



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, SAÚDE E TECNOLOGIA
CAMPUS II – IMPERATRIZ/MA
CURSO DE MEDICINA

Prof.^a Dr.^a ANA LÍGIA BARROS MARQUES

RICARDO DE LIMA COSTA

QUALIDADE DE VIDA: OBESOS VERSUS EUTRÓFICOS

IMPERATRIZ
2018

RICARDO DE LIMA COSTA

QUALIDADE DE VIDA: OBESOS VERSUS EUTRÓFICOS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Medicina da Universidade Federal do Maranhão, Campus Imperatriz, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Bacharel em Medicina

Orientador: Prof^ª Dr^ª Ana Lígia Barros Marques

IMPERATRIZ
2018

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

de Lima Costa, Ricardo.
Qualidade de vida: obesos versus eutróficos / Ricardo
de Lima Costa. - 2018.
22 f.

Orientador(a): Ana Lígia Barros Marques.
Curso de Medicina, Universidade Federal do Maranhão,
Imperatriz-MA, 2018.

1. Índice de Massa Corporal. 2. Obesidade. 3.
Qualidade de Vida. I. Barros Marques, Ana Lígia. II.
Título.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, SAÚDE E TECNOLOGIA
CURSO DE MEDICINA

Candidato: Ricardo de Lima Costa

Título do TCC: Qualidade de vida: obesos versus eutróficos

Orientador: Prof.^a Dr.^a Ana Lígia Barros Marques

A Banca Julgadora de trabalho de Defesa do Trabalho de Conclusão de Curso, em sessão pública realizada a/...../....., considerou

Aprovado

Reprovado

Examinador (a): Assinatura:
Nome: Saymon carneiro Marinho
Instituição: Universidade Federal do Maranhão

Examinador (a): Assinatura:
Nome: Natalia Torres Giacomini
Instituição: Universidade Federal do Maranhão

Presidente: Assinatura:
Nome: Ana Lígia Barros Marques
Instituição: Universidade Federal do Maranhão

COMITÊ DE ÉTICA

PROCOLO PARA PESQUISA

USO EXCLUSIVO DA COMISSÃO
PROCOLO Nº 028-1 / 2017

1. Título do Projeto de Pesquisa

Avaliação e comparação da qualidade de vida de pessoas portadoras de obesidade versus indivíduos eutróficos.

2. Pesquisador Responsável

Nome completo Ricardo de Lima Costa

3. Colaboradores

Nome completo

4. Orientador

Nome completo Ana Lígia Barros Marques

5. Especificação da finalidade acadêmica da pesquisa

Monografia

Iniciação Científica

Outras (especificar)

Artigo Científico

COMITÊ DE ÉTICA

6. Unidades e Instituições envolvidas (especificar)

Universidade Federal do Maranhão

Curso: Medicina

Outras

7. Investigação

Retrospectiva

Prospectiva

8. Materiais e Métodos (preencher mais de um se necessário)

Seres Humanos

Animais

Laboratorial

Consulta de Prontuários de pacientes

Entrevistas e questionários

Tecidos, órgãos, fluídos orgânicos.

Empresas

Outros (especificar)

9. Cronograma de execução da pesquisa

Início 13 / 02 / 2017

término 13 / 02 / 2018

10. Observações

Sem observações.

11. Parecer da Comissão de Ética e Bioética

A Comissão de Ética e Bioética, da Faculdade de Imperatriz (COEB), na sua reunião de 13 / 02 / 2017 ,
APROVOU os procedimentos constantes deste Protocolo.


.....
Presidente da Comissão

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS

CNS	Conselho Nacional de Saúde
GC	Grupo Controle
GE	Grupo de Estudo
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IMC	Índice de Massa Corpórea
Kg	Quilograma (s)
m	Metro (s)
OMS	Organização Mundial de Saúde
QV	Qualidade de Vida
SF-36	Medical Outcomes Study 36 – Item Short – Form Health Survey
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

RESUMO

Introdução: A obesidade, atualmente, registra crescimento epidêmico e é considerada o maior problema de saúde pública do início do Século XXI. Em média, 250 milhões de pessoas são obesas em todo o mundo, segundo a Organização Mundial de Saúde. Se caracteriza obesidade, quando o Índice de Massa Corporal do indivíduo se encontra acima de 30 kg/m². Entendida como doença, a obesidade raramente age sozinha, podendo interferir negativamente, de forma geral, na saúde do indivíduo por ser responsável pelo início ou pelo aumento do risco de surgimento de outras condições. **Objetivo:** Avaliar a qualidade de vida de pacientes obesos em comparação a pacientes eutróficos através de instrumentos padronizados de verificação. **Métodos:** Trata-se de um estudo observacional, de corte transversal, analítico, com abordagem quantitativa em que foi usado o questionário de Avaliação da Qualidade de Vida do Medical Outcome Study Short Form 36 (SF36). Os sujeitos da pesquisa foram divididos em dois grupos: grupo controle (GC) e grupo de estudo (GE). O GC foi composto por 72 pessoas eutróficas e o GE foi composto por 72 pessoas obesas. **Resultados:** A maioria dos participantes de ambos os grupos foi do gênero masculino; o estado civil prevalente foi de solteiros(as); A média do Índice de Massa Corporal na amostra foi de 27,27 kg/m²; os participantes obesos apresentaram pior qualidade de vida com diferença significativa nos domínios: Capacidade Funcional, Aspectos Físicos, Dor, Vitalidade, Aspectos Sociais e Saúde Mental.

Palavras-chave: Qualidade de Vida; Obesidade; Índice de Massa Corporal

ABSTRACT

Introduction: Obesity currently has an epidemic growth and is considered the greatest public health problem of the beginning of the 21st century. On average, 250 million people are obese worldwide, according to the World Health Organization. Obesity is characterized when the individual's Body Mass Index is above 30 kg / m². Understood as a disease, obesity rarely acts alone, and may negatively affect, in general, the health of the individual because it is responsible for the onset or the increased risk of other conditions. **Objective:** To evaluate the quality of life of obese patients in comparison to eutrophic patients through standardized verification instruments. **Methods:** This is an observational, cross-sectional, analytical study with a quantitative approach using the Medical Outcome Study Short Form 36 (SF36) Quality of Life Assessment questionnaire. The subjects were divided into two groups: control group (CG) and study group (SG). The CG was composed of 72 eutrophic individuals and the EG was composed of 72 obese people. **Results:** The majority of participants in both groups were male; the prevalent marital status was single; The average Body Mass Index in the sample was 27.27 kg/m²; the obese participants presented worse quality of life with significant difference in the domains: Functional Capacity, Physical Aspects, Pain, Vitality, Social Aspects and Mental Health.

Keywords: Quality of Life; Obesity; Body mass index

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
MÉTODOS.....	13
RESULTADOS	16
DISCUSSÃO.....	18
REFERÊNCIAS	21

INTRODUÇÃO

A obesidade, atualmente, registra crescimento epidêmico e é considerada o maior problema de saúde pública do início do Século XXI^{1,2}. Deve ser entendida e incluída em um grupo de doenças crônicas não transmissíveis, em que sua presença pode ser o fator responsável pelo surgimento ou pelo aceleração de diversas doenças³.

Em média, 250 milhões de pessoas são obesas em todo o mundo e a Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que até 2025, cerca de 2,3 bilhões de pessoas estejam com sobrepeso e mais de 700 milhões de pessoas sejam obesas⁴⁵. No Brasil, a frequência de adultos obesos é de 18,9% da população, e apresenta maior acometimento de mulheres (19,6%) em relação a homens (18,1%). Em ambos os sexos, a frequência da obesidade aumenta duas vezes da faixa de 18 a 24 anos para a faixa de 25 a 34 anos de idade⁶.

A definição da doença inclui um quadro caracterizado pelo aumento do peso corporal e excessivo acúmulo de gordura, sendo resultado de um balanço energético positivo, que cuja distribuição é prejudicial e acarreta repercussões à saúde do indivíduo, com perda importante na qualidade e no tempo de vida².

A antropometria é indicada pela Organização Mundial de Saúde como método mais adequado para identificação e classificação de indivíduos obesos. Suas vantagens incluem: baixo custo, ser um recurso não invasivo, boa aceitação e aplicação universal⁷.

O índice de massa corporal (IMC), definido pelo cálculo do peso corporal, em quilogramas, dividido pelo quadrado da altura, em metros quadrados ($IMC = kg/h^2_{(m)}$), é considerado então um método simples e eficaz, por conta das vantagens anteriormente citadas, e, principalmente, pela facilidade de operação, o que explica sua crescente utilização em estudos epidemiológicos⁸.

Se caracteriza obesidade, segundo a OMS, quando o IMC do indivíduo se encontra acima de 30 kg/m². E a gravidade da obesidade é definida em: grau I quando o IMC se encontra entre 30 e 34,9 kg/m²; a obesidade grau II com IMC entre 35 e 39,9 kg/m² e, por fim, obesidade grau III (obesidade mórbida) na qual IMC ultrapassa 40 kg/m². As demais medidas compreendem: baixo peso quando o IMC é menor que 18,5 kg/m²; Eutrofismo quando o IMC se encontra entre 18,5 e 24,9 kg/m² e Sobrepeso, quando o IMC está entre 25 e 29,9 kg/m².

Entendida como doença, a obesidade interfere de forma abrangente e negativa na saúde do indivíduo por ser responsável pelo início ou pelo aumento do risco de surgimento de outras condições como a hipertensão arterial sistêmica (HAS), enfermidades pulmonares, distúrbios psicológicos, artrite gotosa, toxemia gravídica, tolerância diminuída ao calor, alterações de função e tamanho do coração dentre outras condições⁹.

A nível psicológico, sintomas relacionados à depressão e ansiedade podem surgir, em obesos, devido à desvalorização da autoimagem e conseqüente diminuição da sua autoestima. Este quadro tende a culminar com a sensação de bem-estar em demasiada queda, concomitantemente a um aumento da sensação de inadequação social¹⁰.

A definição de Qualidade de Vida (QV), para a Organização Mundial da Saúde (OMS), é “a percepção do indivíduo de sua inserção na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”¹¹.

Quando avaliadas, QV, capacidade psíquica e social são frequentemente relatadas de forma inferior por pessoas obesas, em comparação a indivíduos eutróficos¹². E a percepção da má qualidade de vida pode ser mais evidente em pessoas com Obesidade Grau III, por conta de um possível isolamento social, que é fruto da sensação de desconformidade diante de padrões sociais¹³.

Este estudo teve como objetivo avaliar a qualidade de vida de pacientes obesos em comparação a pacientes eutróficos através de instrumentos padronizados de verificação.

MÉTODOS

A pesquisa caracterizou-se como observacional, de corte transversal, analítico, com abordagem quantitativa. Foi realizada no município de Imperatriz, Maranhão, localizado no sudoeste maranhense, a 626 km da capital estadual São Luís.

A amostra foi calculada com base na fórmula para comparação de dois grupos independentes segundo variáveis quantitativas¹⁴, com 95% de confiança. Os desvios padrão utilizados no cálculo, foram obtidos na literatura¹⁵. Visando aumentar a confiança, a diferença a ser detectada pelo teste foi fixada em 10 pontos, numa escala de 0 a 100. Por conta de possíveis perdas, adicionou-se 10% ao tamanho amostral, totalizando 72 jovens e adultos jovens, por grupo, com idades entre 18 e 44 anos.

Os sujeitos da pesquisa foram divididos em dois grupos: grupo controle (GC) e grupo de estudo (GE). O GC foi composto por 72 pessoas eutróficas, isto é, obtiveram resultado do IMC entre 18,5 e 24,9 kg/m². O GE foi formado por 72 indivíduos obesos, selecionados após triagem com pesagem e medida de altura e que obtiveram o resultado do Índice de Massa Corporal (IMC) ≥ 30 kg/m². Os sujeitos de ambos os grupos foram selecionados ao visitarem o Centro de Saúde Três Poderes e a Unidade Básica de Saúde Dr. Milton Lopes do Nascimento.

Foram excluídos do GC e do GE os indivíduos com história de sintomas psiquiátricos e aqueles que obtiveram sobrepeso (25 a 29,9 kg/m²) como resultado do IMC. A perda amostral ocorreu por meio da incapacidade de responder completamente o questionário, onde o entrevistado não foi capaz de atribuir resposta ao questionamento ou indicou mais de uma resposta para a mesma questão, ocorrendo em onze casos.

Para aferir a massa corporal e estatura, foram utilizadas balanças mecânicas e réguas antropométricas presentes nos Centros de Saúde em questão. Após a aferição dessas medidas,

o IMC foi calculado através da fórmula: massa corporal (kg) dividida pela estatura (m) elevada ao quadrado.

Foi utilizado um questionário sócio demográfico, preenchido pelo pesquisador, contendo questões relativas a idade, sexo e estado civil. Para a avaliação da QV foi utilizado o SF-36 (Medical Outcomes Study 36 – Item Short – Form Health Survey), adaptado e traduzido para o idioma português-brasileiro. Este instrumento merece o destaque, pois contém avaliação em forma de questionário genérico, de fácil administração e compreensão, cujas variáveis podem ser aplicadas para as mais diversas condições clínicas¹⁴.

O SF-36 possui 36 itens, em forma de interrogatório, que englobam oito componentes ou domínios: Capacidade funcional; Aspectos físicos; Dor; Estado Geral de Saúde; Vitalidade; Aspectos Sociais; Aspectos Emocionais e Saúde Mental. Para a interpretação dos resultados, um escore é atribuído a cada resposta e em seguida são calculados os domínios, chamados de RAW SCALE, pois o valor final não apresenta nenhuma unidade de medida. Esses valores são dispostos em uma escala de 0 a 100, em que zero representa um pior estado de saúde, e 100, um melhor¹⁴. O cálculo é feito por meio da seguinte fórmula:

$$\text{Domínio: } \frac{\text{Valor obtido nas questões correspondentes} - \text{Limite inferior}}{\text{Variação}} \times 100$$

(Score Range)

Na fórmula, os valores de Limite Inferior e Variação (Score Range) são fixos e estão estipulados na Tabela 1.

A coleta de dados se deu por meio da aplicação dos questionários no período de julho de 2017 a janeiro de 2018. A aplicação foi realizada pelo próprio pesquisador através de entrevistas e a duração média de cada depoimento foi de aproximadamente doze minutos.

Tabela 1 – Variação (Score Range)

Domínio	Pontuações das questões respondidas	Limite Inferior	Variação
Capacidade Funcional	03	10	20
Limitação por Aspectos Físicos	04	4	4
Dor	07+08	2	10
Estado Geral de Saúde	01+11	5	20
Vitalidade	09 (somente os itens a + e + g + i)	4	20
Aspectos Sociais	06 +10	2	8
Limitações por Aspectos Emocionais	05	3	3
Saúde Mental	09 (somente os itens b + c + d + f + h)	5	25

Fonte: adaptado de Ciconelli¹⁶.

Após a verificação de erros e inconsistências, realizou-se análise descritiva por meio de frequências absolutas e relativas para as variáveis sociodemográficas e clínicas.

A qualidade de vida dos pacientes eutróficos e obesos, foi comparada, por meio dos oito domínios constantes no SF-36. Comparou-se ainda, os domínios quanto ao sexo no grupo de obesos. Após a realização de testes preliminares, de normalidade de Shapiro-Wilk e de homogeneidade de variância de Bartlett, foram realizados testes não paramétricos U de Wilcoxon-Mann-Whitney¹⁷, em todos os casos propostos. Todos os testes foram realizados a 5% de significância no SAS¹⁸.

O presente trabalho cumpre todas as Normas para a Realização de Pesquisa em Seres Humanos, especialmente, as presentes na Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466/2012. O estudo teve seu projeto de pesquisa submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Imperatriz - FACIMP. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi assinado pelos voluntários do estudo. O mesmo conteve: objetivo do estudo, procedimentos de avaliação e caráter de voluntariedade da participação do sujeito.

RESULTADOS

Na Tabela 2 são apresentados os dados relacionados à idade e dados antropométricos do GC e do GE. O grupo de eutróficos apresentou valores superiores para a estatura, enquanto o grupo de obesos apresentou valores superiores no peso e no Índice de Massa Corporal. O IMC médio entre os participantes eutróficos foi de $22,86 \pm 1,38$ kg/m², enquanto entre os obesos foi de $31,68 \pm 1,24$ kg/m². Com relação à idade, o GC teve média de $28,78 \pm 7,49$ anos e o GE média de $30,02 \pm 8,17$ anos.

Tabela 2. Valores médios \pm desvios-padrão de idade, altura, peso e IMC dos participantes, (n=144)

	Eutrófico (n=72)	Obeso (n=72)
<i>Idade (anos)</i>	28,78 \pm 7,49	30,02 \pm 8,17
<i>Altura</i>	1,72 \pm 0,08	1,69 \pm 0,09
<i>Peso</i>	68,03 \pm 7,90	90,46 \pm 10,96
<i>Índice de massa corpórea (IMC)</i>	22,86 \pm 1,38	31,68 \pm 1,24

Fonte: autoria própria (2018).

Não houve significância estatística ($p = 0,295$) na correlação entre IMC e idade, visto que as classificações do Índice de Massa Corporal estão distribuídas de forma homogênea em todas as faixas etárias. Quanto ao Índice de Massa Corporal entre todos os participantes, 72 (50%) apresentavam Eutrofismo (IMC entre 18,5 e 24,9 kg/m²), correspondentes ao GC; 69 (47,9%) apresentavam Obesidade Grau I (IMC entre 30 e 34,9 kg/m²) e 3 (2,1%) apresentavam Obesidade Grau II (IMC entre 35 e 39,9 kg/m²); nenhum participante apresentou Obesidade Grau III. A média do Índice de Massa Corporal na amostra foi de 27,27 kg/m².

Com relação as características sociodemográficas predominantes, a maioria dos participantes de ambos os grupos foi do gênero masculino, 43 no GC (59,7%) e 45 no GE (62,5%); o estado civil prevalente foi de solteiros (as), 35 no GC (48,6%) e 42 no GE (58,3%) (Tabela 3).

Tabela 3. Análise descritiva de características sociodemográficas de pacientes de acordo com o índice de massa corpórea (IMC), (n=144)

		Eutrófico (n=72)	Obeso (n=72)
		<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
Gênero	<i>Masculino</i>	43 (59,7)	45 (62,5)
	<i>Feminino</i>	29 (40,3)	27 (37,5)
Estado civil	<i>Casado (a)</i>	26 (36,1)	25 (34,7)
	<i>Divorciado (a)</i>	11 (15,3)	05 (6,9)
	<i>Solteiro (a)</i>	35 (48,6)	42 (58,3)

Fonte: autoria própria (2018).

Quanto à avaliação da QV, houveram diferenças significativas entre os grupos na maioria dos domínios. Os participantes obesos apresentaram pior qualidade de vida com diferença significativa nos domínios: Capacidade Funcional, Aspectos Físicos, Dor, Vitalidade, Aspectos Sociais e Saúde Mental. Porém, a alteração dos Aspectos Emocionais e Estado Geral de Saúde não apresentaram significância entre os grupos, demonstrando menores impactos na QV da amostra. A Tabela 4 apresenta um comparativo entre os escores dos domínios avaliados no SF-36 entre os participantes eutróficos e obesos.

Tabela 4. Valores médios \pm desvio padrão para os Domínios referentes à Qualidade de Vida em pacientes de acordo com o índice de massa corpórea (IMC), (n=144)

Qualidade de vida (Domínios)	Eutrófico (n=72)	Obeso (n=72)	<i>p-valor*</i>
<i>Capacidade Funcional</i>	86,25 \pm 11,09	53,13 \pm 21,71	<0,01
<i>Aspectos Físicos</i>	78,82 \pm 22,07	66,67 \pm 33,04	0,04
<i>Dor</i>	69,46 \pm 23,83	56,31 \pm 24,65	<0,01
<i>Estado Geral</i>	37,42 \pm 15,73	34,68 \pm 14,95	0,28
<i>Vitalidade</i>	46,67 \pm 16,53	57,63 \pm 14,73	<0,01
<i>Aspectos Sociais</i>	70,83 \pm 17,80	55,73 \pm 17,54	<0,01
<i>Aspectos Emocionais</i>	83,34 \pm 27,97	69,91 \pm 41,17	0,11
<i>Saúde Mental</i>	37,56 \pm 16,90	45,39 \pm 17,65	0,01

Fonte: autoria própria (2018). *Teste U de Wilcoxon-Mann-Whitney.

Analisando a relação entre os domínios do SF-36 e o gênero dos participantes, somente no GE, as mulheres possuíram escores menores quanto aos aspectos Emocionais, e maiores quanto à Saúde Mental ($p < 0,05$). Nos demais domínios não houve significância estatística (Tabela 5).

Tabela 5. Relação entre o SF – 36 e obesidade, de acordo com o sexo

Domínios SF-36	Obesos de acordo com o Sexo	(n)	Média	p valor
Capacidade Funcional	Masculino	45	52,56	0,79
	Feminino	27	54,07	
Limitação por Aspectos Físicos	Masculino	45	68,88	0,47
	Feminino	27	62,96	
Dor	Masculino	45	57,49	0,73
	Feminino	27	54,33	
Estado Geral de Saúde	Masculino	45	34,55	0,75
	Feminino	27	34,88	
Vitalidade	Masculino	45	56,00	0,16
	Feminino	27	60,37	
Aspectos Sociais	Masculino	45	57,50	0,24
	Feminino	27	52,78	
Aspectos Emocionais	Masculino	45	81,48	0,003
	Feminino	27	50,61	
Saúde Mental	Masculino	45	40,00	0,001
	Feminino	27	54,37	

Fonte: autoria própria (2018). *Teste *U* de Wilcoxon-Mann-Whitney.

DISCUSSÃO

Os achados apontam associação significativa entre excesso de peso e baixa Qualidade de Vida. Os participantes obesos, em comparação aos eutróficos, tiveram prejuízo importante nos seguintes aspectos: Capacidade Funcional, Aspectos Físicos, Dor, Vitalidade, Aspectos Sociais e Saúde Mental.

Esses dados corroboram com os resultados encontrados por Brillmann¹⁹, em que as associações estatísticas foram significantes ao correlacionar a obesidade e os componentes Capacidade Funcional ($p < 0,001$), Aspectos Físicos ($p < 0,05$) e Dor ($p = 0,003$). Também estão de acordo com Guitiérrez²⁰ e Almeida²¹, ao determinarem um prejuízo da QV entre obesos, principalmente, na capacidade física, no bem-estar psicológico e no funcionamento social. Vários estudos sugerem estreita relação entre a obesidade e a piora na QV, mais importante em indivíduos que não seguem nenhum tipo de tratamento²².

Porém, este estudo vai de encontro ao exposto por Vasconcelos e Costa Neto²³, que avaliaram a QV de obesos antes da realização de cirurgia bariátrica, e apontaram que os

domínios Aspectos Sociais e Saúde Mental se mantinham preservados; se atribui a esse acontecido, o fato desses pacientes estarem sendo assistidos por uma equipe multiprofissional durante cerca de 24 meses para controle de sintomas e preparo para intervenção cirúrgica.

Quando comparados, o GC e o GE, obtiveram pontuações que não diferiram significativamente somente nos componentes Estado Geral de Saúde e Aspectos Emocionais. Concordando com os resultados apresentados por Sinzato²⁴, onde a avaliação do domínio Estado Geral de Saúde, apresentou uma QV percebida maior em obesos do que em não-obesos. Este componente do SF-36 apresenta questionamentos a respeito da autoavaliação do indivíduo sobre sua saúde em 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.

Dentre os domínios da Qualidade de Vida avaliados pelo SF-36, a maior diferença encontrada entre os grupos GC e GE na amostra estudada foi na Capacidade Funcional. Isso pode ser devido à presença de dor e desconforto físico, fadiga, falta de energia, cansaço e alterações do sono, tornando difícil a execução das tarefas diárias²⁵. Esses resultados estão de acordo com os descritos por Resta *et al.*²⁶ ao relatar, em obesos, prejuízos relacionados à mobilidade física, presença de dor, repercussões sociais e emocionais, quando comparados à indivíduos não-obesos.

Quando se analisou a relação entre os domínios do questionário SF36 e o gênero dos participantes do GE, pode observar-se que apenas os domínios Aspectos Emocionais e Saúde Mental tiveram alterações com relevância estatística. O primeiro apresentou escores menores no sexo feminino e o segundo apresentou escores menores no sexo masculino. Esses dados divergem dos mostrados por Larsson, que descreveu um impacto da obesidade na QV maior para as mulheres que para os homens¹².

A perda de peso em benefício da Qualidade de Vida é bem estabelecida na literatura, ao passo que os domínios da QV melhoram proporcionalmente para cada unidade de peso perdido²⁷. De acordo com Villela *et al.*²⁸, ao comparar pacientes em pré-operatório de cirurgia bariátrica e pacientes em pós-operatório tardio, existe melhora significativa nos itens relativos à Capacidade Funcional (de 20,2 para 25,3), Vitalidade (de 14,6 para 17,8) e Saúde Geral (de 16,5 para 26,5) após a cirurgia. O domínio Aspectos Físicos apresentou melhora de mais de 100% após seis meses de pós-operatório. A redução de peso influencia diretamente na recuperação da autoestima e da QV²⁹.

As intervenções voltadas aos portadores de obesidade devem ser realizadas diante de uma melhor compreensão dos aspectos de sua vida que são mais prejudicados por essa condição³⁰. Assim, a medida da QV pode contribuir para o melhor entendimento e compreensão desses aspectos, além de permitir mensurar a repercussão de determinados tratamentos sobre o cotidiano dos obesos e determinar contextos mais amplos, como o social e o emocional¹⁹.

Por fim, quando se objetiva a criação de estratégias que propiciem o bem-estar desses pacientes, sua melhoria física, psicológica e social, é importante conhecer a avaliação da QV, pois ela é parâmetro importante para mensurar do sucesso da terapêutica.

REFERÊNCIAS

- 1 - Kennedy, RL, Chokkalingham, K, Srinivasan, R. Obesity in the elderly: Who should we be treating, and why, and how? *Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care* 2004, v. 7, p.3-9.
- 2 - World Health Organization. *Obesity: Preventing and managing the global epidemic – Report of a WHO Consultation on Obesity*. Geneve; 1998.
- 3 - Halpern, A. *Dicionário Emedix*. Disponível em: <http://emedix.com.br/artigos/end001_1f_obesidade.shtml>.
- 4 - ABESO. *Associação brasileira para o estudo da obesidade*. Disponível em <<http://www.abeso.org.br/atitude-saudavel/mapa-obesidade>>. Acessado em 02 de dez. de 2016.
- 5 – Filozof C, Gonzalez C, Sereday M, Mazza C, Braguinsky J. Obesity prevalence and trends in Latin-American countries. *Obesity Reviews* 2001, n. 2, p. 99-106.
- 6 - Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – *Brasília: Ministério da Saúde*, 2017.
- 7 - Monteiro, AB, Fernandes Filho J. Análise da composição corporal: uma revisão de métodos. *Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano* 2002; v. 7, n. 1, p. 80-92.
- 8 – Flyn MAT, Gibney, MJ. Obesity and health: why slim? *Proc. Nutr.Society* 1991, v. 50, p. 413-432.
- 9 – Powers SK, Howley ET. *Fisiologia do exercício: teoria e aplicação ao condicionamento e ao desempenho*. 5. ed. Barueri: Manole, 2005.
- 10 – SILVA MP, Jorge Z, Domingues, A, Nobre EL, Chambel P, Castro, JJ. Obesidade e qualidade de vida. *Acta. Med. Portugal* 2006, Lisboa, v. 19, p.247-250.
- 11 - OMS. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social science and medicine* 1995. v.41, n.10, p.403-409.

- 12 – Larsson U, Karlsson J, Sullivan M. — Impact of overweight and obesity on health-related quality of life : a Swedish population study. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders* 2002. 26:3, 417-424.
- 13 - Van Gemert WG, Adang, EM, Greve JW, Soeters PB. Quality of life assessment of morbidly obese patients: effect of weight-reducing surgery. *The American Journal of Clinical Nutrition* 1998, v. 67, n. 2, p.1 97-201.
- 14 – MIOT HA. Tamanho da amostra em estudos clínicos e experimentais. *J. vasc. bras.* [online] 2011. v.10, n.4, pp. 275-278.
- 15 – Chagas MO, Neves SMM. Avaliação da qualidade de vida de pessoas com obesidade mórbida. *EVS - Estudos Vida e Saúde* 2015, Goiânia, v. 42, n. 4, p. 465-479.
- 16 - Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol* 1999; 39(3):143-50.
- 17 - CALLEGARI-JACQUES, S. M. *Bioestatística: princípios e aplicações*. Porto Alegre: Artmed, 264p, 2003.
- 18 - STATISTICAL ANALYSIS SYSTEM - SAS. *SAS software: user's guide*. Version 8.2. Cary: 2000. 291p.
- 19 - Brilmann M, Oliveira MS, Thiers VO. Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde na obesidade. *Cad Saúde Coletiva*. 2007; 15(1):39-54.
- 20 – Gutiérrez MAB, Martín ER, García NT, Cuesta TS, Martín PG, Somolinos IC. Calidad de vida relacionada con la salud y obesidad en un centro de atención primaria. *Revista Española de Salud Pública*, 72, 3, 221-231.
- 21 – Almeida GAN, Loureiro SR, Santos JE. (2001). Obesidade Mórbida em Mulheres – Estilos Alimentares e Qualidade de Vida. *Archivos Latinoamericanos de Nutricion*, (4) 51, 359-365.
- 22 - Kolotkin RL, Crosby RD, Kosloski KD, Williams GR. Development of a brief measure to assess quality of life in obesity. *Obes Res*. 2001; 9(2):102-11.
- 23 - Vasconcelos PO, Costa Neto SB. Qualidade de vida de pacientes obesos em preparo para a cirurgia bariátrica. *Psico*. 2008;39(1):58-65.

- 24 - SINZATO, Erica. Avaliação da Qualidade de Vida de Obesos. *Estudos, Vida e Saúde, Goiânia*, p.35-51, fev. 2007.
- 25 - MORAIS, L. V. *A vida cotidiana das mulheres com obesidade: a percepção da saúde e do funcionamento ocupacional*. Dissertação (Mestrado), Ribeirão Preto, 2004.
- 26 - Resta O, Foschino Barbaro MP, Bonfitto P, Giliberti T, Depalo A, Pannacciulli N, De Pergola G. Low sleep quality and daytime sleepiness in obese patients without obstructive sleep apnoea syndrome. *J. Intern. Med.*, Bari, v.253, p.536-543, 2003.
- 27 - Engel SG, Crosby RD, Kolotkin RL, Hartley GG, Williams GR, Wonderlich SA *et al.* Impact of Weight Loss and Regain on Quality of Life: Mirror Image or Differential Effect? *Obes Res.* 2003; 11(10):1207-13.
- 28 - Barreto Villela N, Braghrolli Neto O, Lima Curvello K, Paneili EB, Seal C, Santos D. Quality of life of obese patients submitted to bariatric surgery. *Nutr Hosp.* 2004; 19(6): 367-71.
- 29 - Torgerson JS. Die "Swedish Obese Subjects"- (SOS)- Studie: was bringt Abnehmen wirklich? *MMW Fortschr Med.* 2002; 144(40):24-6.
- 30 - Ravens-Sieberer U, Redegeld M, Bullinger M. Quality of life after in-patient rehabilitation in children with obesity. *International J Obes Relat Metab Disord.* 2001;25(Supl1):S63-5.