

 Rayane Rebelo Barbosa da Silva ¹

 Jorginete de Jesus Damião Trevisani ²

 Carlos Gabriel Avelar de Bustamante Sá ³

¹ Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Nutrição. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

² Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Nutrição, Departamento de Nutrição Social, Núcleo de Alimentação e Nutrição em Políticas Públicas. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

³ Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Correspondência

Jorginete de Jesus Damião
jjdamiao@yahoo.com.br

Avaliação da qualidade de vida em usuários do Centro de Referência em Obesidade (CRO), Rio de Janeiro

Quality of life assessment in users of the Reference Center for Obesity (RCO), Rio de Janeiro, Brasil

Resumo

A obesidade é um grave e crescente problema de saúde pública, e está associada ao aumento de comorbidades e diminuição da qualidade de vida. Este trabalho tem como objetivo avaliar a percepção sobre a qualidade de vida de usuários do Centro de Referência em Obesidade (CRO) da unidade de Acari, Rio de Janeiro, em dois momentos: antes e durante o tratamento para obesidade grave. O protocolo de acompanhamento dos usuários do CRO inclui a avaliação da qualidade de vida, usando o questionário SF-36. Foram selecionados 58 prontuários de usuários com obesidade grau III, de ambos os sexos, que entraram no serviço entre agosto de 2012 e dezembro de 2016, e que possuíam dois questionários SF-36 preenchidos. Descreveram-se a média e o desvio padrão para as variáveis contínuas, e as frequências de variáveis categóricas. Para comparar a evolução dos escores de qualidade de vida, para as variáveis com distribuição paramétrica foi realizado o teste T pareado, e para as variáveis com distribuição não paramétrica, o teste de Wilcoxon. Utilizou-se para a análise dos dados o programa Statistical Package for the Social Science (SPSS), versão 19. Os resultados dos dois questionários foram analisados e comparados. Os oito domínios (aspectos físicos, capacidade funcional, estado geral de saúde, dor, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental) apresentaram escores maiores na segunda aplicação do SF-36 ($p < 0,05$), ou seja, houve melhoria da percepção da qualidade de vida em todos os domínios avaliados pelo instrumento, o que parece apontar o impacto positivo do modelo de cuidado multidisciplinar experimentado pelo serviço.

Palavras-chave: Obesidade. Qualidade de vida. Atenção à saúde.

Abstract

Obesity is a serious public health problem that has grown in recent years and is associated with increased comorbidities and decreased quality of life. This study aims to evaluate the perception about the quality of life of users of the Reference Center for Obesity of Acari, in the municipality of Rio de Janeiro, at two different times: before and during the treatment. The follow-up protocol of the users of the Reference Center for Obesity includes a quality of life assessment using the SF-36 questionnaire. A total of 58 medical records were selected for male and female patients with morbid obesity who started using the service from August 2012 to December 2016 and who had completed two SF-36 questionnaires. The mean and standard deviation for the continuous variables and the frequencies of categorical variables were described. To compare the evolution of the quality of life scores, the paired T-test and the Wilcoxon test were used for the variables with parametric distribution and the variables with

non-parametric distribution, respectively. The Statistical Package for Social Science (SPSS), version 19, was used for data analysis. The results were analyzed statistically and compared between the first and second questionnaire. The eight domains had a higher score in the second application of the SF-36 (role-physical, physical functioning, general health perception, bodily pain, vitality, social functioning, role-emotional and mental health) ($p < 0.05$). The study showed the importance of multidisciplinary health care and its positive impact on the quality of life of individuals with obesity.

Keywords: Obesity. Quality of life. Health Care (Public Health).

INTRODUÇÃO

A obesidade é considerada, pela Organização Mundial da Saúde, como um grave problema de saúde pública, em função da velocidade de sua evolução e abrangência mundial.¹ Segundo dados do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), o número de pessoas obesas no Brasil cresceu de 11,8% para 19,8% e sua frequência é semelhante entre os sexos. Em 2006, 12,1% das mulheres e 11,4% dos homens eram obesos; em 2018 essa taxa subiu para 20,7% e 18,7%, respectivamente.²

Esse agravo está relacionado a fatores biológicos, socioculturais, econômicos, ambientais e complicações metabólicas, como o aumento dos níveis de colesterol e triglicérides, resistência à insulina, elevação da pressão arterial e outras complicações como doenças relacionadas a saúde mental, hipotireoidismo e alguns tipos de câncer, além da diminuição da qualidade de vida dos indivíduos,³⁻⁷ sobretudo aqueles que possuem o índice de massa corporal (IMC) igual ou maior que 40 kg/m², classificados como obesidade grau III.

O caráter multifatorial da obesidade, assim como os fatores que afetam a qualidade de vida do indivíduo com obesidade, apontam para a necessidade de um cuidado interdisciplinar, com abordagem integral, mas também fatores psicossociais inerentes ao contexto de vida do mesmo. A atuação de uma equipe interdisciplinar é importante no cuidado em saúde e qualidade de vida dessa população, pois permite a troca de saberes, tornando o tratamento mais efetivo.³ Neste sentido, o cuidado à pessoa com obesidade deve estar voltado não somente para a perda de peso, como também para melhorias no sono, funções intestinais, emocionais, autoestima, condições clínicas e na qualidade de vida.^{3,8,9}

Nesse contexto, foi implantado pela Secretaria Municipal do Rio de Janeiro o Centro de Referência em Obesidade (CRO), serviço especializado no atendimento do usuário com obesidade grave (IMC ≥ 40 kg/m²), vinculado à rede de atenção primária de saúde. O serviço é composto por uma equipe multidisciplinar (enfermeiro, psicólogo, nutricionista, profissional de educação física e médico endocrinologista) e oferece tratamento clínico ambulatorial visando a perda de peso, melhoria das comorbidades e qualidade de vida. São realizadas consultas individuais, interconsultas e atividades coletivas, baseando-se na construção compartilhada do projeto terapêutico.¹⁰

Medindo a qualidade de vida

O conceito de qualidade de vida é muito amplo e possui diversas definições e abordagens na literatura.¹¹⁻¹⁴ A Organização Mundial da Saúde definiu 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”.¹⁵

Pode-se dizer que as questões sobre a qualidade de vida estão relacionadas ao padrão que a sociedade define e se mobiliza para conquistar, de forma consciente ou inconsciente, o conjunto de políticas públicas e sociais que envolvem o desenvolvimento humano e as mudanças nas condições e estilo de vida, sendo uma parcela das formulações e responsabilidades destinadas ao setor da saúde.¹³

Apesar da amplitude do conceito, diferentes instrumentos ou questionários têm sido utilizados na tentativa de quantificar o impacto de doenças na qualidade de vida.¹⁶ O *Medical Outcomes Study 36-Item Short Form* (SF-36) é um questionário que tem sido usado individualmente ou associado a outros instrumentos nos estudos com obesidade, embora não seja específico para este grupo. Na literatura são relatadas utilizações do SF-36, por exemplo, para avaliação da qualidade de vida de pessoas com diferentes graus de

obesidade,¹⁷ comparações da percepção da qualidade de vida por pacientes antes e após tratamento cirúrgico¹⁸⁻²⁰ e comparação entre pessoas com ou sem obesidade.^{21,22}

Diante do contexto multifatorial da obesidade e da necessidade de incorporar o olhar para a qualidade de vida dos pacientes nas estratégias voltadas ao cuidado da obesidade, o presente trabalho tem como objetivo avaliar a percepção sobre a qualidade de vida de usuários do Centro de Referência em Obesidade da unidade de Acari, Rio de Janeiro, em dois momentos: antes e durante o tratamento.

MÉTODO

O estudo foi realizado com usuários do Centro de Referência em Obesidade de Acari, na cidade do Rio de Janeiro, com utilização de dados secundários de uso restrito. Foram selecionados todos os prontuários dos usuários de ambos os sexos, que entraram no serviço no período de agosto de 2012 até dezembro de 2016, e que possuíam dois questionários SF-36 preenchidos: o primeiro aplicado no início do tratamento e o segundo com intervalo de três a seis meses, após o início do tratamento.

O questionário SF-36 (*Medical Outcomes Study 36-Item Short Form*) foi desenvolvido por Ware & Gandek²³ e validado no Brasil por Ciconelli.²⁴ Este instrumento, pouco extenso e de fácil administração, pode ser usado para estudar diversas condições de saúde ou doença, avaliando tanto aspectos positivos quanto negativos.^{24,25}

O protocolo de acompanhamento dos usuários do CRO inclui a avaliação da qualidade de vida, por meio do questionário SF-36. Este é formado por 36 itens, divididos em oito componentes, a saber: 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 uma questão que avalia as condições de saúde atuais comparadas a um ano atrás.²³ Para avaliação de seus resultados, após sua aplicação, é dado um escore para cada questão, que posteriormente são transformados em uma escala de 0 a 100, em que zero corresponde a um pior estado de saúde, e 100 a um melhor. Apenas o item que trata sobre a saúde comparada ao ano passado não apresenta um escore para qualidade de vida. Não existe um único valor que resuma toda a avaliação; cada dimensão é analisada separadamente.²⁴

A aplicação do SF-36 é realizada no primeiro contato do usuário com o serviço, através da consulta individual com o enfermeiro ou em atendimento coletivo. O questionário é autopreenchido pelo usuário, com o auxílio de um profissional de saúde para sanar eventuais dúvidas. Após um período de início do acompanhamento no CRO, o questionário é reaplicado e arquivado no prontuário.

A coleta de dados foi realizada a partir da seleção de prontuários de usuários que foram atendidos no período de agosto de 2012 até dezembro de 2016. Os dados dos questionários SF-36 foram digitados em uma planilha do programa Microsoft Excel 2010, projetada para a codificação das respostas e cálculo do escore proposto pelo questionário, de acordo com Ciconelli.²⁴

Foram descritos dados referentes a características individuais (idade e raça/cor), condições socioeconômicas (escolaridade e renda), morbidade (diabetes *mellitus*, hipertensão arterial, dislipidemia, hipotireoidismo e depressão) e avaliação antropométrica (massa corporal, estatura e IMC). Os respectivos dados foram coletados da ficha de cadastro dos usuários, pertencente ao prontuário. Todas as informações contidas na ficha de cadastro eram autorreferidas pelos pacientes e registradas no prontuário, no momento da primeira de consulta de enfermagem, com exceção da avaliação antropométrica, que era realizada pelos profissionais do serviço.

Os escores de cada componente do questionário e o item de saúde comparada ao ano passado obtidos no momento 1 (no início do tratamento) e no momento 2 (de três a seis meses após o início do tratamento) da aplicação também foram apresentados. Foram descritos a média e desvio padrão para as variáveis contínuas e as frequências de variáveis categóricas.

Para comparar a evolução dos escores de qualidade de vida, para as variáveis com distribuição paramétrica foi realizado o teste T pareado; e para as variáveis com distribuição não paramétrica, foi utilizado o teste de Wilcoxon. Utilizou-se para a análise dos dados o programa Statistical Package for the Social Science (SPSS), versão 19.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, com parecer número 2.475.275.

RESULTADOS

Foram analisados 436 prontuários, dos quais 94 (21,5%) não tinham nenhum questionário preenchido; 196 (44,9%) tinham um questionário preenchido; 72 (16,5%) tinham dois questionários preenchidos em intervalo de tempo maior ou menor do que o requerido pelo estudo; 16 (3,6%) tinham um dos questionários sem data ou incompleto. Apenas 58 (13,3%) prontuários estavam dentro dos critérios de inclusão estabelecidos pelo presente estudo.

Entre os 58 prontuários selecionados, a maioria corresponde a usuários do sexo feminino (84,5%), com idades entre 18 e 67 anos (média = 44,25), sendo 65,5%, negros ou pardos e 51,7% casados. O nível de escolaridade predominante foi ensino médio completo (46,6%); 48,3% informaram exercer atividade remunerada e a maioria (70,7%) relatou ter renda familiar de até dois salários mínimos (tabela 1).

Tabela 1. Características sociodemográficas de pacientes acompanhados pelo Centro de Referência em Obesidade. Rio de Janeiro-RJ, 2012-2016.

Variáveis	Frequência	Percentual
<i>Sexo</i>		
Feminino	49	84,5
Masculino	9	15,5
<i>Estado Civil</i>		
Solteiro	19	32,8
Casado	30	51,7
Divorciado	3	5,2
Viúvo	6	10,3
<i>Raça/ Cor</i>		
Negro	21	36,2
Pardo	17	29,3
Branco	18	31,0
Não menciona	2	3,4
<i>Escolaridade</i>		
Fundamental incompleto	20	34,5
Fundamental completo	9	15,5
Médio completo	27	46,6
Superior completo	1	1,7
Não menciona	1	1,7

Tabela 1. Características sociodemográficas de pacientes acompanhados pelo Centro de Referência em Obesidade. Rio de Janeiro-RJ, 2012-2016. (Cont)

Variáveis	Frequência	Percentual
<i>Trabalho Remunerado</i>		
Sim	28	48,3
Não	30	51,7
<i>Renda Familiar</i>		
Até 1 salário mínimo	18	31,0
1 a 2 salários mínimos	23	39,7
2 a 4 salários mínimos	12	20,7
4 a 6 salários mínimos	1	1,7
Não sabe/ não menciona	4	6,9

Em relação aos prontuários que não foram incluídos neste estudo, a maioria também era do sexo feminino (77,2%), com idade média de 44 anos e ensino médio completo (39,4%). No que se refere às condições clínicas, segundo registro nos prontuários, 93,1% dos pacientes relataram ser hipertensos, 63,8% diabéticos e 34,5% com quadro de dislipidemia, enquanto 3,4% relataram apresentar hipotireoidismo e depressão (tabela 2).

Tabela 2. Características clínicas referidas pelos pacientes ao entrarem no Centro de Referência em Obesidade e frequência e percentual de IMC nos dois momentos da aplicação do SF-36. Rio de Janeiro-RJ, 2012-2016

Estado nutricional / patologia	Frequência	Percentual
IMC 1 ^a (kg/m ²)		
40 F 50	32	55,2
50 F 60	20	34,5
60 F 70	5	8,4
> 70	1	1,7
IMC 2 ^b (kg/m ²)		
< 40	5	8,6
40 F 50	29	50,0
50 F 60	20	34,5
60 F 70	4	6,9
> 70	0	0
Hipertensão Arterial	54	93,1
Diabetes Mellitus	37	63,8
Dislipidemia	20	34,5
Hipotireoidismo	2	3,4
Depressão	2	3,4

^aIMC 1 = Índice de massa corporal dos pacientes na primeira aplicação do questionário SF-36.

^bIMC 2 = Índice de massa corporal dos pacientes na segunda aplicação do questionário SF-36.

De acordo com os dados referentes à avaliação antropométrica, 55,2% dos indivíduos tinham IMC entre 40 e 50 kg/m² na primeira aplicação do questionário SF-36. No momento da segunda avaliação, observou-se que houve alteração nas categorias de IMC. Desta forma, cinco indivíduos (8,6%) apresentaram IMC menor que 40 kg/m² e assim mudaram da classe obesidade grau III para obesidade grau II. A média de

IMC variou de 50,66 kg/m² (DP 7,56; Min 40,13; máx. 80,61) a 49,11 kg/m² (DP 6,83; min 36,54; máx. 67,91), sendo esta diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$).

Os dados da tabela 3 apresentam as médias e o desvio padrão dos domínios do questionário SF-36, nos dois momentos de sua aplicação. No primeiro momento, os domínios aspectos emocionais (31,60), aspectos físicos (36,20), dor (40,97) e vitalidade (41,89) apresentaram menores pontuações. Os aspectos sociais (53,01) e o estado geral de saúde (46,37) apresentaram melhores resultados, seguidos da capacidade funcional (43,79) e saúde mental (42,75). Na segunda aplicação do SF-36, os domínios com menor escore foram: vitalidade (47,75), aspectos físicos (50,86), dor (54,02) e saúde mental (51,86). Os aspectos sociais (65,73), o estado geral de saúde (57,58) e a capacidade funcional (57,15) permaneceram com as maiores pontuações, seguidos de aspectos emocionais (55,74), diferentemente do primeiro momento da avaliação. Os resultados revelam diferença estatística significativa entre os dois momentos da avaliação em todos os domínios do SF-36, com escores maiores no segundo momento da aplicação do questionário. O item referente à saúde comparada ao ano passado também apresentou melhoria significativa no escore, passando de 40,51 (28,41) para 65,06 (27,68) (M±DP).

Tabela 3. Percepção de usuários do Centro de Referência em Obesidade sobre a qualidade de vida, segundo os componentes avaliados por meio do questionário SF-36, em dois momentos do acompanhamento clínico (valores descritos em M±DP). Rio de Janeiro, 2012-2016.

Domínios	1º SF-36		2º SF-36		p
	M	DP	M	DP	
Capacidade Funcional	43,79	25,44	57,15	26,58	0,000*
Aspectos Físicos	36,20	38,09	50,86	40,54	0,011*
Dor	40,97	22,56	54,02	21,47	0,001*
Estado geral de saúde	46,37	20,51	57,58	17,52	0,000*
Vitalidade	41,89	20,68	47,75	16,86	0,002*
Aspectos sociais	53,01	28,32	65,73	27,16	0,004*
Aspectos emocionais	31,60	38,70	55,74	44,32	0,003*
Saúde mental	42,75	17,73	51,86	15,17	0,007*

DISCUSSÃO

A maioria do grupo estudado foi composta por mulheres, similar ao encontrado em outros estudos.^{20,26} De acordo com Brillmann et al.,¹⁷ ocorre uma diferença comportamental entre os sexos na preocupação com o peso e na procura por tratamentos. O gênero feminino procura e utiliza mais os serviços de saúde do que o gênero masculino, principalmente por conta das questões reprodutivas.²⁷

No que se refere ao diagnóstico nutricional, constatou-se que os usuários atendidos pelo serviço de saúde apresentavam obesidade grave, de acordo com o protocolo de atendimento estabelecido pelo mesmo. O presente estudo identificou mudança significativa no IMC dos pacientes submetidos ao tratamento clínico da obesidade. Tais achados possivelmente indicam o impacto positivo do cuidado multidisciplinar na obesidade grave em um período curto de tempo. Este é um resultado favorável, mesmo diante das evidências de que o maior desafio no cuidado à obesidade é a manutenção da perda de peso em médio e longo prazos.

Em relação às comorbidades, as prevalências de hipertensos, diabéticos e de pessoas com dislipidemia foram maiores do que as encontradas em outros estudos.^{28,29} Pode-se tentar explicar esta prevalência de morbidade superior à de outros estudos em função da gravidade da obesidade encontrada em nossa amostra, pois todos os sujeitos possuíam obesidade grau III, o estágio mais elevado da doença e, assim, maior possibilidade de haver comorbidades associadas. Além disso, os usuários do serviço estudado são referenciados pela rede de atenção primária do município, e grande parte dos adultos e idosos em acompanhamento neste nível de atenção são hipertensos e diabéticos, visto que o controle destas duas morbidades está entre as ações prioritárias da atenção primária.³⁰

Costa & Liberali,³¹ após compararem a qualidade de vida entre mulheres com obesidade e mulheres eutróficas, constataram que não houve associação significativa entre obesidade e estado geral de saúde, aspectos sociais e saúde mental. Por outro lado, identificaram relação significativa da obesidade com aspectos físicos, dor, vitalidade, capacidade funcional e aspectos emocionais. Resultado similar foi encontrado por Brilmann et al.¹⁷ em relação aos domínios “capacidade funcional”, “aspectos físicos” e “dor”.

Outros estudos também observaram piores resultados nos domínios “capacidade funcional”, “aspectos físicos” e “dor”, ao avaliarem a qualidade de vida de pacientes candidatos à cirurgia bariátrica.^{20,32-34} Cabe esclarecer que os pacientes do CRO possuem perfil clínico para realizar a cirurgia bariátrica, apesar de esse não ser o objetivo do serviço.

Além da influência da obesidade sobre a qualidade de vida, há diferença entre o gênero no impacto da obesidade sobre a qualidade de vida. Segundo Torres et al.,³⁵ mulheres com obesidade têm qualidade de vida mais baixa quando comparadas aos homens. O estudo constatou maiores percentuais de baixa qualidade de vida para os componentes físico e mental no sexo feminino, com as maiores associações no componente físico. Segundo os autores, a influência de gênero pode ser devida a características biológicas, genéticas, sociais e emocionais inerentes ao sexo feminino.

O presente estudo revelou melhoria na autopercepção da qualidade de vida nos usuários que estavam em tratamento no CRO, visto que todos os componentes do SF-36 apresentaram diferença significativa após o início do tratamento. Ou seja, a melhoria não foi limitada a questões antropométricas (IMC); os usuários referiram melhor desenvolvimento em suas atividades diárias e em questões emocionais e sociais. Um fator que pode ter contribuído para esse resultado é o cuidado oferecido por uma equipe multiprofissional, bem como o fortalecimento do apoio social através de encontros em grupos educativos com os profissionais e usuários do serviço.

O item que avalia a saúde comparada ao ano passado também apresentou melhoria significativa entre as duas aplicações. Embora este item não seja abordado nos estudos, por não pontuar nenhuma das oito dimensões do SF-36, sua análise se faz importante para o conhecimento da doença do indivíduo.²⁴

Em estudo realizado por Vasconcelos & Costa Neto²⁰ sobre a percepção da qualidade de vida de pacientes adultos, de ambos os sexos, com obesidade grau II e III e que aguardavam a cirurgia bariátrica em um hospital público, verificou-se maior preservação da satisfação social e saúde mental, e piores resultados nos componentes físicos (capacidade funcional, aspectos físicos e dor). Os autores afirmam que a perda de algumas dimensões da qualidade de vida pode ser compensada pela satisfação em outras dimensões, através das características de personalidade e ampliação monitorada da rede de suporte social.

Na literatura, a avaliação da qualidade de vida tem sido muito utilizada em indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica. Alguns estudos abordam a avaliação e comparação da qualidade de vida, junto com a diferença ponderal e aspectos psicológicos em indivíduos antes e após a intervenção cirúrgica. De forma

geral, o tratamento cirúrgico da obesidade também tem demonstrado efeito positivo sobre a qualidade de vida.^{19,33,36}

Apesar de o questionário SF-36 não ser específico para a obesidade, diferentes estudos o têm utilizado para este grupo, tanto sozinho quanto acompanhado de outros tipos de questionários. No estudo de Araújo e colaboradores,³⁷ os domínios “capacidade funcional”, “estado geral de saúde”, “dor”, “vitalidade”, “aspectos sociais” e “saúde mental” do SF-36 tiveram correlação significativa com o domínio “função física” do Impact of Weight on Quality of Life – Lite (IWQOL-Lite), questionário específico para obesidade.

O presente estudo apresentou limitação, uma vez que se baseou em dados preenchidos no prontuário e, apesar da indicação de aplicação do questionário SF-36 pelo serviço de saúde em todos os pacientes, apenas 13,3% dos prontuários possuíam dois questionários preenchidos, com intervalo de três a seis meses entre eles, o que possibilitava a comparação.

Entretanto, os resultados encontrados permitiram verificar que a avaliação da qualidade de vida é útil para subsidiar as propostas de cuidado de pessoas com obesidade grave, uma vez que o objetivo do tratamento não pode se restringir à perda de peso.

CONCLUSÃO

O presente estudo revelou uma melhoria na autopercepção da qualidade de vida nos usuários que estavam em tratamento no CRO, nos oito domínios (aspectos físicos, capacidade funcional, estado geral de saúde, dor, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental) avaliados pelo questionário SF-36. Estes achados provavelmente apontam para o sucesso do modelo de cuidado experimentado pelo serviço estudado, que envolvia um plano terapêutico interdisciplinar no tratamento da obesidade.

O enfrentamento da obesidade só será possível com ações intersetoriais efetivas, articuladas e continuadas. No entanto, o setor saúde tem um papel claro, que envolve tanto a prevenção e controle dessa epidemia, quanto o cuidado do enorme contingente de pessoas já acometido. Este cuidado deve ser organizado, entendendo a obesidade como uma doença crônica, o que significa dizer que o foco principal não é a cura, e sim o controle e o monitoramento dos problemas associados a ela e a melhoria da qualidade de vida dessas pessoas. Para tanto, é necessário que o serviço lance mão de instrumentos capazes de avaliar a melhoria da qualidade de vida e de outros aspectos subjetivos da pessoa com obesidade.

AGRADECIMENTO

Agradecemos a Milena Miranda de Moraes por sua contribuição nas análises estatísticas.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization/WHO. Obesity and overweight. Geneva: World Health Organization; 2018 [acesso em 21 out 2019]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2018: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 132 p. [acesso em 21 out 2019]. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/julho/25/vigitel-brasil-2018.pdf>

3. Brasil. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. Brasília; 2014. 212 p. – (Cadernos de Atenção Básica, n.38). [acesso em 23 nov 2018]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_38.pdf>
4. Apovian CM. Obesity: Definition, Comorbidities, Causes, and Burden. *Am J Manag Care*. 2016;22(7):176-185.
5. Taylor VH, Forhan M, Vigod SN, McIntyre RS, Morrison KM. The impact of obesity on quality of life. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 2013; 27(2):139-146.
6. Fontaine KR; Barofsky I. Obesity and health-related quality of life. *obesity reviews* 2001;2(3):173-182.
7. Tavares TB, Nunes SM, Santos MOS. Obesidade e qualidade de vida: revisão da literatura. *Rev. Med Minas Gerais*, 2010;20(3):359-366.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Obesidade. Brasília; 2006. 108 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 12). [acesso em 23 nov 2018]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd12.pdf
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Perspectivas e desafios no cuidado às pessoas com obesidade no SUS: resultados do Laboratório de Inovação no manejo da obesidade nas Redes de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. 116 p. (Série Técnica Redes Integradas de Atenção à Saúde, v. 10). [acesso em 23 nov 2018]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/perspectivas_desafios_cuidado_pessoas_obesidade.pdf>
10. Rodrigues PAF, Bustamente CG, Reis EC. Centro de Referência em Obesidade do Município do Rio de Janeiro – O Papel do Educador Físico. *Rev Bras Ativ Fis e Saúde*. 2014;19(5):656-658.
11. Pereira EF, Teixeira CS, SANTOS A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. *Rev. bras. Educ. Fís. Esporte*. 2012;26(2):241-50.
12. Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde; aspectos conceituais e metodológicos. *Cad. Saúde Pública*. 2004;20(2):580-588.
13. Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2000;5(1):7-18.
14. Vankova D. Conceptual and methodological approaches to quality of life - a public health perspective. *Scripta Scientifica Salutis Publicae*. 2015;1(2):7-13.
15. The WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*.1995;41(10):1403-1409.
16. Garratt A, Schmidt L, Mackintosh A, Fitzpatrick R. Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures. *BMJ*. 2002;324(1417):1-5.
17. Brilmann M, Oliveira MS, Theirs VO. Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde na obesidade. *Cad. Saude Colet*. 2007;15(1):39-54.
18. Cattai GBP, Hintze LJ; Cremon AS; Bevilaqua CA; Junior NN; Marcon SS. Improvement on the quality of life in patients who underwent bariatric surgery. *Acta Scientiarum. Health Sciences*.2014;36(2):171-177.
19. Silva I, Pais-Ribeiro J, Cardoso H. Cirurgia de obesidade: qualidade de vida e variáveis psicológicas antes e depois do tratamento cirúrgico. *Psicologia: Teoria e Prática*. 2009;11(2):196-210.
20. Vasconcelos APO, Costa Neto, SBC. Qualidade de vida de pacientes obesos em preparo para a cirurgia bariátrica. *Rev. PSICO PUCRS*. 2008;39(1):58-65.
21. Sinzato E. Avaliação da qualidade de vida de obesos. *Estudos*. 2007;34(1/2):35-51.
22. Son N. Assessment of body perception, psychological distress, and subjective quality of life among obese and nonobese subjects in Turkey. *Niger J Clin Pract*. 2017;20(10):1302-1308.
23. Ware JE, Gandek B. IQOLA Project Group. The SF-36 Health survey: Development and Use in Mental Health Research and the IQOLA Project. *Int. J. Ment. Helth*. 1994; 23(2):49-73.
24. Ciconelli RM. (1997). Tradução para o português e validação do Questionário Genérico de Qualidade de Vida Medical outcomes study 36 - item short-form health survey (SF-36). [Tese] São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina; 1997.
25. 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):143-150.

26. Bertolossi EHW, Sifuentes RO, Gomes LAS, Navarro AC. Perfil de imagem corporal e exercício físico de pacientes com sobrepeso e obesidade de uma clínica de nutrição de Brasília. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento* 2008;2:303-12.
27. Couto M.T. et al. Men in primary healthcare: discussing (in)visibility based on gender perspectives. *Interface - Comunic., Saude, Educ.* 2010;14(33):257-70.
28. Santos AX. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus em obesos candidatos à cirurgia bariátrica. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, 2012;6(34):184-190.
29. Souza ACB, Oliveira JED, Caritá EC, Nogueira-de-Almeida CA. Perfil dos pacientes obesos no primeiro atendimento em Ambulatório de Nutrologia Municipal de Ribeirão Preto (SP). *Medicina (Ribeirao Preto. Online)*. 2017;50(4):207-215.
30. Escorel S, Giovannella L, Mendonça MHM, Senna MCM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*.2007;21(2):164-76.
31. Costa LS, Liberali R. Avaliação da qualidade de vida na obesidade. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*. 2008;2(9):232-239.
32. Tamura LS, Cazzo E, Chaim EA, Piedade SR. Influence of morbid obesity on physical capacity, knee-related symptoms and overall quality of life: A cross-sectional study. *Rev Assoc Med Bras*. 2017;63(2):142-147.
33. Costa AJR, Pinto SL. Transtorno da Compulsão Alimentar periódica e qualidade de vida de pacientes candidatos a cirurgia bariátrica. *ABCD Arq Bras Cir Dig*. 2015;28(1):52-55.
34. Hachem A, Brennan L. Quality of Life Outcomes of Bariatric Surgery: A Systematic Review. *Obes Surg*. 2016;26(2):395-409.
35. Torres KDP, Rosa MLG, Moscovitch SD. Gender and obesity interaction in quality of life in adults assisted by family doctor program in Niterói, Brazil. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2016;21(5):1617-1624.
36. Soares A, Silva I. Qualidade de vida em mulheres que procuram tratamento para obesidade: estudo comparativo entre mulheres com diagnóstico de obesidade clinicamente grave propostas a tratamento cirúrgico e mulheres submetidas a cirurgia. *Psicologia, saúde & doenças*. 2011;12(2):235-254.
37. Araujo M, Dias J, Vasconcelos K, Medeiros A, Santos C, & Dias R. Impacto das condições clínicas e funcionais na qualidade de vida de idosas com obesidade. *Fisioterapia e Pesquisa*. 2014;21(4):372-377..

Colaboradores

Silva RRB e Bustamante CG participaram da concepção, produção e da análise de dados e redação do artigo e da sua versão final; Damião JJ participou do desenho do estudo, da análise de dados, da redação do artigo e da revisão da sua versão final.

Conflito de interesses: os autores declaram não haver conflito de interesses.

Recebido: 01 de fevereiro de 2019

Aceito: 09 de dezembro de 2019