	330	1990	20+	1,2	0,5
Mali	280	1991	20+	1,2	0,8
Tanzânia	100	1989	35-64	0,6	3,6

Fonte: Monteiro (1998)

* *Países ricos*

* **Países com níveis intermediários de riqueza**

- Países pobres

1.7 - OBESIDADE E BALANÇO ENERGÉTICO

Com o decorrer do tempo, o sucesso da prevenção e/ou tratamento da obesidade e suas doenças relacionadas dependerá de pesquisa básica que descubra a etiologia do desequilíbrio energético e de pesquisa aplicada que converta os conhecimentos em estratégias populacionais e individuais bem sucedidas. A variabilidade dos requisitos de energia está relacionada à variabilidade da energia despendida com os 3 principais componentes dos gastos diários: taxa metabólica em repouso, termogênese e atividade física. (RAVUSSIN & WALDER, 1998).

A taxa metabólica em repouso (TMR) é a energia gasta por um indivíduo em repouso no leito pela manhã, em jejum sob condições ambientais confortáveis. A TMR inclui o custo de manter os sistemas integrados do corpo e a temperatura homeotérmica em repouso. Na maioria dos adultos sedentários, a TMR contribui para aproximadamente de 60% a 70% dos gastos energéticos diários. Massa livre de gordura, massa de gordura, idade e sexo são os principais determinantes da TMR, explicando aproximadamente 80% de sua variância, e sugere-se que a parte restante a TMR, é determinada geneticamente (RAVUSSIN & WALDER, 1998).

O efeito térmico do alimento (principal forma de termogênese) contribui para aproximadamente 15% dos gastos energéticos diários. Muitos fatores influenciam o efeito térmico do alimento: o tamanho da refeição e sua composição, a palatabilidade do alimento, a hora da refeição, bem como a constituição genética do indivíduo, idade, forma física e sensibilidade à insulina. Estas influências, mais os aspectos técnicos, tais como a posição do indivíduo e a duração da dosagem, tornaram o efeito térmico do alimento o componente mais difícil de medir e o menos reprodutível no gasto diário de energia. Apesar do vasto desacordo encontrado na literatura referente ao papel de um comprometimento de efeito térmico do alimento na patogênese da obesidade, pode-se declarar seguramente que as diferenças individuais no efeito térmico do alimento só

podem contribuir para pequenas diferenças no gasto diário de energia (RAVUSSIN & WALDER, 1998).

Finalmente, a atividade física, componente mais variável do gasto diário de energia, pode contribuir para uma quantidade significativa de calorias em pessoas muito ativas. No entanto, adultos sedentários exibem uma faixa de atividade física que representa somente de 20% a 30% do gasto energético total. A atividade física reduzida como causa da obesidade é hipótese óbvia e atraente, além disso, a energia gasta é bem variável e o aumento secular da obesidade é paralelo ao aumento do estilo de vida sedentário. (RAVUSSIN & WALDER, 1998).

1.8 - OBESIDADE E COMORBIDADES

- Diabetes tipo 2

Na forma habitual do diabetes tipo 2, de início tardio, a resistência à insulina e a deficiência insulínica contribuem para a patogênese da afecção, mas a importância de cada uma delas pode variar de população para população. Mesmo que não esteja estabelecida a lesão primária, defeitos metabólicos no fígado, levando à produção excessiva de glicose pelo fígado em condições basais, a redução do consumo periférico de glicose pela resistência à insulina e a deficiência relativa de insulina contribuem para o diabetes (SANTOMAURO & WAJCHENBERG, 1998).

Numerosos estudos mostraram haver associação intensa entre a obesidade e o desenvolvimento do diabetes tipo 2; o risco relativo de desenvolver este tipo de diabetes aumentando exponencialmente com o aumento do IMC. Indivíduos não-diabéticos discretamente obesos têm um risco muito maior em desenvolver diabetes em comparação com aqueles que eram inicialmente

magros. Níveis progressivos do grau de obesidade resultam em uma demanda cada vez maior para a secreção de insulina a todos os níveis de sensibilidade à insulina, levando eventualmente a uma falência insular pancreática. Aproximadamente 40% dos obesos insulino-resistentes (da população de obesos caucasianos europeus a porcentagem dos insulino-resistentes é igual a dos obesos insulino-sensíveis) passarão a apresentar diabetes tipo 2 após 40 anos de obesidade (SANTOMAURO & WAJCHENBERG, 1998).

- Dislipidemias

Segundo Lottenberg (1998), a incidência de doença coronariana em indivíduos obesos é mais freqüente do que na população em geral. Entre os fatores de risco para ocorrência de coronariopatia, a maioria incide mais em pacientes obesos. Esta relação é independente da idade, níveis de colesterol plasmático, pressão sistólica, hábito de fumar ou intolerância à glicose. O tratamento dos distúrbios lipídicos do obeso tem sido objeto de intensa atividade de pesquisa. A perda de peso através da dieta e/ou atividade física tem sido utilizada como principal forma terapêutica. Alguns autores preconizam que, independentemente de como seja obtida, a simples perda de peso é suficiente para a melhora do perfil lipídico.

- Apnéia obstrutiva do sono e distúrbios respiratórios

A presença de roncos é uma das queixas mais comuns em termos de hábito de sono, por isso deixou de ser considerado pela medicina moderna como um constrangimento. O ronco está associado com conseqüências para a saúde do roncador e para os entes próximos, e deve ser considerado um problema

médico. Houve grande desenvolvimento no diagnóstico e tratamento dos distúrbios respiratórios sono-dependentes, em especial da síndrome da apnéia obstrutiva do sono (SAOS) (ALÓE & MANCINI, 1998).

A SAOS é uma doença crônica, progressiva, incapacitante, com alta mortalidade e morbidade cardiovascular. As pausas respiratórias do sono (apnéia ou hipopnéia) são definidas como uma parada (apnéia) ou redução (hipopnéia) da passagem de ar pelas vias aéreas superiores (VAS) com duração mínima de 10 segundos. Estes eventos respiratórios ocorrem inúmeras vezes e apenas durante o sono, determinando sintomas e sinais que caracterizam a SAOS. A prevalência de SAOS é de 9% da população masculina de 30 a 60 anos e 4% da população feminina após a menopausa. A SAOS pode ocorrer em qualquer idade, mas acomete principalmente homens obesos entre 40 e 60 anos, sendo incomum em mulheres antes da menopausa (ALÓE & MANCINI, 1998).

Em obesos mórbidos a incidência ultrapassa 50%. O sexo masculino é mais afetado devido a diferenças anatômicas das VAS e do pescoço, perfil hormonal e distribuição adiposa do tipo central nos homens (pescoço e tronco). Os sintomas da SAOS podem ser diurnos (sonolência excessiva, déficits neurocognitivos, alterações de personalidade, redução da libido, irritabilidade, sintomas depressivos, ansiedade, cefaléia matinal, boca seca e comportamentos automáticos) e noturnos (roncos, pausas respiratórias, sono agitado com múltiplos despertares, noctúria e sudorese) (ALÓE & MANCINI, 1998).

- Anormalidades cardiovasculares

A importância da obesidade como fator de risco para ocorrência de doenças cardiovasculares tem se tornado cada dia mais evidente e o fato adquire ainda maior importância quando consideramos que a prevalência da obesidade vem aumentando em vários países, tais como, Estados Unidos, Inglaterra, Alemanha, Brasil, entre outros. A relação entre o grau de obesidade e a incidência

de doença cardiovascular (DCV) foi estabelecida em 1983, com publicações de resultados muito importantes. Essas observações foram realizadas num período de 26 anos, revelando que a obesidade é um fator de risco independente para ocorrência de DCV, principalmente em mulheres (ZANELLA, 1998).

No entanto, é importante ressaltar a existência da forte associação entre obesidade, dislipidemia, hipertensão arterial, intolerância à glicose e hipertrofia ventricular esquerda. Embora ainda não se encontrem disponíveis os resultados dos estudos epidemiológicos mostrando que o tratamento efetivo da obesidade reduz também o risco de ocorrência de eventos cardiovasculares, não existem dúvidas de que a redução de peso é uma medida efetiva no sentido de combater os demais fatores de risco. Assim, o combate à obesidade parece indispensável na prevenção de DCV.

- Doenças músculo-esqueléticas

É freqüente a associação entre obesidade e doenças músculo-esqueléticas (DME). O excesso de peso acarreta sobrecarga mecânica para os ossos e as articulações, desempenhando importante papel na patogênese, nas manifestações clínicas e na evolução das DME. Além disso, segundo Radominski (1998), a incapacidade advinda dessa comorbidade é fator determinante na redução da qualidade de vida dos pacientes.

A osteoartrite (OA) é a causa mais freqüente da incapacidade entre as DME, em países desenvolvidos. Sua natureza multifatorial é bem reconhecida e estão identificados vários fatores de risco ambientais, como a obesidade, o traumatismo prévio e a meniscectomia, que são fortemente relacionados ao aparecimento da OA. O joelho é o local de envolvimento das doenças articulares mais comum nos membros inferiores. Estudos populacionais têm mostrado de maneira consistente que pessoas obesas apresentam risco aumentado para OA de joelho em relação às não-obesas (RADOMINSKI, 1998).

A articulação do joelho sofre forças de impacto de cerca de 6 vezes o peso corporal durante a deambulação normal, portanto qualquer ganho percentual de peso terá influência marcante nas forças transmitidas ao joelho (deverá ser multiplicado por 6). Outros dados de associação entre a obesidade e OA de joelhos devem ser ressaltados, como os indivíduos obesos que parecem ter risco especial para OA bilateral de joelhos, independente da idade, diferente do que ocorre com a OA unilateral, cuja causa mais freqüente é o trauma (RADOMINSKI, 1998).

- Neoplasias

Existem fortes razões para suspeitar que fatores dietéticos e nutricionais possam colaborar para o aumento do número de casos de câncer pelo mundo. A carcinogênese do alimento pode danificar diretamente o DNA, e outros fatores dietéticos podem bloquear a síntese endógena dos carcinógenos ou induzir enzimas envolvidas na ativação ou desativação de substâncias carcinogênicas exógenas. Fatores dietéticos influenciam os níveis de hormônios endógenos, incluindo estrógeno e vários fatores de crescimento, os quais influenciam os ciclos celulares, potencializando, assim, a incidência de câncer (CAVALCANTI & LYRA, 1998).

O câncer de mama é a neoplasia maligna mais comum entre as mulheres nos Estados Unidos e em muitos países do Oeste. A relação entre peso corporal e o câncer de mama é complexa. Em muitos estudos caso-controle, o IMC foi associado positivamente com o câncer de mama na pós-menopausa. Entre as mulheres na pré-menopausa mostrou-se que a obesidade reduz níveis séricos de estradiol e progesterona, sendo este fato reforçado pela grande freqüência de anovulação nestas. Após a menopausa, o estrógeno plasmático é derivado principalmente do tecido adiposo. Portanto, a produção de estrógenos nas

mulheres na pós-menopausa está diretamente relacionada com o peso corporal (CAVALCANTI & LYRA, 1998).

A elevada prevalência de obesidade entre portadoras do câncer endometrial é muito reconhecida, existindo atualmente evidências de que o câncer endometrial está associado ao excesso de peso. Segundo Cavalcanti & Lyra (1998), o câncer de endométrio foi o mais fortemente associado à obesidade no estudo prospectivo da Sociedade Americana de Câncer. Alguns outros estudos atribuem a um aumento de até 20 vezes no risco para este tipo de câncer entre as mais obesas.

- Psicopatologia

Há muito tempo que os clínicos associam a obesidade a fatores emocionais. As pesquisas atuais têm sugerido que as alterações psicológicas encontradas nos obesos são, na maioria das vezes, conseqüências e não causas da obesidade. As dificuldades emocionais apresentadas podem ser atribuídas a atitudes socialmente arraigadas como uma certa desvalorização do indivíduo obeso, como também uma preocupação exagerada com o emagrecimento.

Considerando-se que o preconceito social é elevado em relação ao obeso, deve-se entender que os obesos poderiam apresentar uma rejeição à sua aparência física (alteração da imagem corporal). Porém, de acordo com Appolinário (1998), esse tipo de insatisfação acentuada com a imagem corporal é observada principalmente em mulheres jovens das classes sociais A, B e C, grupos nas quais as sanções são mais rígidas. Geralmente este tipo de perturbação, encontra-se relacionada com o aparecimento da obesidade na adolescência, presença de outros problemas psicológicos, e nas pessoas cujos parentes e amigos os rejeitam pelo fato de serem gordos.

Um segundo transtorno psicológico encontrado na obesidade são os chamados episódios do comer compulsivo. Esse comportamento pode ser considerado como uma forma de compulsão alimentar e, apesar de não ser

específico dos obesos, geralmente encontra-se um número importante de indivíduos com obesidade apresentando esses episódios de comer compulsivo. Para Appolinário (1998), os obesos com esse episódios apresentam um risco aumentado de interromper prematuramente o tratamento se comparados aos obesos sem esse tipo de perturbação do comportamento alimentar.

2 - QUALIDADE DE VIDA

2.1 - BREVE HISTÓRICO

A Qualidade de Vida (QV) é, atualmente, um tema popularizado e que abrange profissionais de diversas áreas do conhecimento humano, principalmente quando se fala de saúde. Entretanto, no início, foram cientistas sociais, políticos e filósofos que primeiro se interessaram por termos relacionados à QV. De acordo com Yamada (2001), QV foi mencionada pela primeira vez por Pigou em 1920, em seu livro “Economia e bem-estar material”.

No entanto, ao que parece, a popularização do termo no vocabulário dos cidadãos dos Estados Unidos aconteceu somente depois de quatro décadas (1964), ao ser empregado pelo então presidente do país Lyndon Johnson, em uma declaração relacionada aos objetivos que só podiam ser medidos através da QV que proporcionam às pessoas (FLECK, 1999).

2.2 – CONCEITO

As questões relacionadas à QV são tentativas de quantificar a rede de conseqüências de uma doença e seu tratamento sob o ponto de vista do paciente de sua funcionalidade para viver de uma maneira proveitosa e satisfatória. Ao

contrário de uma doença, a QV é uma variável contínua de toda uma vida, não tendo um tempo de início definido. Para diversos autores, o conceito de QV consiste em um grupo de campos distintos tais como: estado físico e habilidades funcionais, estado psicológico e bem-estar, interações sociais, estado e fatores econômicos e/ou vocacionais, estado espiritual e/ou religioso. Entretanto alguns autores, no momento de fazerem seus estudos clínicos ou pesquisa, avaliam apenas aqueles campos considerados pertinentes. Desta forma, tais pesquisas deveriam ser distinguidas das demais que avaliam todos os campos que envolvem QV. (SPILKER, 1996)

Segundo a OMS, "QV é a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (FLECK, 1999). Para Wilhelm e Déak, "*QV é a sensação de bem-estar do indivíduo, o qual é proporcionado pela satisfação de condições objetivas (renda, emprego, objetos possuídos, qualidade de habitação) e de condições subjetivas (segurança, privacidade, reconhecimento, afeto)*" (apud CARDOSO 1999).

De acordo com Souza & Guimarães (1999), o conceito de QV consiste de três níveis: avaliação total do bem-estar, domínio global (físico, psicológico, econômico, espiritual, social) e componentes de cada um dos itens. Ao observar estes três níveis numa pirâmide, o topo seria a avaliação total do bem-estar, seguida dos outros dois, sendo os "componentes de cada domínio" a base da pirâmide. Sendo assim, este complexo conceito incorpora a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, os relacionamentos sociais, as crenças pessoais e o relacionamento entre as características proeminentes do ambiente. Segundo Castellanos (1997), a noção de QV transita em um campo semântico polissêmico, pois de um lado está relacionada a modo, condições e estilos de vida e, de outro, inclui as idéias de desenvolvimento e dos direitos humanos e sociais. Em relação à saúde, as noções se unem em uma resultante social da construção coletiva dos padrões de conforto e tolerância que determinada sociedade estabelece como parâmetros para si.

Por meio da discussão acerca de várias abordagens conceituais sobre QV que colocaram em diversas perspectivas, pode-se chegar a modelos de como a mesma é entendida atualmente. Porém ainda não se pode dizer que o debate sobre as raízes conceituais de QV esteja concluído. Percebe-se neste momento a existência de uma gama de estratégias que abordam o problema, de diferentes maneiras e que as mesmas estão se direcionando para um sentido comum. Deste modo, Fleck (1997) afirma que se nota várias vertentes sobre o conceito de QV, sem uma definição única, com um contínuo entendimento das prioridades do paradigma e com uma diversidade de estudos cada vez mais compreensivos. Do ponto de vista operacional, discute-se e tenta-se medir QV através de uma construção multifatorial, onde seus componentes permanecem consistentes, mas sua significância, mesmo sendo individual, pode se modificar com o tempo.

Nos atendimentos clínicos, demonstrou-se que QV passou a ser uma medida importante para avaliação, ou seja, tornou-se um indicador válido para reconhecer se há benefício ou não com o tratamento médico adotado, pois as eventualidades pessoais de vida que levam ao estresse, a ansiedade ou várias emoções, estão diretamente relacionadas à saúde da pessoa.

Sendo assim, uma possibilidade é basear este modelo à definição da OMS: *“Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade”*. Esta é recomendável, porém inclui elementos que estão longe de suprir a medicina tradicional. As oportunidades de emprego, a educação e a segurança social são elementos importantes no desenvolvimento da saúde da comunidade (SPILKER, 1996). Entretanto para Minayo et al. (2000), dizer que o conceito de saúde tem relações ou deve estar mais próximo da noção de qualidade de vida, que saúde não é meramente ausência de doença, já é um bom começo, porque manifesta o mal-estar com o reducionismo biomédico, mesmo acrescentando pouco à reflexão.

O modelo de QV relacionada à saúde foi desenvolvido por Parsons (1958), que o definiu como “um estado de capacidade absoluta para realização de tarefas”. Neste sistema, a doença só se torna um problema quando ela afeta a

capacidade de desempenho e a saúde é considerada como o mais valioso estudo de existência. Este modelo é baseado na capacidade funcional do sujeito, fornecendo informações sobre o nível de prejuízos ou incapacitações experienciadas pelo paciente. Para Patrick (1973), QV relacionada à saúde é a capacidade pessoal de desempenho para atividades diárias de acordo com a idade e com os principais papéis sociais, dentro do contexto do sujeito. Kaplan (1989) enfatiza que o foco da QV relacionada à saúde é uma dimensão qualitativa de operacionalização, podendo ser definida como o impacto de um tratamento ou doença no funcionamento e prejuízos diários.

Este modelo assume que a saúde é a variável que mais influencia a QV e que não há inter-relações significativas entre saúde e outros determinantes de QV. No entanto a crítica a este modelo é que ele não reconhece a influência de outros aspectos como mudanças no rendimento, trabalho, relações pessoais na QV. Outro aspecto relevante é que este modelo assume que há um ótimo nível de funcionamento humano, o qual todos deveriam almejar. Isto cria um problema sugerindo que há níveis melhores ou piores de QV, principalmente entre as culturas e grupos, reforçando estereótipos e práticas discriminatórios (LEPLÉGE & HUNT, 1997)

A QV é o produto da interação entre as expectativas e realizações de uma pessoa, podendo somente ser descrita e medida em termos individuais. Assim, quanto menor for a capacidade de um indivíduo para realizar suas expectativas, mais pobre será sua QV. Essa interação pode mudar ao longo do tempo, de acordo com a melhora ou progressão do indivíduo (CALMAN, 1984). Segundo Souza (2004), a mensuração da QV é subjetiva em dois aspectos: no primeiro, muitas das dimensões aferidas não são diretamente mensuráveis fisicamente; e no segundo, fica-se mais interessado com a visão do paciente sobre a importância de sua disfunção do que com a sua existência. Para muitos modelos de QV, o paciente serve como seu próprio controle interno. Deste modo, a estratégia analítica primária tem sido a observação das mudanças na QV durante o curso da doença.

Portanto, isto evita duas limitações importantes para a generalização do conceito. Uma é a cultural, a qual é representada pela diferença entre grupos socioeconômicos ou étnicos. Há uma evidência recente de que uma elaboração funcional da QV deve ter uma validação transcultural. A outra limitação refere-se a uma avaliação aprofundada da questão, pois o que se quer saber é o que acontece com um paciente num parâmetro funcional (SOUZA, 2004). Com o passar dos anos, percebe-se que QV tem adquirido interesse e respeitabilidade, seja como tema de prática clínica, ou como assunto de pesquisa e avaliação. Avalia-se QV tanto em termos individuais como em grupo, ou também, uma população de pacientes e seus instrumentos de avaliação foram sofrendo modificações substanciais, levando a elaboração de diversos questionários.

2.3 - INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DE QV

Na última década, houve um aumento na criação de instrumentos de avaliação de QV e afins, nas mais diversas patologias. De acordo com Baar (1995), estes instrumentos podem ser classificados em dois grupos: genéricos e específicos.

A necessidade de tentar definir e uniformizar os instrumentos de avaliação fez com que a OMS formasse um Grupo de QV, que criou o questionário WHOQOL (*World Health Organization Quality of Life*), inicialmente com 2.000 questões, que foram reduzidas a 300. Essas 300 questões transformaram-se em 100. E, posteriormente, em busca de instrumentos curtos que requerem pouco tempo para seu preenchimento, porém com características psicométricas satisfatórias, desenvolveu-se uma versão abreviada do WHOQOL-100, o WHOQOL-BREVE composto por 26 questões (WHOQOL GROUP, 1998).

Devido ao crescente número de ensaios clínicos multicêntricos, criou-se a necessidade de se desenvolver medidas delineadas especificamente para utilização em países cujo idioma não seja o inglês, assim como para populações

de imigrantes que adotam a língua inglesa, já que nessas duas situações, diferenças culturais importantes podem estar presentes (CICONELLI, 1997).

Entre as opções de instrumentos está *The Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey* (SF-36), que foi criado com a finalidade de ser um questionário genérico de avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde, de fácil administração e compreensão, porém sem ser tão extenso como os anteriores (WARE, 1994; WARE 1995a) (ANEXO 3).

A escolha do SF-36 para a presente pesquisa fundamentou-se na disponibilidade para o nosso idioma, um questionário de avaliação genérica da QV relacionada à saúde, bem desenhado, e que já estivesse sendo usado em outros estudos. Além disso, o interesse também foi baseado na demonstração de suas propriedades de medida, como reprodutibilidade, validade e suscetibilidade à alteração, bem como de sua utilização (CICONELLI, 1997). Por ser um questionário genérico, seus conceitos não são específicos para uma determinada idade, doença ou grupo de tratamento, portanto permite comparações entre diferentes patologias ou entre diferentes tratamentos e culturas (CICONELLI, 1997; WARE, 1995b).

O SF-36 foi derivado inicialmente de um questionário de avaliação de saúde formado por 149 itens, desenvolvido e testado em mais de 22000 pacientes, como parte de um estudo de avaliação de saúde (*The Medical Outcomes Study – MOS*) (CICONELLI, 1997). Com o intuito de formular um questionário abrangente, mas não tão extenso, elaborou-se inicialmente um questionário de 18 itens, o qual avaliava capacidade física, limitação devido à doença, saúde mental e percepção da saúde.

Posteriormente dois itens foram adicionados a este questionário para avaliação dos aspectos sociais e dor, sendo então, criado o *Short-Form 20* (SF-20). O SF-20 foi administrado em cerca de 11000 participantes dos estudos de avaliação de saúde (MOS). Estes resultados permitiram a análise de suas medidas psicométricas e também o desenvolvimento de normas preliminares para

detectar diferenças no estado funcional e de bem-estar entre os pacientes com doenças crônicas e alterações psiquiátricas (CICONELLI, 1997).

O SF-36 é um questionário multidimensional formado por 36 itens, englobados em 8 escalas ou componentes: capacidade funcional (10 itens), aspectos físicos (4 itens), dor (2 itens), estado geral de saúde (5 itens), vitalidade (4 itens), aspectos sociais (2 itens), aspectos emocionais (3 itens), saúde mental (5 itens) e mais uma questão de avaliação comparativa entre as condições de saúde atual e a de um ano atrás. Avalia tanto os aspectos negativos da saúde (doença ou enfermidade), como os aspectos positivos (bem-estar ou QV) (CICONELLI, 1997; WARE, 1994).

Na avaliação de seus resultados, após sua aplicação, é dado um escore para cada questão que, posteriormente, são transformados numa escala de 0 a 100, onde zero corresponde a um pior estado de saúde e 100 a um melhor, sendo analisada cada dimensão em separado. Propositamente, não existe um único valor que resuma toda a avaliação, traduzindo-se num estado geral de saúde melhor ou pior, justamente para que, numa média de valores, evite-se o erro de não se identificar os verdadeiros problemas relacionados à QV e saúde do entrevistado ou mesmo de subestimá-los (CICONELLI, 1997; WARE, 1993).

Devido às características deste instrumento e ao crescente interesse de sua utilização em ensaios clínicos, Ware e colaboradores, iniciaram em 1991, um projeto de validação internacional deste questionário, para que o mesmo, após sua tradução e validação em outros idiomas, pudesse ser usado em amplo espectro em ensaios clínicos internacionais e multicêntricos. Este projeto, denominado IQOLA (*International Quality of Life Assessment Project*), conta com a participação de pesquisadores em qualidade de vida e é responsável pela coordenação da tradução e validação do SF-36 em diversos países (CICONELLI, 1997).

Oficialmente 10 países estão participando deste projeto (Austrália, Bélgica, Canadá, Dinamarca, França, Finlândia, Espanha, Suécia, Reino Unido e Argentina). Este questionário também está sendo traduzido em aproximadamente

20 outros países e atualmente já estão publicadas as versões para os seguintes idiomas: espanhol (ALONSO et al., 1995), alemão (BULLINGER, 1995), francês (PERNEGER et al., 1995), sueco (SULLIVAN et al., 1995), inglês – Reino Unido (BRAZIER et al., 1992) e português (CICONELLI, 1997). Em comunicação pessoal, Ware (2004), informou durante a XXII Jornada Sul-Rio-Grandense de Psiquiatria Dinâmica e II Encontro Ibero-Americano de QV, realizado em Porto Alegre, RS, nos dias 19, 20 e 21 de Agosto de 2004, que novos países estão tendo suas validações do instrumento SF – 36, com pontos de corte que variam de 50 a 70, a fim de se avaliar a média de seus diferentes domínios.

Mesmo assim, torna-se necessário investir muito ainda no aprofundamento, não somente do conceito, como também da mediação de promoção da saúde, para que signifique mais do que uma idéia de senso comum, programa ideológico, imagem-objetivo e possa nortear o sentido verdadeiramente positivo de qualidade de vida. Partindo deste pressuposto, o interesse na QV de obesos está se expandindo, impulsionando a busca pela prática da promoção da saúde e a prevenção de doenças, a fim de minimizar o sofrimento provocado pela obesidade.

2.4 - QUALIDADE DE VIDA E OBESIDADE

A OMS propôs alguns critérios para que fossem considerados "efeitos adversos à saúde", tais como aqueles que indicam fases iniciais de uma doença clínica; os que não são facilmente reversíveis e indicam uma diminuição da capacidade corporal para manter a homeostase; os que tornam o indivíduo mais suscetível às conseqüências nocivas de outras influências ambientais; os que fazem com que as medições pertinentes permaneçam fora do normal, se consideram que são indicações precoces de diminuição da capacidade funcional; os que indicam alterações importantes de ordem metabólica ou bioquímica (WHOQOL GROUP, 1998)

Existem basicamente quatro campos que compõem a QV, embora algumas vezes haja divergências quanto à terminologia:

1) Função física e profissional: Pode-se dizer que esta é a função que chega mais próxima dos parâmetros de resultados utilizados pelos médicos. Aborda-se sobre força, energia e a capacidade de dar continuidade às atividades normais esperadas, porém os questionamentos não devem solicitar respostas que serão influenciadas pela idade, sexo ou local geográfico, devem ser passíveis de serem respondidas, tanto por aqueles que são profissionais, quanto pelos que não são.

2) Função psicológica: As medidas psicológicas mais analisadas em QV são a ansiedade, a depressão e o medo. Na hora do diagnóstico, e.g., ocorre uma evolução natural de sentimentos, os percebidos são depressão e ansiedade; nos períodos de reavaliação, a ansiedade, e nos momentos de dúvida sobre o diagnóstico e tratamento, o medo predomina. A análise desta função deve ser global, não realizando uma diagnose específica.

3) Intervenção social: Apesar de ter sido relegado por um tempo, este campo adquiriu seu real valor. Ele trata tão somente da capacidade do indivíduo de dar continuidade as suas relações interpessoais, sendo que estas estão classificadas hierarquicamente: família, amigos íntimos, colegas profissionais e a comunidade.

4) Sensação somática: são as sensações físicas repulsivas (dor, náusea, dispnéia, entre outras) que empobrecem a QV da pessoa.

Os quatro campos referem-se àquilo com que as pessoas se preocupam em sua vida diária, no entanto, para os obesos, deveriam ser incluídas dentro da avaliação dos riscos de saúde decorrentes da obesidade, as conseqüências psicológicas e sociais que a mesma acarreta (FLYNN & GIBNEY, 1991).

3 - A PESQUISA

3.1 - HIPÓTESES

- A QV relacionada à saúde de adultos com obesidade leve ou moderada (grau I e II) é pior que a QV de pessoas com IMC considerado de valor normal;
- Os componentes Aspectos Físicos, Aspectos Sociais e Aspecto Emocional são os principais domínios que podem apresentar uma baixa pontuação;
- A obesidade leve ou moderada é mais prevalente em mulheres;
- A obesidade está relacionada à ausência de atividade física regular;

3.2 - OBJETIVOS

3.2.1 - Objetivo Geral

- Avaliar a QV relacionada à saúde de adultos portadores de obesidade leve e moderada (grau I e II), residentes na zona urbana do município de Bandeirantes, MS.

3.2.2 - Objetivos Específicos

- Estudar a prevalência de obesidade leve e moderada em adultos, na zona urbana de Bandeirantes;
- Verificar se existe correlação entre as variáveis independentes: idade, escolaridade, estado civil, hipertensão arterial, diabetes, depressão, medicação utilizada, meio de transporte e atividade física;
- Verificar a inter-relação existente entre os componentes de capacidade funcional, aspectos físicos, sociais e emocionais, dor, estado geral de saúde, vitalidade e saúde mental, e as variáveis independentes estudadas;
- Comparar todos os domínios da QV e as variáveis independentes estudadas dos grupos de obesos e de não obesos.

3.3 - ABRANGÊNCIA DA PESQUISA

3.3.1 - Área geográfica

A pesquisa foi realizada no município de Bandeirantes, Estado de Mato Grosso do Sul, situado a 74 quilômetros da capital. A cidade foi fundada na década de 60, atualmente com 6.425 habitantes, sendo que 70% residem na área urbana e 30% na área rural. Nessa população total, 53% são do sexo masculino e 47% são do sexo feminino. Na região, a economia é basicamente a pecuária (22%) e a indústria (49%). Existem 05 (cinco) escolas na zona urbana, 03 municipais e 02 estaduais, apresentando um índice de 85% de alfabetizados na cidade.

No município existem 02 estabelecimentos de saúde, 01 Hospital Municipal e 01 Centro de Saúde Estadual, porém estes locais realizam principalmente atendimentos de emergência, pois quando necessitam de um procedimento mais urgente, os pacientes são encaminhados a Campo Grande. No Centro de Saúde, no que se diz respeito aos obesos, existe apenas um programa relacionado à hipertensão arterial e diabetes, no qual a maioria dos cadastrados apresenta obesidade. Entretanto, este programa objetiva primordialmente, o fornecimento de medicação necessária e o controle da pressão arterial e do diabetes, não estando relacionado com a prevenção ou algum tratamento direcionado à obesidade.

4 - MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 - CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

A pesquisa caracterizou-se como epidemiológica e descritiva. Utilizou-se corte transversal ou seccional e um grupo-controle para realizar uma comparação. Estudou-se a prevalência de obesidade na zona urbana do município de Bandeirantes, MS, além de avaliar a QV dos obesos, por meio de inquérito domiciliar.

Houve a homologação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul – UFMS, plenamente adequado às Diretrizes e Normas de Pesquisa em Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde, portaria 196-9, como também a autorização da Secretaria de Saúde do Município. Foi aplicado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 2), específico aos sujeitos envolvidos na pesquisa. Foi utilizado o questionário SF-36, que foi aplicado por uma equipe de 07 pessoas previamente treinada e pela própria pesquisadora.

4.2 - VARIÁVEIS ESTUDADAS

4.2.1 - Variáveis dependentes

As variáveis dependentes correspondem aos oito componentes ou domínios do questionário SF-36:

- 1. Capacidade funcional**, composta por dez itens;
- 2. Aspectos físicos**, compostos por quatro itens;
- 3. Dor**, composta por dois itens;
- 4. Estado geral de saúde**, composto por cinco itens;
- 5. Vitalidade**, composta por quatro itens;
- 6. Aspectos sociais**, compostos por dois itens;
- 7. Aspectos emocionais**, compostos por três itens;
- 8. Saúde mental**, composta por cinco itens.

4.2.2 – Variáveis independentes

As variáveis independentes correspondem a alguns aspectos gerais passíveis de correlação com as variáveis dependentes, tais como:

1. Sexo;
2. Idade;
3. Estado civil;
4. Escolaridade;
5. Doenças associadas (hipertensão, diabetes, depressão);
6. Utilização de medicação;
7. Meio de transporte mais utilizado;
8. Prática de atividade física.

4.3 - SUJEITOS

Os sujeitos da pesquisa foram divididos em dois grupos: **grupo experimental e grupo controle**. O primeiro foi composto por 55 pessoas obesas adultas (18 a 60 anos), que foram selecionadas após visitas domiciliares, com pesagem e medida da altura de todos os adultos presentes (345 indivíduos foram abordados) naquele momento e que obtiveram resultado do IMC de 30 a 40. O segundo grupo foi composto por 50 pessoas adultas não-obesas, selecionadas por sorteio deste mesmo total (345) e era realizada uma outra visita para que pudessem responder os questionários.

Todos os participantes dos grupos responderam os questionários sócio-demográfico e SF – 36, após assinarem Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 2).

4.4 - RECURSOS

4.4.1 - Humanos

Para realização das entrevistas, a pesquisadora (mestranda), em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde, obteve auxílio de uma equipe de 07 agentes de saúde da cidade, os quais se propuseram a colaborar durante o turno de trabalho. No entanto, receberam remuneração da pesquisadora aos finais de semana, por não realizarem expediente nestes dias. A análise dos dados foi realizada por um estatístico, que também foi remunerado.

4.4.2 - Materiais

Foram utilizados 105 questionários com 07 páginas impressas, canetas, um microcomputador, 07 balanças, 07 trenas e 07 calculadoras, sem nenhum tipo de financiamento. Todas as despesas foram arcadas pela pesquisadora.

4.5 - PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Inicialmente foi realizado contato com a Secretaria de Saúde do Município para que a pesquisa pudesse ser realizada com autorização, possibilitando a parceria com o Centro de Saúde. Sendo assim, os agentes comunitários puderam auxiliar com as entrevistas nos lares. Realizou-se um estudo-piloto com a amostra de 18 pessoas, a fim de adaptar o questionário à região de estudo e fazer

possíveis reajustes. A amostra foi aleatória, sorteando uma quadra e em seguida um domicílio desta quadra, totalizando 222 visitas em um primeiro momento.

Ocorreu a pesagem e medição da altura de todos os moradores adultos que estavam nas casas no momento da visita, ou seja, 345 pessoas foram abordadas. Porém ao somar crianças e idosos ao número de adultos, foram 648 presentes, que de acordo com critério de exclusão não participaram em momento algum. Posteriormente, quando algum indivíduo destes 345 obtinha o valor do IMC entre 30 e 40 (total de 60), questionava-se a possibilidade de responder os questionários sócio-demográfico e SF-36. Ao aceitarem participar da pesquisa, era primeiramente assinado o termo de consentimento.

Respondidos os questionários dos obesos que aceitaram participar da pesquisa (total de 55), uma nova amostra foi selecionada aleatoriamente, porém dos não obesos. A fim de possibilitar valores referenciais para comparação entre os dois grupos, foi sorteada uma quantidade semelhante ao grupo dos obesos (total de 50). As entrevistas pessoais nos lares ocorreram num período de 40 dias compreendendo os meses de junho e julho de 2004, sob a responsabilidade da própria pesquisadora.

O instrumento foi aplicado de 2ª feira a sábado, nos períodos diurno, vespertino e noturno, para que fosse possível encontrar o máximo de pessoas nos diferentes dias e horários. Os auxiliares realizaram as visitas sem limite de tempo (com a duração média das entrevistas de 30 minutos), com oportunidade para esclarecimento de dúvidas. Quando não era encontrado alguém ou algum adulto na casa sorteada, ou se havia apenas moradores idosos, dirigia-se para a casa da lista de reservas, que foi constituída previamente, a fim de substituir alguma unidade sorteada quando necessário.

4.6 - ANÁLISE ESTATÍSTICA

As estimativas foram apresentadas em intervalos de confiança de 95% para a população obesa leve ou moderada. Foi utilizado o intervalo para uma proporção. Para as estimativas da pontuação padronizada dos componentes da qualidade de vida percebida, foi utilizado o intervalo para média com desvio padrão populacional desconhecido. Nas análises da associação entre fatores sócio-demográficos e comportamentais e a presença de obesidade leve ou moderada foi utilizado o teste Qui-Quadrado.

5 - RESULTADOS

Os dados apresentados a seguir mostram a avaliação da QV relacionada à saúde, de adultos portadores de obesidade leve e moderada (grau I e II), residentes na zona urbana do município de Bandeirantes, MS. Foram abordados 345 adultos, o que permitira *a priori* um erro máximo de estimação para o percentual de obesos leves e moderados de 5.3% (consta a seguir que o erro de estimação foi igual a 4%). A obesidade leve e moderada foi diagnosticada para aqueles adultos com IMC de 30 a 40.

- Prevalência de Obesos Leves e Moderados em Bandeirantes-MS

Segundo estudo com população adulta da zona urbana do Município de Bandeirantes, MS, dos 345 abordados, 60 (17%) apresentaram obesidade leve ou moderada, porém 55 aceitaram responder o questionário. Na Tabela 3, apresenta-se uma estimativa por intervalo com 95% de confiança para o percentual da população que apresenta este problema, isto é, se a pesquisa tivesse sido realizada com toda a população adulta de Bandeirantes-MS, com 95% de certeza, o percentual de adultos obesos (leve ou moderado) estaria entre 13% e 21%.

Tabela 3 – Estimativa de Obesos leve e moderado na população adulta de Bandeirantes-MS

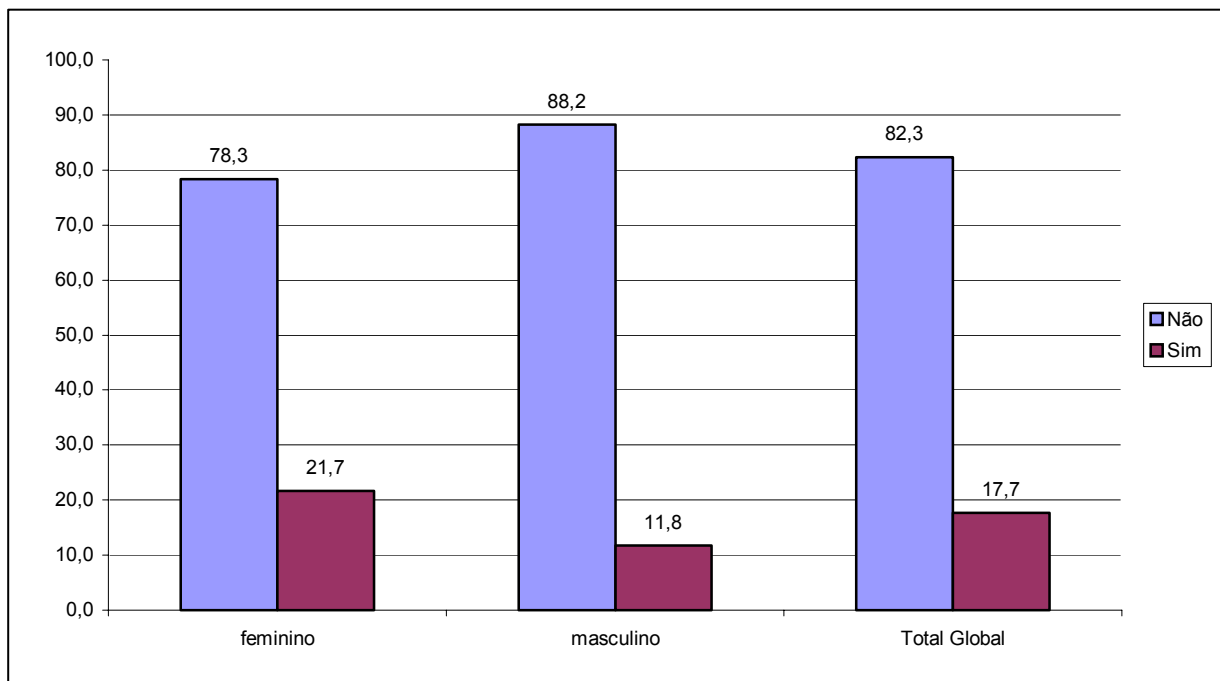
Classificação	Quantidade	%	Intervalo de Confiança a 95%
Obeso Leve ou Moderado	60	17%	13% a 21%

Estimado o percentual de obesos leves e moderados na população adulta de Bandeirantes-MS, começa-se a analisar a qualidade de vida percebida pelos obesos citados por meio de seus vários aspectos. A análise sempre foi comparativa aos índices apresentados por uma amostra de não-obesos, selecionados aleatoriamente da amostra inicial.

a) Inter-relação entre a obesidade leve e moderada e alguns aspectos sócio-demográfico e comportamental

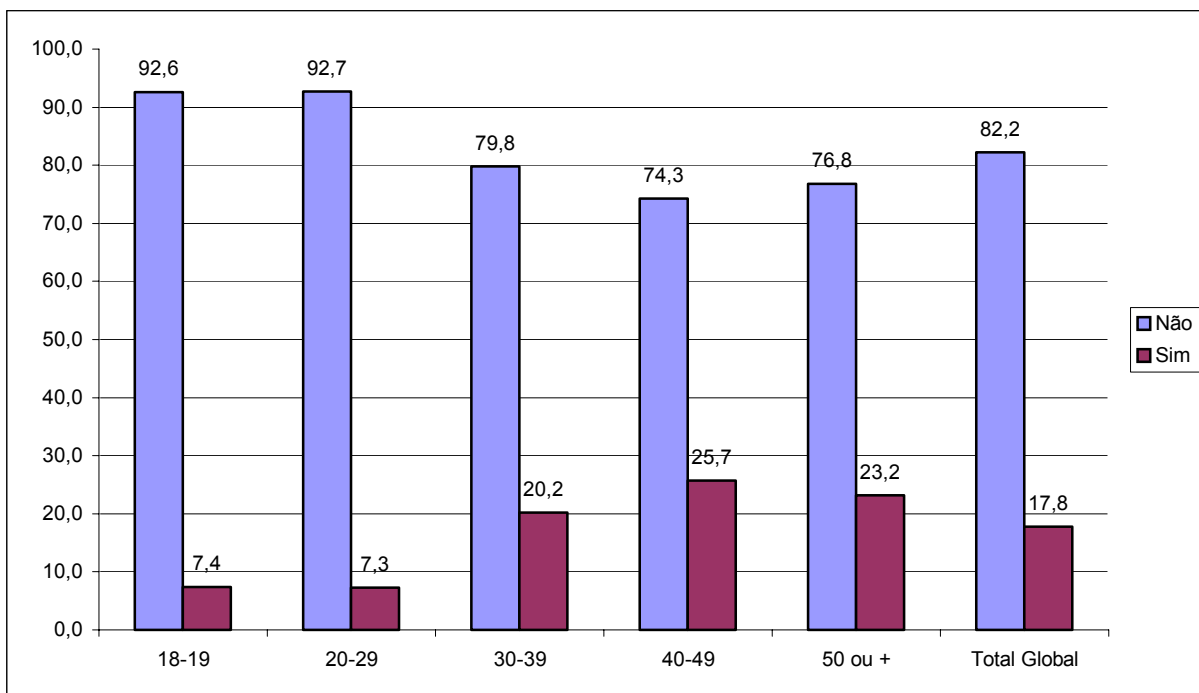
A seguir, analisou-se se existe inter-relação entre a obesidade leve e moderada e alguns aspectos pesquisados como sexo, faixa etária, estado civil, escolaridade, existência de doença, meio de transporte utilizado e atividade física. Aplicou-se o teste Qui-Quadrado para verificar a inter-relação.

Gráfico 1 – Distribuição dos indivíduos segundo a presença de obesidade por Sexo



Pode-se observar no Gráfico 1 que a obesidade leve e moderada na população de Bandeirantes-MS é significativamente maior entre as mulheres (Teste qui-quadrado, $p = 0.02$), correspondendo a 21.7% (44/203), e entre os homens, 11.8% (16/136).

Gráfico 2 – Distribuição dos indivíduos segundo a presença de obesidade por faixa etária

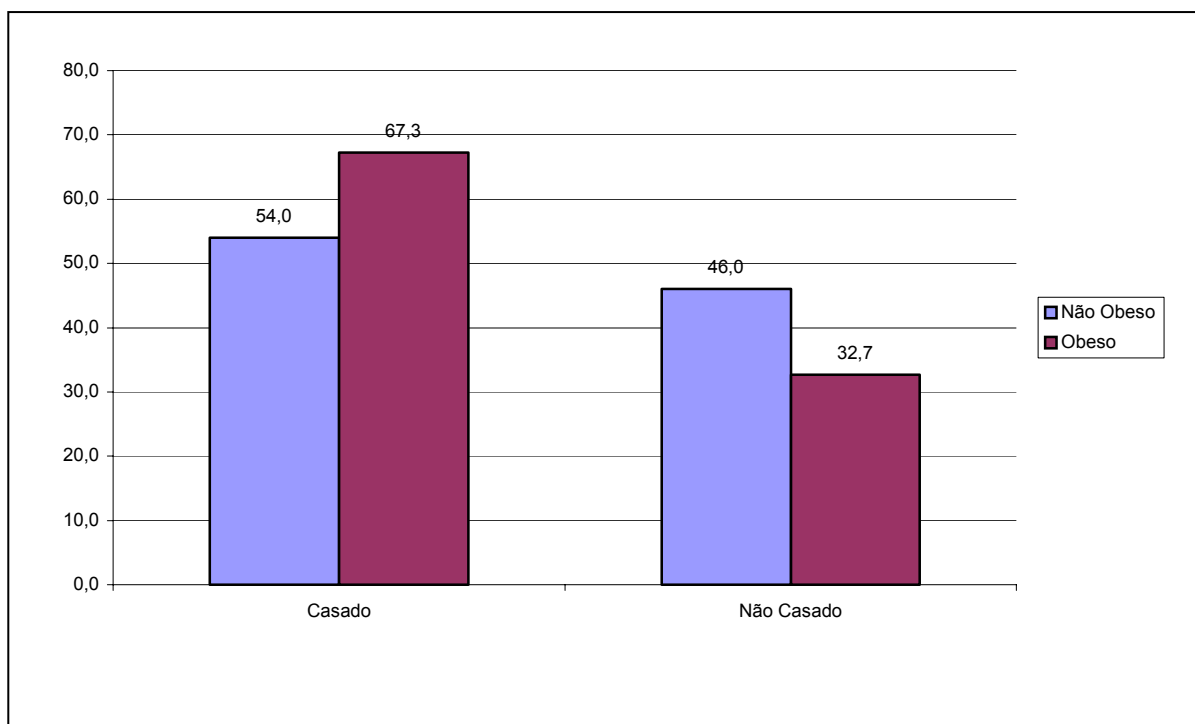


Pode-se observar no Gráfico 2, que o percentual de obesos leves e moderados é significativamente (Teste Qui-Quadrado, $p = 0.005$) menor nos indivíduos até 30 anos ($7.3\% = 8/109$) que nos indivíduos acima de 30 anos ($22.8\% = 52/228$).

Para os indicadores estado civil, escolaridade, atividade física, meio de transporte mais utilizado e existência de doença, trabalhou-se com uma amostra de indivíduos não obesos = 50 e com os indivíduos obesos que responderam o questionário com relação a estas características = 55.

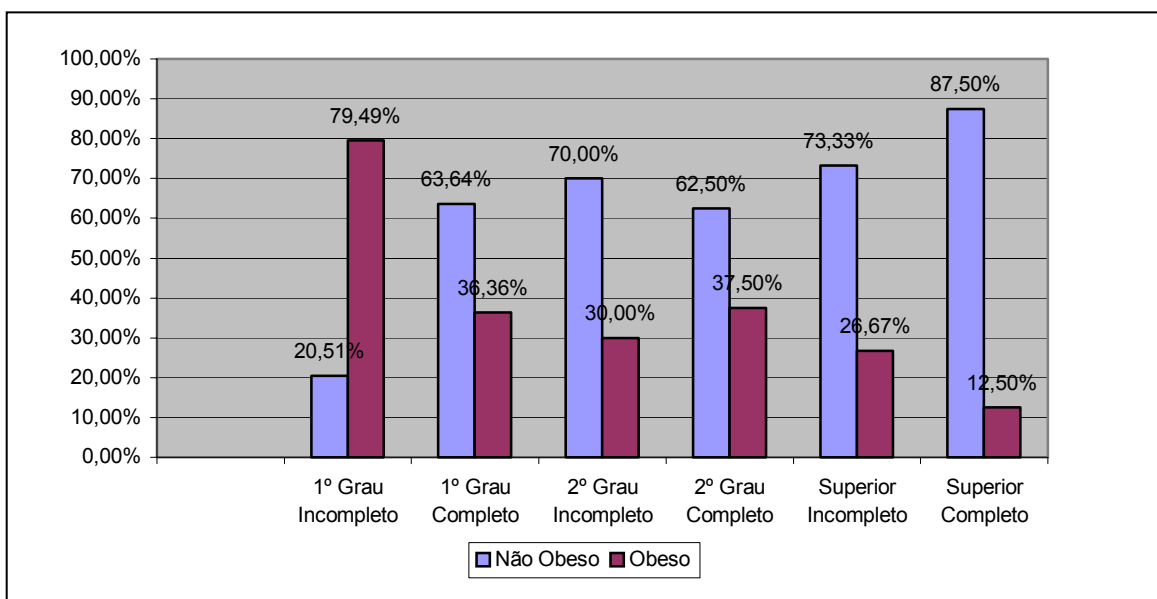
No Gráfico 3, classificou-se os indivíduos em: casados e não casados, devido ao propalado sedentarismo que se associa a vida de casado, pode-se observar que entre os obesos existe um percentual maior de casados, 67.3% que entre os não obesos, 54.0%, porém esta diferença não é significativa (Teste Qui-Quadrado, $p = 0.16$). Assim, o declarado sedentarismo da vida de casado não foi encontrado nesta amostra relacionado à obesidade leve ou moderada.

Gráfico 3 – Distribuição dos indivíduos segundo a presença de obesidade por estado civil



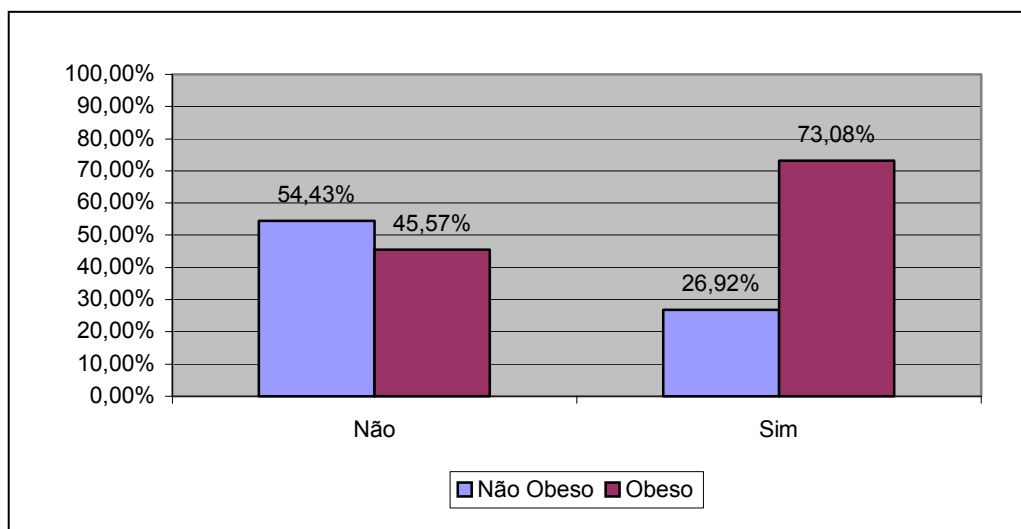
A obesidade pode estar relacionada ao baixo grau de escolaridade, pois 79.49% dos entrevistados, que tinham apenas o 1º grau incompleto, eram obesos.

Gráfico 4 – Distribuição dos indivíduos segundo a presença de obesidade por escolaridade



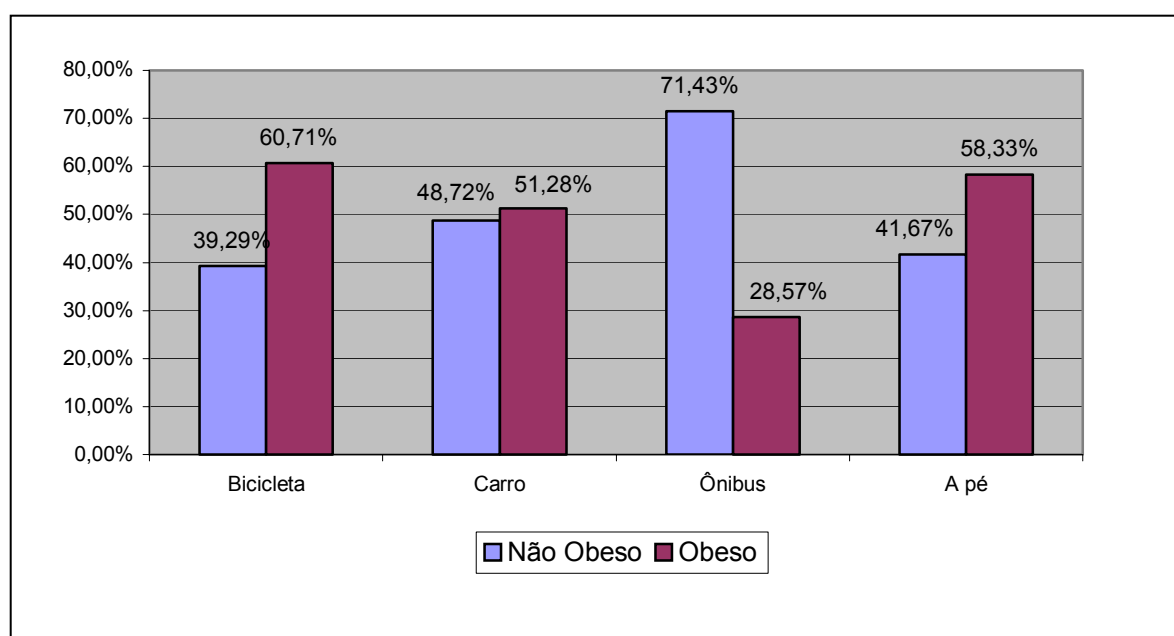
No Gráfico 5, apresenta-se a distribuição dos indivíduos amostrados segundo a presença das doenças relatadas pelos entrevistados: diabetes, hipertensão arterial e depressão. Nos indivíduos obesos a proporção de existência de doenças é significativamente maior ($p = 0.015$) que entre os não obesos, 34.5% (19/55) contra 14.0% (7/50). Portanto, a obesidade também está associada à presença de outros problemas de saúde, como hipertensão, diabetes, cardiopatias, entre outras.

Gráfico 5 – Distribuição dos indivíduos segundo a presença de obesidade e existência de doença



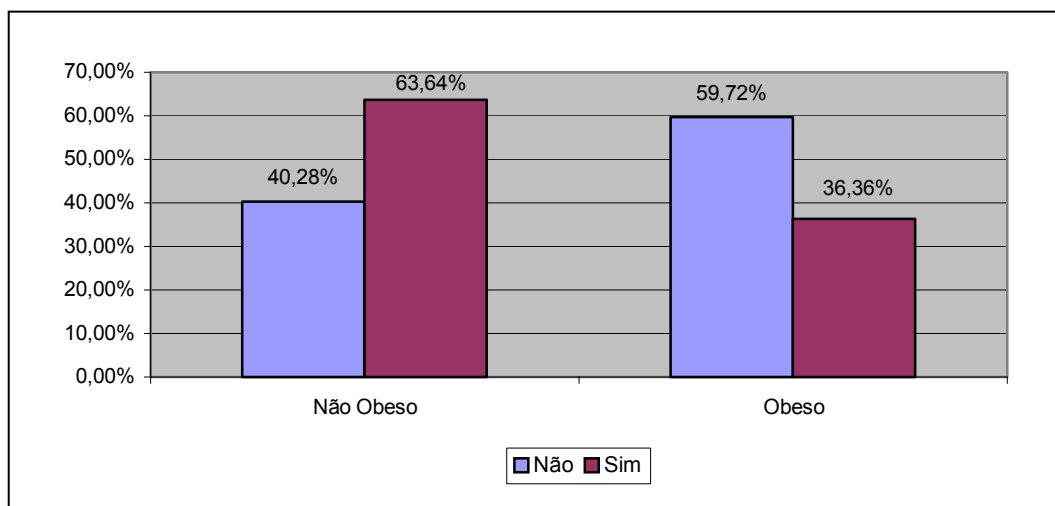
Não foi encontrada inter-relação entre o meio de transporte mais utilizado pelos indivíduos e a presença da obesidade leve ou moderada. Separaram-se os indivíduos que andavam mais a pé ou de bicicleta e os outros meios, porém não apareceram diferenças significativas (Teste Qui-Quadrado, $p= 0,14$), mesmo que 58,33% das pessoas que andam mais a pé, sejam obesas.

Gráfico 6 – Distribuição dos indivíduos segundo a presença de obesidade e o meio de transporte mais utilizado



E finalmente analisou-se a relação entre o sedentarismo, ausência de atividade física regular declarada, e a presença da obesidade leve ou moderada. O percentual de indivíduos obesos leves ou moderados que pratica alguma atividade física regular, 21.8% (12/55) é significativamente (Teste Qui-Quadrado; $p = 0.03$) menor que o percentual de indivíduos não obesos que praticam alguma atividade física, 42.0% (21/50).

Gráfico 7 – Distribuição dos indivíduos segundo a presença de obesidade e o sedentarismo



b) Comparação Obeso e Não Obeso segundo a QV

Primeiramente, analisou-se o comportamento da QV relacionada à saúde, percebida através de seus vários componentes comparando a pontuação obtida por obesos e não obesos. Alguns componentes possuem uma quantidade maior de perguntas no questionário aplicado, apesar disso as pontuações foram padronizadas (0 a 100) permitindo comparações da pontuação entre componentes diversos. Também é importante lembrar que os valores obtidos são estimativas (que oscilam ligeiramente dependendo do tamanho amostral), assim

apresenta-se os valores por intervalo de 95% de confiança. Para existir diferença significativa entre obesos e não obesos para um determinado componente da QV percebida, os intervalos estimados devem apresentar intersecção vazia (não tem valores em comum).

No que diz respeito ao Estado Geral de Saúde, os obesos apresentaram uma QV percebida (neste componente) superior aos não obesos, pois os intervalos não se interceptam. Inclusive na comparação entre obesos e não obesos, este foi o único componente que apresentou diferenças e as suas questões eram a respeito do que o indivíduo diria sobre sua saúde de modo geral; se costumava adoecer mais que as outras pessoas; se era tão saudável quanto qualquer pessoa que conhecia; se achava que sua saúde iria piorar; se sua saúde era excelente.

Convém ressaltar as comparações entre os vários componentes da QV percebida, independente do individuo ser obeso ou não. A pontuação obtida em Capacidade Funcional, Aspecto Físico e Aspecto Emocional não difere entre um grupo e outro, porém são superiores as pontuações obtidas em Estado Geral da Saúde, Vitalidade, Aspecto Social e Saúde Mental. Sendo assim, existe uma insatisfação relativa e geral em relação aos últimos aspectos citados independente do individuo ser obeso ou não. Também se averiguou que a pontuação obtida para o componente dor é inferior a 50%, isto é, a QV percebida pelos obesos (e não obesos) com relação à dor é bastante baixa. Suas questões eram a respeito de quanta dor no corpo o indivíduo teve e o quanto a mesma interferiu com o seu trabalho normal (ambas relacionadas às últimas quatro semanas).

Tabela 4 – Pontuação obtida por obesos e não obesos segundo os componentes da QV percebida

Componente		Média	Mediana	Desvio	Intervalo de
				Padrão	Confiança (95%)
Capacidade Funcional	Obeso	78,49	85,00	17,9	[72,93; 84,05]
	Não Obeso	84,67	90,00		[79,36; 89,99]
Aspecto Físico	Obeso	76,36	100,00	35,5	[67,50; 85,23]
	Não Obeso	77,50	100,00		[67,43; 87,57]
Dor	Obeso	22,91	20,00	19,8	[18,12; 27,70]
	Não Obeso	25,80	30,00		[20,17; 31,43]
Estado Geral de Saúde	Obeso	53,91	50,00	9,4	[50,13; 57,68]
	Não Obeso	47,00	45,00		[44,34; 49,66]
Vitalidade	Obeso	52,27	50,00	10,7	[49,91; 54,64]
	Não Obeso	53,70	55,00		[50,66; 56,74]
Aspecto Social	Obeso	47,50	50,00	17,2	[43,47; 51,53]
	Não Obeso	43,25	50,00		[38,37; 48,13]
Aspecto Emocional	Obeso	72,73	100,00	37,3	[62,31; 83,15]
	Não Obeso	70,67	100,00		[60,08; 81,27]
Saúde Mental	Obeso	55,35	56,00	15,9	[52,86; 57,83]
	Não Obeso	59,68	60,00		[55,16; 64,20]

Tabela 5 – Valores médios obtidos para cada componente do SF – 36 em vários países avaliando a população normal e para os pacientes com AR na população brasileira

	Brasil - AR	Estados Unidos	Reino Unido	França	Alemanha	Suécia
Capacidade Funcional	66,5	85,2	86,2	91,3	95,9	87,9
Aspectos Físicos	59,5	82,9	84,6	87,8	86,9	83,2
Dor	63,9	74,0	80,9	79,5	89,6	74,8
Estado Geral de Saúde	68,2	72,1	72,0	76,7	75,6	75,8
Vitalidade	66,3	62,4	61,7	65,6	58,2	68,8
Aspectos Sociais	87,0	84,6	88,4	83,9	81,4	88,6
Aspectos Emocionais	66,6	82,9	84,4	77,4	71,81	85,7
Saúde Mental	70,3	75,6	75,1	69,3	69,6	80,9

Fonte: Ciconelli, 1997

Tabela 6 – Valores médios obtidos para cada componente do SF – 36 para os obesos e não-obesos de Bandeirantes, MS

	Obesos	Não-Obesos
Capacidade Funcional	78,49	84,67
Aspectos Físicos	76,36	77,50
Dor	22,91	25,80
Estado Geral de Saúde	53,91	47,00
Vitalidade	52,27	53,70
Aspectos Sociais	47,50	43,25
Aspectos Emocionais	72,73	70,67
Saúde Mental	55,35	59,68

6 - DISCUSSÃO

Os dados apresentados na prevalência da obesidade na área urbana do município de Bandeirantes, MS foram que, dos 345 abordados, 60 apresentaram obesidade leve e moderada, ou seja, 17% da população. As mulheres apresentaram uma proporção significativamente maior ($p= 0.02$) que os homens, sendo 21,7% e 11,8% respectivamente. De acordo com Guimarães (2001), atualmente no Brasil, ao analisar só indivíduos com IMC maior que 30 Kg/m², observa-se um predomínio de obesidade nas mulheres (cerca de 12%) e nos homens a porcentagem está em torno de 7%. Porém, ao comparar com a região centro-oeste, na área urbana, consta segundo Lessa (1998), que 5,6% dos homens e 9,9% das mulheres são obesos, o equivalente a pouco menos da metade da porcentagem obtida nesse estudo. Monteiro (1998) afirma que no período de 1980 a 1994, aumentos acentuados na prevalência da obesidade são observados para todas as faixas etárias e para ambos os sexos, destacando-se o aumento da enfermidade em mulheres adultas.

Em relação à faixa etária dos obesos entrevistados, o percentual foi significativamente menor nos indivíduos até 30 anos (7.3% = 8/109) que nos indivíduos acima de 30 anos (22.8% = 52/228), sendo de acordo com Lessa (1998), quando ressalta que o peso aumenta com a idade e que a prevalência da obesidade é elevada em pessoas em meia idade, declinando em grupos de faixa etária mais avançadas.

O estado civil foi denominado por quatro classificações na pesquisa: casado, separado, solteiro ou viúvo, que foram analisadas e apresentadas graficamente somente em dois tipos, casado e não casado. Halpern (2000) afirma

que devido ao propalado sedentarismo que se associa à vida de casado, é comum a presença da obesidade, no entanto, não houve diferença significativa entre o primeiro grupo que apresentou um percentual de 67,3% e o segundo 54% ($p=0.16$). Para Feldman (2002), a hiperalimentação pode representar um distúrbio da dinâmica familiar. A hiperfagia (excesso de fome) pode ocorrer como uma resposta a situações de estresse, seja no trabalho ou no lar, podendo servir como uma proteção em situações de difícil interação social, conflitos sexuais e exposição à possibilidade de falência em relações interpessoais.

No que se refere ao grau de escolaridade, neste trabalho foi encontrada inter-relação entre o baixo nível de escolaridade e a presença da obesidade, assim como relatam Majem & Sanmartí (1998) que obtiveram uma prevalência de obesidade na Espanha de 13,4%, e esta estava relacionada com o baixo nível de instrução. Lessa (1998) também afirma que, em geral, no que se diz respeito ao ambiente, a enfermidade é mais freqüente nos níveis sociais mais baixos e com menor escolaridade. Porém tais resultados diferem de outros trabalhos, como de Morais (2004), que não encontrou esse tipo de relação.

Quanto à presença de doenças, entre os indivíduos obesos, a proporção de existência foi significativamente maior (teste qui-quadrado, p -valor= 0.015) que entre os não obesos, 34,5% (19/55) contra 14,0% (7/50). Em estudos similares, a obesidade é contribuinte da hipertensão arterial, diabetes, doenças cardiovasculares, além de doenças como as articulares, as das vias biliares e de algumas neoplasias malignas (LESSA, 1998). E de acordo com Formiguera & Foz (1998), um trabalho realizado na Noruega, com uma população de 1.700.000 habitantes, com mínimas variações étnicas e com um segmento de 10 anos, demonstrou claramente que pessoas com um valor de IMC superiores a 29 kg/m², tinham maior prevalência de enfermidades como, as cardiovasculares, acidente vascular cerebral, diabetes mellitus e alguns carcinomas. Neto (1998), afirma que as alterações endócrinas que acompanham a obesidade podem ser, indubitavelmente, relacionadas ao crescente risco de morbidade e mortalidade do obeso. Esta afirmação é especialmente verdadeira ao fenômeno da hiperinsulinemia e resistência à insulina que estão intimamente relacionadas às

diversas alterações metabólicas e fisiológicas do obeso, tais como as patologias anteriormente citadas, além da dislipidemia. Para Appolinário (1998), o indivíduo obeso parece ter uma morbidade psiquiátrica próxima da população geral, não evidenciando um tipo de personalidade típica. Fatores psicológicos exercem grande influência sobre o equilíbrio e o desequilíbrio do peso da pessoa, prejudicando conseqüentemente a auto-estima e a imagem corporal. Além disso, possivelmente pela supervalorização cultural da estética e conseqüente rejeição social sofrida pelo obeso, com freqüência essas pessoas entram em estado de depressão (BALLONE, 2002);

Analizou-se a relação entre o sedentarismo, ausência de atividade física regular e a presença de obesidade, obtendo-se um resultado significativamente maior ($p= 0.03$) de 42,0% (21/50) para os não obesos e 21,8% (12/55) para os obesos que praticavam atividades físicas. Segundo Willet (1990) *apud* Sichieri (1998), a grande variabilidade entre populações, em relação ao consumo energético, é dada principalmente pela atividade física, que representa mais de 50% da variação do consumo de energia entre indivíduos. Para Radominski (1998), a causa principal do aumento da prevalência da obesidade não parece ser o aumento da ingestão calórica, mas sim a modificação dos hábitos de vida, como a maior utilização de gorduras nos cardápios alimentares e a redução da atividade física diária. Em um estudo realizado recentemente na Finlândia, citado por esta autora, constou que os indivíduos que reduziram a atividade física apresentaram, após dez anos, grande aumento de IMC, em comparação com os outros que persistiam ativos. Entre os fatores do “estilo de vida”, encontra-se a inatividade física, a ingestão excessiva de dietas hipercalóricas e hiperlipídicas e, de modo controverso, o abuso do álcool (KROMHOUT, 1983; JONES, B. R. et al, 1982). Deste modo, parece ser estabelecido um círculo vicioso: sedentarismo – obesidade – sedentarismo, para o qual contribui o hábito de se alimentar freqüentemente.

Ao comparar os obesos com os não obesos, obtiveram-se nos componentes Capacidade Funcional, Aspecto Físico, Vitalidade, Aspecto Social, Aspecto Emocional e Saúde Mental pontuações que não diferiram

significativamente. Entretanto, de acordo com Morais (2004), a análise dos resultados relativos ao WHOQOL-100 em sua pesquisa, mostra que as mulheres com obesidade leve apresentaram maiores dificuldades e limitações na QV em todos os domínios, com exceção do relacionado a aspectos religiosos e espirituais, quando comparadas às mulheres sem obesidade. Resultados semelhantes foram encontrados por Livingston & Ko (2002) e Casares (1999) *apud* Morais (2004), que verificaram que a QV se deteriora conforme o aumento do índice de massa corporal.

No componente que se refere a Dor, tanto o grupo de obesos como o de não obesos, apresentaram pontuações muito abaixo do ponto de corte 50. Estes dados do grupo de obesos estão provavelmente relacionados, aos prejuízos em áreas de mobilidade física, os quais se associam com a presença de dor (KATZ et al.,2000; RESTA et al.,2003; GUTIÉRREZ et al., 1998 *apud* MORAIS, 2004). Além disso, Morais (2004) constatou que as mulheres obesas referiram dificuldades em fazer o que precisava ser feito durante o dia, devido à presença de dor e desconforto físico, fadiga, falta de energia, cansaço e tinham dificuldades com o sono. Entretanto, os resultados podem estar relacionados também, para ambos os grupos, à excessiva jornada de trabalho rural, que é comum entre os moradores do município de Bandeirantes, MS. Este tipo de atividade é freqüentemente praticado devido ao escasso campo de trabalho na cidade, o qual obriga a grande maioria das pessoas a trabalhar com serviços domésticos e serviço braçal, manuseando grandes e pesados maquinários. E segundo o Fórum de Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável do Município (2002), o rendimento médio mensal dos responsáveis pelos domicílios particulares permanentes é de aproximadamente um salário mínimo e meio, o que faz com que os trabalhadores rurais façam horas extras.

O único componente que apresentou diferenças entre os grupos foi o Estado Geral de Saúde, que de acordo com as respostas analisadas nos questionários dos entrevistados, os obesos apresentaram uma QV percebida (53,91) superior a dos não obesos (47,00). Estes dados diferem bruscamente dos resultados encontrados durante a prática clínica, que inclusive, foram os mais

inspiradores para que esta pesquisa se realizasse. Além de contrariar os resultados de Morais (2004), que mulheres com obesidade leve apresentaram menores escores na avaliação da QV, quando comparadas às mulheres sem obesidade, e indicaram que mesmo as mulheres com este tipo de obesidade, já apresentam dificuldades no trabalho, insatisfação com sua aparência, problemas nas relações sociais, dificuldades na realização e participação nas atividades da vida cotidiana. Katz et al. (2000) *apud* Morais (2004), demonstraram que níveis modestos de sobrepeso já estão associados com significativa redução na QV, o que não foi observado neste estudo.

Pode-se observar que nos componentes Capacidade Funcional, Aspectos Físicos e Aspectos Emocionais, os valores médios dos obesos e não-obesos são superiores à pontuação obtida no Brasil, porém são inferiores quando comparados aos Estados Unidos, Reino Unido, França, Alemanha e Suécia. No entanto, os componentes Estado Geral de Saúde, Vitalidade, Aspectos Sociais e Saúde Mental, apresentaram valores muito inferiores aos seis países citados anteriormente. E para o componente Dor, a pontuação obtida nesse estudo, foi 36,5% abaixo da média dos demais países.

7 – CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

1 - O percentual de adultos obesos leves ou moderados na cidade de Bandeirantes-MS é alto (17%).

2 - A QV percebida nos obesos, em geral, não difere dos não-obesos, com exceção do seu estado geral de saúde.

3 - A dor é um componente com baixa pontuação para ambos os grupos.

4 - A obesidade leve ou moderada é maior entre as mulheres.

5 - A obesidade leve ou moderada é maior entre os indivíduos maiores de 30 anos.

6 - A obesidade está associada ao sedentarismo (falta de atividade física regular).

7 - A obesidade está associada à existência de outras doenças.

Sugestões

Diante do crescimento da obesidade e de enfermidades decorrentes desta doença em todo o mundo e particularmente no Brasil, faz-se mais que necessário tratar o problema com clareza e seriedade, informando, atendendo e auxiliando a sociedade da melhor maneira possível. Deve-se estreitar ainda mais os caminhos com as diversas áreas filiadas à nutrição, psicologia, terapia ocupacional, fisioterapia, enfermagem, equipes multidisciplinares de profissionais para atuar em entidades públicas e privadas, objetivando a orientação de um estilo de vida saudável, como, a promoção de cursos multidisciplinares em escolas, indústrias, sindicatos, e associações de classes, desvinculando o excesso de peso de uma questão meramente estética e, assim, incrementar campanhas junto a estas instituições, com o intuito de desmistificar e prevenir a doença obesidade, bem como a discriminação e a exclusão que o obeso sofre nas diversas áreas da sociedade.

É necessário criar nas escolas uma disciplina de Educação Nutricional associada à Educação Física, que não enfatize apenas os benefícios da atividade física para a manutenção de um peso saudável, mas também a importância de uma dieta equilibrada, com todos os tipos de nutrientes e fracionada em diversas refeições. As aulas poderiam ser ministradas por profissionais da área da saúde para orientar, repetidamente, sobre as vantagens da alimentação saudável e da atividade física para regular a qualidade de vida. A adoção precoce dessas medidas retardaria ou até evitaria o aparecimento de doenças crônicas degenerativas.

REFERÊNCIAS

- ABESO. **Associação brasileira para o estudo da obesidade**. Disponível em <http://www.abeso.org.br/calc_imc.htm> Acessado em 30 de out. de 2004.
- ALMEIDA FILHO, N. et al. Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras. **Revista ABP/APAL**, São Paulo, 93-104, 1992
- ALMEIDA FILHO, N; ROUQUAYROL, M. **Epidemiologia & saúde**. 5 ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.
- ALÓE, F. & MANCINI, M. C. Obesidade, apnéia obstrutiva do sono e distúrbios respiratórios. In Halpern, A (org). **Obesidade**. São Paulo: Lemos , 1998.
- ALONSO, J. et al. La version espanola del SF-36 health survey (Cuestionario de salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clinicos. **Med Clin (Barc)**, 1995; 104:771-6.
- ANJOS, L. A. Índice de massa corporal como indicador do estado nutricional de adultos: revisão da literatura. **Revista de Saúde Pública**. 431-436, 1992.
- APPOLINÁRIO, J. C. Obesidade e psicopatologia. In HALPERN, A (org). **Obesidade**. São Paulo: Lemos, 1998.
- BALLONE, G. J. Obesidade e obesidade infantil. **Psquiweb**, Campinas, 2002. Disponível em <<http://www.psqiweb.med.br/infantil/obesidad.html#infantil>> Acessado em 30 nov. 2002.

BARR, J. T. The outcomes movement and health status measures. **J. Allied Health**, 24: 13-28, 1995.

BRAGUINSKY, J. **Obesidad**. 2 ed. Buenos Aires: Ateneo, 1996. 394 p.

BRAZIER JE, HARPER R, JONES NMB, O'CATHIAN A, THOMAS KJ, UNSHERWOOD T, WESTLAKE L. **Validating the SF-36 health survey questionnaire: new outcome measure for primary care**. *BMJ*, 1992; 305:160-4.

BULLINGER M. German translation and psychometric testing of the SF-36 health survey: preliminary results from the IQOLA project. **Soc Sci Med**, 1995; 41:1359-66.

CALMAN, K. C. Quality of life in câncer patients. **J. Med. Ethics** 1984; 10: 124-127.

CARDOSO, W.L.C.D. Qualidade de vida e trabalho: uma articulação possível. In: Org. Guimarães, L.A.M. Grubitis, **S. Saúde Mental e Trabalho**, v. 1. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

CASTELLANOS, P. L. Epidemiologia, saúde pública, situação de saúde e condições de vida: considerações conceituais. In R. B. Bonato (org). **Condições de vida e situação de saúde**. Saúde Movimento. Rio de Janeiro: Abrasco, 1997.

CAVALCANTI, N. & LYRA, R. Obesidade e neoplasias. HALPERN, A (org). **Obesidade**. São Paulo: Lemos, 1998.

CICONELLI, R. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida "Medical Outcomes Study 36-Item Short - Form Health Survey (SF – 36)". 120 p. **Tese de doutorado**, UFSP. São Paulo, 1997

FELDMAN, J. **Obesidade**. Núcleo de Informática Biomédica, Campinas, 2001. Disponível em < <http://server.nib.unicamp.br/svol.htm>> Acessado em 30 nov. 2002.

FISBERG, M. et al. **Obesidade na infância e adolescência**. São Paulo: Fundação BYK, 1995.

FLECK, M.P.A. Urgências em psiquiatria. In: TABORDA e cols. **Rotinas em Psiquiatria**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1996.

FLECK, M.P.A., et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 21(1): 19-28, 1997.

FLECK, M.P.A. Bourdel, M.C. Método de simulação e a escolha de fatores na análise dos componentes principais. **Revista de Saúde Pública**, 32(3): 267-72, 1998.

FLECK, M. P. A. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL - 100). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 1999.

FLYN, M. A. T. & GIBNEY, M. J. Obesity and Health: Why Slim? **Proc. Nutr. Society**, 50: 413-432, 1991.

FORMIGUERA, X. & FOZ, M. Complicaciones de la obesidad. In **Obesidad**. Madrid: Harcourt Brace de España, 1998.

GARROW, J. S. & WEBSTER, J. – Quetelet's Index (W/H^2) as a Measure of fatness. *Int. J. Obesity*, 9:147-153, 1985.

GASPARINI, S.R. Obesidade como classificá-la. **Núcleo de Informática Biomédica**, Campinas, 2001. Disponível em <<http://server.nib.unicamp.br/svol/artobes.htm>> Acessado em 30 nov. 2002.

GOUREVITCH, D. L'Obesite et son traitement dans le monde romain. **Hist. Phil. Life Sci.** 7: 197-198, 1985.

GUIMARÃES, L. A & GRUBITS, S. **Saúde mental e trabalho**, v. 1. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

GUIMARÃES, A. C. **Sobrepeso e obesidade: fatores de risco cardiovascular. Aspectos Clínicos e Epidemiológicos.** Disponível em: <[http://www.sbh.org.br/revista/2001_N3_V4/fatores de risco.asp](http://www.sbh.org.br/revista/2001_N3_V4/fatores_de_risco.asp)> Acessado em 18 nov.2003.

HALPERN, A., MATOS, A., SUPLICY, H., MANCINI, M., ZANELLA, M. (org) **Obesidade.** São Paulo: Lemos Editorial, 1998.

HALPERN, A. **Dicionário Emedix.** Disponível em : <[http://emedix.com.br/artigos/end001_1f obesidade.shtml](http://emedix.com.br/artigos/end001_1f_obesidade.shtml) >Acessado em 30 jul. 2004.

JONES, B. R. et al. A community study of calorie and nutrient intake in drinkers and non-drinkers of alcohol. **Am. J. Clin. Nutr.**, 1982; 35:135-9.

KAPLAN, R. M. et al. The quality of well-being scale.Applications in **AIDS, cystic fibrosis and arthritis.** Medical Care, 1998: 27-43.

KROMHOUT, D. Energy and macronutrients intake in lean and obese middle-aged men (the Zutphen Study). **Am. J. Clin. Nutr.**, 1983; 48:633-8.

LASCARATOS, J. **Medical Management of obesity in 14th century bizantium.** The Lancet 346: 54-55, 1995.

LEPLÉGE, A; HUNT, H. **The problem of quality of life in medicine.** Jama, 1997; 278:47-50.

LESSA, I. O adulto brasileiro e as doenças da modernidade. **Epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis.** São Paulo / Rio de Janeiro: Hucitec Abrasco, 1998.

LOTTENBERG, S. A. Obesidade e dislipidemias. In HALPERN, A (org). **Obesidade.** São Paulo: Lemos , 1998.

MAJEM, L. S. & SANMARTÍ, L. S. Epidemiologia de la obesidad *in*. FOX, M. & FORMIGUERA, X. (org). **Obesidad.**Madrid: Harcourt Brace de España, 1998.

MANCINI, M. C. Epidemiologia da obesidade. In HALPERN, A (org). **Obesidade**. São Paulo: Lemos , 1998.

MINAYO, M.C. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

MINAYO et al. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. v 5. nº 1. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**: Abrasco, 2000.

MONTEIRO, C. A. Epidemiologia da obesidade. HALPERN, A (org). **Obesidade**. São Paulo: Lemos, 1998.

MONTEIRO, L. C. Obesidade: diagnóstico, métodos e fundamentos. HALPERN, A (org). **Obesidade**. São Paulo: Lemos, 1998.

NETO, G. M. Repercussões endocrinológicas da obesidade. In HALPERN, A (org). **Obesidade**. São Paulo: Lemos, 1998.

ORGANIZAÇÃO Mundial da Saúde – OMS. **Obesity epidemic puts millions at risk**. 12 de junho de 1997

ORGANIZAÇÃO Mundial da Saúde – OMS. Östman J, Britton M, Jonsson E, eds. **Treating and preventing obesity: an evidence based review. *The Swedish Council of Technology Assessment in Health Care (SBU)***. Weinheim, Wiley-VCH, 2004.

PARSONS, T. Definition of Health and illness in the light of american values and social structure. In Gartly J. E., editors. **Patients, phisitians and illness: A sourcebook in behavioural science and health**. 1 ed. New York: Free Press; 1958.

MORAIS, L., V. **A vida cotidiana das mulheres com obesidade: a percepção da saúde e do funcionamento ocupacional**. Dissertação de Mestrado. Ribeirão Preto, 2004. 124p.: il.: 30 cm.

PATRICK, D. L. et al. **Methods for measuring levels of well-being for a health status index.** Health Services Research 1973; 8:228-45.

PERNEGER TV, LEPLÉGE A, ETTER JF, ROUGEMONT A. Validation of a French-language version of the MOS 36-item short-form health survey (SF-36) in young healthy adults. **J Clin Epidemiol**, 1995; 48:1051-60.

RADOMINSKI, R. B. A importância da atividade física no tratamento da obesidade. In HALPERN, A (org). **Obesidade.** São Paulo: Lemos , 1998.

RADOMINSKI, S. C. Obesidade e doenças músculo-esqueléticas. In HALPERN, A (org). **Obesidade.** São Paulo: Lemos , 1998.

RAVUSSIN, E & WALDER, K. **Balanco enrgético.** HALPERN, A (org). Obesidade. São Paulo: Lemos, 1998.

SANTOMAURO, A. T. & WAJCHENBERG, B. L. Diabetes melito não-insulino-dependente ou do tipo 2 e resistente à insulina. HALPERN, A (org). **Obesidade.** São Paulo: Lemos, 1998.

SICHIERI, R. **Epidemiologia da obesidade.** Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998.

SJÖSTROM, L et al. The saggital diameter is a valid marker of the visceral adipose tissue volumen. **Progress in Obes Res.** 7 ed. A Angel y col. J. Libbey. London, 1996

SOUZA, J. C. **Sono, hábitos, qualidade de vida e acidentes de caminhonistas do Brasil e de Portugal.** Lisboa: Tese de Pós-Doutorado - Instituto de Medicina Molecular/Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Portugal. 2004.

SOUZA, J. C. & GUIMARÃES, L. A. M. **Insônia e qualidade de vida.** Campo Grande: UCDB, 1999.

SPIPKER, B. **Quality of life and pharmacoconomics in clinical trials.**2 ed. New York: Lippincott-Raven, 1996.

STALLONES R.A. Epidemiologic Studies of Obesity. *Ann. Int. Med.*, 1985; 103 (part 2): 1003-5.

SULLIVAN M, KARLSSON J, WARE JE. **The swedish SF-36 health survey. I. Evaluation of data quality, scaling assumptions, reliability and construct validity across general populations in Sweden.** *Soc Sci Med*, 1995; 41:1349-58.

SZABO, S.; Orley, J.; **Saxena, S. et al. An approach to response scale development for cross-cultural questionnaires.** *European Psychologist*, 2(3):270-276, 1997.

TADDEI, J.A. Epidemiologia da obesidade na infância. In: Org. Fisberg, M. **Obesidade na infância e adolescência.** São Paulo: Fundação BYK, 1995.

VILLARES, S. M. F. Obesidade e genética. HALPERN, A (org). **Obesidade.** São Paulo: Lemos, 1998.

WARE J.E., SNOW K.K., KOSINSKI M, GANDEK B. **SF-36 health survey. Manual and interpretation guide.** Boston: New England Medical Center, 1993.

WARE, J.E, Gandek B, and the IQOLA Project Group. **The Sf-36 health survey: development and use in mental health research and the IQOLA Project.** *Int J Ment Health*, 1994; 23:49-73.

WARE, J.E., Keller SD, Gandek B, and the IQOLA Project team. Evaluating translations of health status survey: lesson from the IQOLA Project. **Int. J. Technol Assess Health Care**, 1995, in press.

WARE J.E., KOSINSKI M, BAYLISS MS, McHORNEY CA, ROGERS WH, RACZEK A. **Comparison of methods for the scoring and statistical analysis of SF-36 health profile and summary measures: summary results from the medical outcomes study.** *Med Care*, 1995; 33:AS264-AS279

WARE, J. E. The MOS 36-item short-form health survey (sf – 36): in ***Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials***. 2 ed. New York: Lippincott-Raven, 1996.

WHOQOL GROUP. **Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment**. *Psychological Medicine*, 28:551-558, 1998.

YAMADA, B. F. A. **Qualidade de Vida de Pessoas com Úlceras Venosas Crônicas**. São Paulo: 2001. Dissertação de Mestrado – Escola de Enfermagem – Universidade de São Paulo.

ANEXOS

ANEXO 1

APRESENTAÇÃO A SECRETARIA DE

SAÚDE DE BANDEIRANTES

Venho por meio desta, pedir vossa colaboração, a fim de que seja possível efetuar a coleta de dados referente ao estudo sobre **“OBESIDADE E QUALIDADE DE VIDA NO MUNICÍPIO DE BANDEIRANTES”**.

Sou aluna do Programa de Mestrado em Psicologia, da Universidade Católica Dom Bosco – UCDB em Campo Grande, MS, e como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre, estou desenvolvendo esta pesquisa, a qual trará como tema central da dissertação final o assunto citado anteriormente.

Gostaria de esclarecer ainda que os dados coletados nesta pesquisa serão analisados em conjunto, de tal forma que em nenhum momento serão expostas as identificações pessoais e individuais.

Agradeço desde já pela atenção e colaboração,

Érica Sinzato

Terapeuta Ocupacional

CREFITO – 9/ 6435

ANEXO 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa. Você precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver. Este estudo está sendo conduzido por **Érica Eiko Tome Sinzato**, terapeuta ocupacional, sob a orientação do **Prof. Dr. José Carlos Rosa Pires de Souza**.

A finalidade deste estudo é avaliar a qualidade de vida dos habitantes obesos (não-mórbidos) da região urbana do município de Bandeirantes, MS. Poderão participar deste estudo pessoas adultas (entre 18 e 60 anos) que apresentarem um Índice de Massa Corporal (IMC) entre 30 e 40, o qual será explicado pela pesquisadora.

Você terá que pesar e medir a sua altura, além de ser entrevistado por meio de um questionário individual. Um grupo de aproximadamente 190 pessoas será entrevistado. O questionário parece não causar nenhum prejuízo aos participantes. Você saberá informações sobre a sua qualidade de vida relacionada à saúde.

Se você concordar em participar do estudo, seu nome e identidade serão mantidos em sigilo. A menos que requerido por lei, somente a pesquisadora e o orientador, representantes do Comitê de Ética terão acesso aos seus dados para verificar as informações do estudo. Você será informado do surgimento de informações significativas sobre a pesquisa.

Para perguntas ou problemas referente ao estudo ligue para Érica Sinzato no telefone (0XX67) 341-3500. Para perguntas sobre seus direitos como

participante no estudo ligue para o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFMS, no telefone (0XX67) 387-3093 – Ramal 2299.

Sua participação é voluntária. Você pode escolher não fazer parte do estudo, ou pode desistir a qualquer momento.

Declaro que li e entendi este formulário de consentimento e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas, portanto quero ser voluntário deste estudo.

Assinatura do voluntário.....

Assinatura da pesquisadora.....

Bandeirantes, MS, ____ de _____ de 2004.

ANEXO 3

IMC = _____

N.º : _____

Sexo: () Feminino () Masculino
anos

Idade: _____

Estado civil: () Solteiro () Casado/ Amasiado () Viúvo
() Divorciado / Separado

Escolaridade: () 1.º grau incompleto () 1.º grau completo
() 2.º grau incompleto () 2.º grau completo
() Superior incompleto () Superior completo
() Analfabeto

Doenças associadas:

() Hipertensão () Diabetes () Depressão

() Utiliza Medicação Qual (is)? _____

Meio de transporte que mais utiliza: () Carro () Ônibus () Bicicleta

() A pé () Outro

Pratica alguma atividade física? () Sim Qual (is)? _____

() Não

ANEXO 4

SF-36 - PESQUISA EM SAÚDE

SCORE: _____

Instruções: Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados sobre como você se sente e quão bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em responder, por favor, tente responder o melhor que puder.

1. Em geral você diria que sua saúde é: (circule uma)

Excelente _____ 1

Muito boa _____ 2

Boa _____ 3

Ruim _____ 4

Muito ruim _____ 5

2. **Comparada há um ano atrás**, como você classificaria sua saúde em geral, **agora** ?

(circule uma)

Muito melhor agora do que há um ano atrás _____ 1

Um pouco melhor agora do que há um ano atrás _____ 2

Quase a mesma de que um ano atrás _____ 3

Um pouco pior agora do que há um ano atrás _____ 4

Muito pior agora que há um ano atrás _____ 5

3. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer durante um dia comum. **Devido sua saúde**, você tem dificuldades para fazer essas atividades? Neste caso, quanto?

(circule um número a cada linha)

	Sim. Dificulta muito	Sim. Dificulta um pouco	Não. Não dificulta de modo algum
a. Atividades vigorosas , que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b. Atividades moderadas , tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c. Levantar ou carregar mantimentos.	1	2	3
d. Subir vários lances de escada.	1	2	3

e. Subir um lance de escada.	1	2	3
f. Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se.	1	2	3
g. Andar mais de um quilometro .	1	2	3
h. Andar vários quarteirões .	1	2	3
i. Andar um quarteirão .	1	2	3

4. Durante as **últimas quatro semanas**, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, **como consequência de sua saúde física?**
(circule uma em cada linha)

	Sim	Não
a. Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b. Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c. Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	1	2
d. Teve dificuldades de fazer seu trabalho ou outras atividades (por exemplo: necessitou de um esforço extra)?	1	2

5. Durante as quatro últimas semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

(circule uma a cada linha)	Sim	Não
a. Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
c. Realizou menos tarefas do que gostaria?	1	2
d. Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	1	2

6. Durante as **últimas quatro semanas**, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais, em relação a família, vizinho, amigos ou em grupo?

(circule uma)

- De forma nenhuma _____ 1
- Ligeiramente _____ 2
- Moderadamente _____ 3
- Bastante _____ 4
- Extremamente _____ 5

7. Quanta dor **no corpo** você teve durante as **últimas quatro semanas**?

(circule uma)

Nenhuma _____ 1

Muito leve _____ 2

Leve _____ 3

Moderada _____ 4

Grave _____ 5

Muito grave _____ 6

8. Durante as **últimas quatro semanas**, quanto a dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho, fora de casa e dentro de casa)?

(circule uma)

De maneira alguma _____ 1

Um pouco _____ 2

Moderadamente _____ 3

Bastante _____ 4

Extremamente _____ 5

9. Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as **últimas quatro semanas**. Para cada questão, por favor, dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente. Em relação às últimas quatro semanas.

(circule um número para cada linha)

	Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a. Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, vontade, cheio de força?	1	2	3	4	5	6
b. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c. Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d. Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e. Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f. Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6

g. Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i. Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10. Durante as últimas **quatro semanas**, quanto do seu tempo a sua **saúde física ou os problemas emocionais** interferem com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)?

(circule uma)

Todo tempo _____ 1

A maior parte do tempo _____ 2

Alguma parte do tempo _____ 3

Uma pequena parte do tempo _____ 4

Nenhuma parte do tempo _____ 5

11. O quanto **verdadeiro** ou **falso** é cada uma das afirmações para você?

(circule um número em cada linha)

	Definitiva - mente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falsa	Definitiva - mente falsa
a. Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas.	1	2	3	4	5
b. Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço.	1	2	3	4	5
c. Eu acho que a minha saúde vai piorar.	1	2	3	4	5
d. Minha saúde é excelente.	1	2	3	4	5

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)