UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE CLÍNICA MÉDICA

ANDRESSA FERNANDA BATTIGAGLIA DE OLIVEIRA

Traços de personalidade e qualidade de vida em pacientes com obesidade grau III

Ribeirão Preto
2021

ANDRESSA FERNANDA BATTIGAGLIA DE OLIVEIRA

Traços de personalidade e qualidade de vida em pacientes com obesidade grau III

Versão Original

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Clínica Médica

Orientador: Profa. Dra. Vivian Marques Miguel Suen

Ribeirão Preto

2021

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

DE OLIVEIRA, ANDRESSA FERNANDA BATTIGAGLIA

Traços de personalidade e qualidade de vida em pacientes com obesidade grau III. Ribeirão Preto, 2021.

123 p.: il.; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Clínica Médica.

Orientador: Vivian Marques Miguel Suen.

1. NEO-PI-R. 2. Traços de personalidade. 3. WHOQOL-100. 4. Qualidade de vida. 5. Obesidade.

Nome: Andressa Fernanda Battigaglia de Oliveira

Título: Traços de personalidade e qualidade de vida em pacientes com obesidade grau III

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr.

Instituição:

Julgamento:

Prof. Dr.

Instituição:

Julgamento:

Prof. Dr.

Instituição

Julgamento:

Dedico este trabalho a minha mãe e seu empenho na minha criação, ao meu marido por todo seu carinho, esforço e dedicação, e a todos os participantes.

Agradeco

À Deus pela dádiva da vida, e a Nossa Senhora pela interseção na realização de tantos sonhos, obrigada por me permitir errar, aprender e evoluir.

À Profa. Dra. Vivian Marques Miguel Suen, por acreditar em mim e me dar essa oportunidade, e ser esta orientadora admirável, obrigada por todo carinho e amizade, e por tornar real este sonho. Foi uma honra este percurso ao seu lado.

À Profa. Dra. Priscila Giacomo Fassini, pela ajuda desmedida e todas suas sugestões importantíssimas, e pela amizade e companheirismo construídos.

Ao Prof. Dr. Edson Zangiacomi Martinez e toda a sua paciência e auxílio na delicada arte da estatística, obrigada professor por aceitar esse desafio.

Ao Prof. Dr. Fernando Chueri, ao Dr. Luiz Rossetto, e toda a equipe do Ambulatório de Obesidade e Dislipidemia do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, obrigada pela paciência e todo auxílio na fase da coleta de dados.

Aos membros da banca avaliadora desta tese e suas contribuições.

Ao Programa de Pós-graduação da FMRP/USP, especialmente ao Emerson Quirino e todo seu apoio e suporte neste processo.

À minha família, a minha mãe por me apoiar e compreender o meu isolamento em inúmeros dias, ao meu marido pelo amor, companheirismo, amizade, caridade, dedicação. Obrigada por todo apoio amo vocês.

A CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, pelo respaldo científico e financeiro concedendo a bolsa de mestrado.

A todos os participantes deste estudo, sem vocês não seria possível.

E por fim, a todos aqueles que contribuíram, direta ou indiretamente, para a realização desta dissertação, os meus sinceros agradecimentos.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

“[...] A maioria das pessoas não quer realmente a liberdade, pois liberdade envolve responsabilidade, e a maioria das pessoas tem medo de responsabilidade”

(Sigmund Freud)

RESUMO

De Oliveira, AFB. Traços de personalidade e qualidade de vida em pacientes com obesidade grau III. [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, departamento de Clínica Médica. 2021.

A obesidade grau III é definida pelo $IMC \geq 40 \text{ kg/m}^2$ que pode vir a causar danos à saúde física e mental do sujeito, afetando diretamente sua percepção de qualidade de vida; enquanto os traços de personalidade são as maneiras características de pensar, sentir e se comportar que contribuem para resultados em saúde. Nosso objetivo foi descrever e comparar os traços de personalidade e percepção de qualidade de vida em pacientes com obesidade grau III que estavam em tratamento clínico e um grupo controle sem obesidade. Neste estudo transversal, a qualidade de vida e a personalidade foram descritas a partir de uma amostra de 29 pacientes com obesidade e 25 sujeitos sem obesidade ($N=54$), sendo a qualidade de vida mensurada através do Instrumento WHOQOL-100, e a personalidade do Inventário NEO-PI-R. Para todos os domínios e facetas da Qualidade de Vida, observou-se um significativo efeito dos grupos ($p < 0.05$), com tamanhos de efeitos 0,5; 0,8 e 1,2 de d de Cohen. Evidências de diferenças nos traços de personalidade foram encontradas nos fatores Abertura e Conscienciosidade e nas facetas $O5$; $C2$; $C5$; $E6$; $N6$ com tamanhos de efeitos moderados 0,6, e nas facetas $O3$; $N5$ com efeitos grandes 0,8 e 1,1 de Cohen. Conclui-se que no grupo com obesidade há piores percepções da qualidade de vida, e os traços de personalidade indicaram maior possibilidade de serem menos metódicos e exigentes com relação às suas obrigações, menos obstinados a atingir metas, e terem preferências por atividades rotineiras e conhecidas, e menor capacidade de lidar com frustrações e conter impulsos. Observações nas diferenças das percepções da Qualidade de Vida e nos Traços de Personalidade podem auxiliar os profissionais da saúde a delinearem intervenções eficazes no tratamento para a obesidade.

Palavras chaves: NEO-PI-R, Traços de personalidade, WHOQOL-100, Qualidade de vida, Obesidade.

ABSTRACT

De Oliveira, AFB. Personality traits and quality of life in patients with class III obesity. [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, departamento de Clínica Médica. 2021.

Class III obesity is defined by a BMI $\geq 40 \text{ kg/m}^2$, which can cause damage to the subject's physical and mental health, directly affecting their perception of quality of life; while personality traits are the characteristic ways of thinking, feeling and behaving that contribute to health outcomes. Our objective was to describe and compare personality traits and perception of quality of life in patients with class III obesity undergoing clinical treatment and a control group without obesity. In this cross-sectional study, quality of life and personality were described from a sample of 29 patients with obesity and 25 subjects without obesity (N = 54), with quality of life being measured using the WHOQOL-100 Instrument, and personality of the NEO-PI-R Inventory. For all domains and facets of Quality of Life, there was a significant effect of the groups ($p < 0.05$), with effect sizes 0.5; 0.8 and 1.2 of Cohen's d. Evidence of differences in personality traits was found in the factors of Openness and Conscientiousness and in the O5 facets; C2; C5; E6; N6 with moderate effect sizes 0.6, and in facets O3; N5 with large 0.8 and 1.1 Cohen effects. It is concluded that in the group with obesity there are worse perceptions of quality of life, and personality traits indicated a greater possibility of being less meticulous and demanding in relation to their obligations, less obstinate in reaching goals, and having preferences for routine and known activities, and less ability to deal with frustration and contain impulses. Observations on the differences in perceptions of Quality of Life and Personality Traits can help health professionals to design effective interventions in the treatment of obesity.

Key words: NEO-PI-R, Personality traits, WHOQOL-100, Quality of life, Obesity.

Lista de Figuras

Figura 1.	Domínios e facetas dos WHOQOL-100.	26
Figura 2.	Escalas de respostas do WHOQOL-100.	27
Figura 3.	Fluxograma de composição da amostra.	46
Figura 4.	<i>Box-plots</i> , Domínios do instrumento WHOQOL-100 entre participantes do grupo sem e grupo com obesidade ($n = 54$).	52
Figura 5.	<i>Box-plots</i> , Fatores do instrumento NEO-PI-R entre participantes do grupo sem e grupo com obesidade ($n = 54$).	56
Figura 6.	Gráfico de correlação de <i>Pearson</i> entre o IMC e o Domínio Físico da Qualidade de Vida do WHOQOL- 100 ($n = 54$).	75
Figura 7.	Gráfico de correlação de <i>Pearson</i> entre o IMC e o Domínio Psicológico da Qualidade de Vida do WHOQOL- 100 ($n = 54$).	76
Figura 8.	Gráfico de correlação de <i>Pearson</i> entre o IMC e o Domínio Independência da Qualidade de Vida do WHOQOL- 100 ($n = 54$).	77
Figura 9.	Gráfico de correlação de <i>Pearson</i> entre o IMC e o Domínio Relações Sociais da Qualidade de Vida do WHOQOL- 100 ($n = 54$).	78
Figura 10.	Gráfico de correlação de <i>Pearson</i> entre o IMC e o Domínio do Meio Ambiente da Qualidade de Vida do WHOQOL- 100 ($n = 54$).	79
Figura 11.	Gráfico de correlação de <i>Pearson</i> entre o IMC e o Domínio dos Aspectos Espirituais/ Religião/ Crenças Pessoais da Qualidade de Vida do WHOQOL- 100 ($n = 54$).	80
Figura 12.	Gráfico de correlação de <i>Pearson</i> entre o IMC e o Valor Total dos Domínios da Qualidade de Vida do WHOQOL- 100 ($n = 54$).	81
Figura 13.	Gráfico de correlação de <i>Pearson</i> entre o IMC e a faceta de n°25 – Visão do Avaliado do WHOQOL- 100 ($n = 54$).	82
Figura 14.	Gráfico de correlação de <i>Pearson</i> entre o IMC e os fatores e facetas da personalidade NEO-PI-R ($n = 54$).	83
Figura 15.	<i>Box-plots</i> , Facetas do fator Abertura do instrumento NEO-PI-R entre participantes do grupo sem obesidade e grupo com obesidade ($n = 54$).	84
Figura 16.	<i>Box-plots</i> , Facetas do fator Conscienciosidade do instrumento NEO-PI-R entre participantes do grupo sem obesidade e grupo com obesidade ($n = 54$).	85
Figura 17.	<i>Box-plots</i> , Facetas do fator Extroversão do instrumento NEO-PI-R entre participantes do grupo sem obesidade e grupo com obesidade ($n = 54$).	86
Figura 18.	<i>Box-plots</i> , Facetas do fator Amabilidade do instrumento NEO-PI-R entre participantes do grupo sem obesidade e grupo com obesidade ($n = 54$).	87
Figura 19.	<i>Box-plots</i> , Facetas do fator Neuroticismo do instrumento NEO-PI-R entre participantes do grupo sem obesidade e grupo com obesidade ($n = 54$).	88

Listas de Tabelas

Tabela 1.	Descrição da amostra ($n = 54$).	47
Tabela 2.	Autorreferidos diagnósticos psiquiátricos, de depressão e de ansiedade, e o uso de medicamentos psiquiátricos ($n = 54$).	49
Tabela 3.	Tempo de gestação e tipo de parto ($n = 54$).	49
Tabela 4.	Diagnostico autorreferido: hipertensão, dislipidemia, diabetes, hipotireoidismo ($n=54$).	50
Tabela 5.	Resultados do ajuste de modelos de regressão linear múltipla considerando os domínios do instrumento WHOQOL-100 como variáveis dependentes ($n = 54$).	54
Tabela 6.	Resultados do ajuste de modelos de regressão linear múltipla considerando os fatores do instrumento NEO-PI-R como variáveis dependentes ($n = 54$).	58

Lista de Abreviaturas e Siglas

CID-10 - Classificação Internacional de Doenças.

IMC - Índice de Massa Corporal.

WHO - Organização Mundial da Saúde.

DCNT - Doenças Crônicas Não-Transmissíveis.

WHOQOL - Divisão de Saúde Mental e Prevenção do Abuso de Substâncias da Organização Mundial da Saúde.

WHOQOL-100 - Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde

Big Five - Grandes Fatores da Personalidade.

NEO-PI-R - Inventário de Personalidade Revisado.

OCEAN - Abertura (*Openness*); Conscienciosidade (*Conscientiousness*); Extroversão (*Extraversion*); Amabilidade (*Agreeableness*); e Neuroticismo (*Neuroticism*).

O – Fator Abertura (*Openness*)

O1 - Faceta Fantasia do Fator Abertura

O2 - Faceta Estética do Fator Abertura

O3 - Faceta Sentimentos do Fator Abertura

O4 - Faceta Ações variadas do Fator Abertura

O5 - Faceta Ideias do Fator Abertura

O6 - Faceta Valores do Fator Abertura

C – Fator Conscienciosidade (*Conscientiousness*)

C1 - Faceta Competência do Fator Conscienciosidade

C2 - Faceta Ordem do Fator Conscienciosidade

C3 - Faceta Senso de dever Fator Conscienciosidade

C4 - Faceta Esforço por realizações Fator Conscienciosidade

C5 - Faceta Autodisciplina Fator Conscienciosidade

C6 - Faceta Ponderação Fator Conscienciosidade

E – Fator Extroversão (*Extraversion*)

E1 - Faceta Acolhimento do Fator Extroversão

E2 - Faceta Gregarismo do Fator Extroversão

E3 - Faceta Assertividade do Fator Extroversão

E4 - Faceta Atividade do Fator Extroversão

E5 - Faceta Busca de sensações do Fator Extroversão

E6 - Faceta Emoções positivas do Fator Extroversão

A – Fator Amabilidade (*Agreeableness*)

A1 - Faceta Confiança do Fator Amabilidade

A2 - Faceta Franqueza do Fator Amabilidade

A3 - Faceta Altruísmo do Fator Amabilidade

A4 - Faceta Complacência do Fator Amabilidade

A5 - Faceta Modéstia do Fator Amabilidade

A6 - Faceta Sensibilidade do Fator Amabilidade

N – Fator Neuroticismo (*Neuroticism*)

N1 - Faceta Ansiedade do Fator Neuroticismo

N2 - Faceta Raiva/hostilidade do Fator Neuroticismo

N3 - Faceta depressão do Fator Neuroticismo

N4 - Faceta Embaraço/constrangimento do Fator Neuroticismo

N5 - Faceta Impulsividade do Fator Neuroticismo

N6 - Faceta Vulnerabilidade do Fator Neuroticismo

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

ODIS - Ambulatório de Obesidade e Dislipidemia

HCRP - Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto – SP

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

HCFMRP Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto

USP Universidade de São Paulo

Sumário

1	Introdução	18
1.1.	Obesidade.....	19
1.2.	Qualidade de Vida	22
1.3.	Personalidade	29
1.4	Justificativa	37
2	Objetivo	37
2.1	Objetivo principal	37
2.2	Objetivo secundário	37
3	Materiais e Métodos	38
3.1	Aspectos Éticos.....	38
3.2	Casuística e recrutamento dos participantes	38
3.2.1	Critérios de Inclusão	39
3.2.2	Critérios de Não Inclusão.....	39
3.2.3	Critérios de Exclusão.....	40
3.3	Protocolo de Pesquisa	40
3.3.1	Medidas antropométricas	41
3.3.2	Questionário elaborado pelos pesquisadores.....	41
3.3.3	Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde – WHOQOL-100	42
3.3.4	Inventário de Personalidade Revisado - NEO-PI-R	43
3.4	Desenho do estudo.....	44
3.5	Estatística.....	44
4	Resultados	46
4.1	Características dos participantes.....	46
4.2	Percepção de qualidade de vida dos grupos	51
4.3	Traços de personalidade dos grupos	55
4.4	Considerações sobre o tamanho amostral.....	59
5	Discussão.....	60
5.1	Limitações do estudo.....	68
6	Conclusão	68

7	Referências.....	69
8	Apêndice.....	75
8.1	Figuras das correlações dos fatores da qualidade de vida e o IMC dos grupos.....	75
8.2	Figura das correlações entre o IMC e os fatores e facetas da personalidade dos grupos....	83
8.3	Figuras das comparações entre médias dos grupos com e sem obesidade das facetas da Personalidade NEO-PI-R.....	84
8.4	Termo de consentimento livre e esclarecido ao participante do grupo com obesidade	89
8.5	Termo de consentimento livre e esclarecido ao participante do grupo sem obesidade.....	91
8.6	Questionário elaborado pelos pesquisadores para o grupo com obesidade	93
8.7	Questionário elaborado pelos pesquisadores para o grupo sem obesidade.....	100
8.8	Modelo de cartaz da divulgação da pesquisa, grupo sem obesidade.....	105
9	Anexo.....	106
9.1	Instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde WHOQOL-100.....	106
9.2	Inventário da Personalidade Revisado – NEO-PI-R	123

1 Introdução

A obesidade ($IMC < 30 \text{ kg/m}^2$) é uma doença caracterizada pelo acúmulo de tecido adiposo em excesso resultante de balanço energético positivo, que pode vir a causar danos à saúde física e mental do sujeito ⁽¹⁾.

São muitas as causas para este desbalanço energético, como: as mudanças ambientais ⁽²⁾ e sociais ⁽³⁾, alterações na qualidade, quantidade e disponibilidade dos alimentos ⁽⁴⁾, no estilo de vida ⁽⁵⁾, e nas variáveis individuais, como, escolaridade, sexo, idade, condições genéticas, *status* social, inatividade física, fatores psicológicos e psiquiátricos, o que a torna uma doença reconhecidamente multifatorial ^{(1) (6) (7)}.

Quando se encontra em grau de gravidade III ($IMC \leq 40 \text{ kg/m}^2$) a obesidade se torna uma das doenças preveníveis que mais mata no mundo, sendo só na América latina em torno de 200 mil mortes por ano em decorrência das suas comorbidades. A taxa de mortalidade entre sujeitos com obesidade grau III é 12 vezes mais alta entre homens de 25 a 40 anos quando comparados a eutróficos ⁽⁸⁾.

Neste cenário global da saúde a “avaliação da qualidade de vida vêm crescendo em importância como medida de avaliação de resultados de tratamento em medicina ⁽⁹⁾”, uma vez que, auxilia na compreensão da subjetividade, isto é, a relação estreita entre o que o sujeito sente e percebe, partindo de seus valores intrínsecos e intuitivos, e intimamente relacionado aos anseios básicos de viver e sentir-se bem ^{(9) (10)}.

Concomitantemente, ocorre um crescente interesse em estudos sobre os traços de personalidade ^{(11) (12) (13) (14)}, uma vez que, distúrbios cognitivos, emocionais, comportamentos inadequados, também fazem parte do âmago das dificuldades em controlar o peso ⁽¹³⁾.

Em virtude a primordialidade de estudos sobre obesidade devido a seus crescentes números ⁽¹⁾, e dada a relevância de se avaliar a qualidade de vida na saúde pública ⁽¹⁰⁾, e a influência que a personalidade exerce nos comportamentos dos sujeitos ⁽¹⁵⁾, este estudo teve por objetivo descrever e comparar as diferenças dos traços de personalidade e da percepção da qualidade de vida de sujeitos com obesidade grau III que estavam em tratamento clínico e de um grupo de sujeitos sem obesidade.

1.1. Obesidade

A opulência que outrora anunciava a riqueza com mais eficácia do que roupas e joias, uma vez que, somente os mais ricos tinham meios para se tornarem obesos ⁽¹⁶⁾, passou a ser considerada atualmente como uma grande crise de saúde pública, tanto nos países desenvolvidos, quanto em desenvolvimento ⁽¹⁷⁾.

Estabelecida como uma condição crônica caracterizada pelo acúmulo de tecido adiposo em excesso que pode causar danos à saúde, a obesidade é categorizada na 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) ⁽¹⁸⁾, no item de doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, em resumo, é o resultado de sucessivos balanços energéticos positivos ^{(1) (6) (19) (20)}.

E tendo em vista que as causas que apontam para esta disparidade nos balanços energéticos podem estar associadas a fatores fisiológicos, genéticos, socioculturais, emocionais e outros, a obesidade é reconhecida como uma doença multifatorial ^{(1) (6) (7)}.

Sua classificação é feita a partir do cálculo do índice de massa corporal (IMC), e a composição corporal através de pesagem hidrostática; tomografia computadorizada; entre outras medidas, sendo que a associação de métodos auxilia na avaliação do risco e ajuda a diminuir as limitações das individualidades metodológicas ⁽⁷⁾.

Apesar da limitação apresentada pelo IMC, quanto a não permitir diferenciar o peso dos diferentes tecidos e a composição corporal, este método é um dos mais utilizados em investigações epidemiológicas, e consiste na relação entre o peso em quilogramas de uma pessoa dividido pelo quadrado da estatura em metros (Kg/m^2) ^{(7) (21)}.

Nesta classificação a gravidade é mensurada a partir de seus graus. No grau I de obesidade o índice inicia-se em 30kg/m^2 até 34.9kg/m^2 , considerado um risco elevado de doenças associadas; o grau II com IMC entre 35kg/m^2 a 39.9kg/m^2 têm o risco como muito elevado; e por fim, a obesidade grau III ou mórbida quando o IMC está igual ou acima de 40kg/m^2 têm o risco muitíssimo elevado ⁽⁷⁾.

Dentre as principais comorbidades associadas estão: a resistência à insulina e diabetes mellitus tipo 2; doença hepática gordurosa não alcoólica; cardiovasculares;

doença do refluxo gastroesofágico; pulmonares; distúrbio do sono ⁽²¹⁾, e outras que influenciam diretamente na saúde física.

Estudos também apontam para condições psicológicas que se desenvolvem ao longo da vida de sujeitos com obesidade, considerando que estes desde a infância podem sofrer algum tipo de discriminação e estigmatização devido ao excesso de peso ⁽²²⁾.

Essas circunstâncias contribuem para o desencadeamento de adversidades emocionais, tais como autoestima baixa; insegurança; impulsividade; imaturidade; e tantas outras, devido a possível crença desses sujeitos de que não se encaixam nos padrões de beleza firmados pela sociedade ^{(3) (22)}.

E juntamente ou não com as condições psicológicas também podem ocorrer as doenças psiquiátricas, tais como a depressão major, ansiedade generalizada, perturbações do comportamento alimentar e outras ^{(3) (22)}.

Para a Organização Mundial da Saúde (WHO), a obesidade se tornou uma pandemia, e seus recentes dados apontam que desde 1975 a 2016 a população mundial obesa quase triplicou. “Em 2016, mais de 1,9 bilhão de adultos, com 18 anos de idade, tinham excesso de peso. Destes, mais de 650 milhões eram obesos ⁽¹⁾”.

No Brasil, os dados apresentados pelo Ministério da Saúde ⁽²³⁾, apontam que em 13 anos a obesidade cresceu em 72%. Isto é, entre o período de 2006 a 2019, o índice de brasileiros com a doença passou de 11,8% para 20,3%. O que aponta que dois em cada 10 brasileiros tem obesidade, e se considerarmos somente o excesso de peso, mais da metade (55,4%) estão nessa situação. Sendo que tanto em países desenvolvidos, quanto em desenvolvimento, é observada a sua prevalência crescente em grupos socioeconômicos de baixa renda e baixo nível educacional ⁽²⁴⁾.

Parte integrante do grupo de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT), tendo como característica um histórico prolongado, com múltiplos fatores de risco, e diversidade etiológica ⁽²⁵⁾, a obesidade engloba várias abordagens de tratamento, entre elas, nutricional, farmacológica, psicológica, clínica médica e cirúrgica, e outras ⁽²⁴⁾.

Diante da gravidade apresentada pela obesidade o Conselho Federal de Medicina (nº 1.766/05) indica o tratamento cirúrgico para aqueles sujeitos que apresentem o

IMC de $\geq 35\text{kg/m}^2$ que já possuam doenças associadas à obesidade, e para aqueles que estão com $\text{IMC} \geq 40\text{kg/m}^2$ com ou sem comorbidade ⁽²⁶⁾.

A cirurgia tem sido realizada tanto para reduzir, quanto para diminuir as complicações resultantes do excesso de peso, sendo consenso literário a existência básica de três tipos ^{(25) (24) (27)}.

O primeiro foram as disabsortivas, denominadas de derivação jejuno-ileal, que deixaram de ser utilizadas na década de 70; o segundo tipo as restritivas com as técnicas de balão intragástrico e banda gástrica que diminuem a capacidade do estômago gerando saciedade precoce e não alteram a absorção dos alimentos; e por último as mistas que consistem na junção dos componentes restritivos com técnica disabsortivas, que consiste na redução da capacidade do estômago associada a uma derivação gastro-jejunal ^{(25) (24) (27)}.

Segundo o Ministério da Saúde ⁽²³⁾, é necessário ser observado que os tratamentos cirúrgicos devam ser mais indicados para aqueles sujeitos que não responderam ao tratamento clínico longitudinal realizado na Atenção Básica e/ou Ambulatorial Especializada, por no mínimo dois anos, e que tenham efetivamente seguido os protocolos clínicos.

Apesar de apresentada uma certa descrença quanto ao tratamento clínico da obesidade grave ^{(28) (24) (27)}, este nem sempre pode ser considerado como ineficaz, uma vez que é fundamental e faz parte inclusive do tratamento cirúrgico ^{(29) (30)}.

O tratamento clínico da obesidade grave tem seus melhores resultados quanto efetuado por uma equipe multidisciplinar, que buscará enfatizar os antecedentes pessoais, familiares e socioculturais que possam estar colaborando com o ganho do peso, além de rastrear o início do ganho de peso, suas causas e o seu curso ⁽²⁹⁾.

O principal objetivo consiste em promover a melhora na saúde física; psíquica, e na qualidade de vida dos pacientes, através da diminuição significativa e duradoura da perda de peso, além de buscar promover a redução dos riscos das comorbidades, incentivando a melhora e a mudança de hábitos na alimentação, nas atividades físicas e hábitos psicossociais ^{(28) (30) (31)}.

1.2. Qualidade de Vida

De acordo com a WHO ⁽³²⁾ o estilo de vida que os sujeitos adotam pode ter grande influência sobre sua qualidade de vida, uma vez que são “o conjunto de hábitos e costumes que são influenciados, modificados, incentivados ou desincentivados pelo processo de socialização ao longo da vida ⁽³²⁾”¹

Devido a mudanças sociais na qualidade, quantidade e disponibilidade dos alimentos, a grande maioria da população passou a ter acesso, não apenas a alimentos *in natura*, mas a comidas com grande aporte calórico, ricas em açúcares, gorduras e ultraprocessadas, que em sua maioria são insatisfatórias quanto ao aporte nutricional, e obesogênicas ^{(19) (20) (33)}.

Além disso, ocorreram mudanças significativas no estilo de vida, como a redução de esforço físico laboral; alterações nas dinâmicas de lazer que passaram de atividades com gasto físico calórico acentuado para períodos maiores em frente a tecnologias, como computadores, celulares, televisores etc. ^{(19) (20) (33)}.

Essas e outras mudanças sociais impactam diretamente no aumento do peso, o que vem de encontro com um cenário alarmante que é a morbimortalidade relacionada a obesidade principalmente quando o IMC é igual a 30kg/m², sendo duplicado o risco de morte prematura nos casos quando o IMC ultrapassa 35kg/m² ⁽⁸⁾.

A literatura apresenta que a obesidade grau III (IMC<40kg/m²) é uma das doenças preveníveis que mais mata no mundo, sendo só na América latina em torno de 200 mil mortes por ano em decorrência às suas comorbidades. A taxa de mortalidade entre pacientes com obesidade grave é 12 vezes mais alta entre homens de 25 a 40 anos quando comparados a sujeitos eutróficos ⁽⁸⁾.

A preocupação quanto a saúde é de longa data conhecida, sendo em 1946 na cidade de Nova York a WHO já adotava em sua constituição o princípio no qual reconhecia a saúde como um completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ^{(6) (8)}.

¹ The set of habits and customs that is influenced, modified, encouraged or constrained by the lifelong process of socialization ⁽³²⁾.

Algumas décadas depois em 1970 cientistas sociais, filósofos e políticos, intensificavam ainda mais os estudos com a preocupação eminente com a melhoria da saúde e da qualidade de vida ⁽⁸⁾.

E diante da crescente necessidade da avaliação da qualidade de vida enquanto uma medida importante na avaliação dos resultados de tratamento em medicina, a década de 1990 trouxe uma busca crescente pelo desenvolvimento de instrumentos que mensurassem esse constructo ⁽¹⁰⁾.

Contudo, a maioria desses estavam sendo desenvolvidos nos Estados Unidos ou na Inglaterra e eram traduzidos para outros países, o que implicava em críticas quanto a extensão do conceito e suas medidas ^{(10) (34)}.

Diante este cenário a WHO através da Divisão de Saúde Mental e Prevenção do Abuso de Substâncias criou o Grupo WHOQOL com o intuito de criar instrumentos que mensurassem a qualidade de vida de forma transcultural ⁽³⁵⁾.

Contudo, estabelecer um conceito de Qualidade de Vida não se fez uma tarefa fácil considerando a existência de questões tanto subjetivas, quanto concretas, e para que instrumentos deste porte fossem elaborados, era necessário primeiramente que se criasse um consenso quanto a definição, que ficou então estabelecida como:

[...] percepção individual do sujeito de sua posição na vida no contexto da cultura e dos sistemas de valores em que vivem e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito abrangente afetado de forma complexa pela saúde física da pessoa, estado psicológico, crenças pessoais, relações sociais e sua relação com características salientes de seu ambiente² ⁽³⁵⁾.

Sendo transmitido por essa definição a compreensão de que o conceito de Qualidade de Vida, também reflete uma avaliação subjetiva, isto é, é imbuída pelo contexto social, cultural e ambiental do sujeito, além de condições físicas ⁽⁹⁾.

² [...] *individuals' perception of their position in life in the contexto of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns.* It is a broad anging concept, incorporating in a complex way individuals' physical health, psychological state, level of independence, social relationships, personal beliefs and their relationships to salient features of the environment ⁽³⁵⁾.

Para estudiosos “a introdução do conceito de qualidade de vida foi uma importante contribuição para as medidas de desfecho em saúde ⁽⁹⁾”, uma vez que considera a subjetividade como a relação estreita entre o que o sujeito sente e percebe, partindo de seus valores intrínsecos e intuitivos, e intimamente relacionado aos anseios básicos de viver e sentir-se bem ⁽⁹⁾ ⁽¹⁰⁾.

Desse modo, as avaliações relatadas pelos pacientes estão sendo cada vez mais utilizadas na medicina e na saúde pública como fontes de auxílio para determinar se os tratamentos estão sendo mais benéficos ou maléficos, devido as percepções influenciarem fortemente os sujeitos a respeito de sua própria saúde, bem como, buscar ou não consultas e serviços médicos, negar ou aludir sinais e sintomas ⁽⁹⁾.

Para a WHO ⁽³⁵⁾ é imprescindível que se inclua as considerações das percepções de qualidade de vida dos pacientes nas decisões de tratamento, na aprovação de novos produtos farmacêuticos, assim como, na avaliação de programas e alocação de recursos, considerando como óbvios os benefícios de se saber essa perspectiva.

Os estudos epidemiológicos, os ensaios clínicos, e outros que envolvem a mensuração da qualidade de vida em doenças crônicas, tem se usufruído dos diversos questionários disponíveis, e em especial e mais amplamente utilizado tem sido as versões elaboradas pelo grupo WHOQOL, devido a sua qualidade e replicabilidade em diversas culturas ⁽³⁶⁾.

O Grupo WHOQOL de início foi constituído por 15 centros colaboradores espalhados pelo mundo todo, que em conjunto desenvolveram dois Instrumentos de Avaliação da Qualidade de Vida o WHOQOL-100 e o WHOQOLBREF ⁽³⁷⁾.

Após esta etapa inicial de elaboração, novos centros foram admitidos, entre eles o do Brasil, coordenado por Marcelo Pio de Almeida Fleck, médico psiquiatra e professor adjunto do Departamento de Psiquiatria e Medicinal Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) ⁽¹⁰⁾.

Em 1998 o grupo WHOQOL publicou a versão em inglês do manual, com intuito de auxiliar na utilização, bem como, na administração, pontuação, além de conter o processo de desenvolvimento completo e as propriedades psicométricas dos instrumentos ⁽⁶⁾.

A partir de então, muitos outros instrumentos foram e estão sendo elaborados pelo Grupo, como por exemplo, o WHOQOL-OLD; WHOQOL-HIV/AIDS, entre outros,

tendo os questionários específicos o objetivo de avaliar as particularidades de uma condição, de uma doença ou agravo, enquanto os genéricos, como WHOQOL-100 e BREF, tendo como principal vantagem a comparação de grupos em diferentes condições clínicas ^{(6) (9) (34)}.

O processo de adaptação e validação para a versão brasileira do WHOQOL-100 se iniciou em 1996 feito por Fleck e colaboradores, seguindo-se rigorosamente todas as etapas e critérios metodológicos elaborados pela WHO ^{(9) (10) (34)}.

Sendo as etapas de tradução, discussão entre grupos focais; desenvolvimento das escalas de respostas, as propriedades psicométricas testadas quanto a consistência interna; validade discriminante; validade de critério; validade concorrente, e a fidedignidade do teste-reteste ^{(9) (34)}.

A amostra brasileira foi composta de 250 pacientes no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, RS, destes 48% eram ambulatoriais e 52% estavam internados, os sujeitos eram originários de quatro áreas médicas: clínica (n=104), cirúrgica (n=65), ginecologia (n=29) e psiquiatria (n=52) ^{(9) (10) (34)}.

Já a amostra de voluntários-controle foi constituída de 50 sujeitos selecionados entre os funcionários da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. As características psicométricas foram estabelecidas a partir da amostra total de 8.294 indivíduos provenientes dos 19 centros do Grupo WHOQOL ^{(9) (10) (34)}.

O instrumento em sua versão em português, o manual de diretrizes para a aplicação em inglês e a sintaxe de análise em linguagem SPSS (Statistical Package of the Social Sciences) podem ser obtidos gratuitamente através do cadastro no site: www.ufrgs.br/psiq.

O WHOQOL-100 é um instrumento de autoavaliação, com fácil compreensão, e composto por cem questões divididas em seis domínios sendo estes: físico; psicológico; nível de independência; relações sociais; meio ambiente e; espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais ⁽¹⁰⁾.

Os domínios por sua vez, são divididos em 24 facetas, e além destas, existe a faceta 25ª que não está inserida em nenhum domínio, e que representa a “Qualidade de vida global e percepção geral da saúde ⁽¹⁰⁾”. Os domínios e suas respectivas facetas estão apresentados em mais detalhes na figura 1:

DOMÍNIOS	FACETAS
Domínio I: domínio físico	1. Dor e desconforto
	2. Energia e fadiga
	3. Sono e repouso
Domínio II – domínio psicológico	4. sentimentos positivos
	5. pensar, aprender, memória e concentração
	6. autoestima
	7. imagem corporal e aparência
	8. sentimentos negativos
Domínio III – nível de independência	9. mobilidade
	10. atividades da vida cotidiana
	11. dependência de medicação ou de tratamentos
	12. capacidade de trabalho
Domínio IV - relações sociais	13. relações pessoais
	14. suporte (apoio) social
	15. atividade sexual
Domínio V - meio ambiente	16. segurança física e proteção
	17. ambiente no lar
	18. recursos financeiros
	19. cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade
	20. oportunidades de adquirir novas informações e habilidades
	21. participação em, e oportunidades de recreação/lazer
	22. ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima)
	23. transporte
Domínio VI - aspectos espirituais/religião/crenças pessoais	24. espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais

Figura 1: Domínios e facetas dos WHOQOL-100
 Fonte: FLECK, et al, 2000.

Quanto a faceta 25^a que não está inclusa na figura 1, ela representa uma autoavaliação da qualidade de vida do respondente sobre sua percepção quanto a satisfação com sua vida, saúde e qualidade de vida em geral (10) (38).

O instrumento WHOQOL-100 têm todas as suas questões fechadas, sendo cada uma respondida a partir de uma escala tipo Likert de cinco pontos, e seus extremos respectivamente representam as porcentagens de 0% a 100%. Além disso, o instrumento também conta com quatro tipos diferentes de escalas de respostas como, intensidade, avaliação, capacidade e frequência ^{(10) (38)}, conforme figura 2.

Escala	0%	25%	50%	75%	100%
Intensidade	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
Avaliação	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
	Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom
	Muito infeliz	Infeliz	Nem feliz nem infeliz	Feliz	Muito feliz
Capacidade	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
Frequência	Nunca	Raramente	Às vezes	Repetidamente	Sempre

Figura 2. Escalas de respostas do WHOQOL-100

Fonte: Pedroso, et al, 2009.

Dada a sua apresentação, é perceptível que se trata de um instrumento de autoavaliação, com fácil compreensão por diversos públicos de leitores e de magnitude transcultural ⁽³⁵⁾, contudo, WHOQOL-100 por muito se defrontou com a dificuldade de sua sintaxe de correção ser disponibilizada pela WHO somente para um software SPSS ⁽³⁸⁾.

Dada a problemática, pesquisadores do Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, do Laboratório de Qualidade de vida da Universidade

Tecnológica Federal do Paraná (UTFPR) criaram e disponibilizaram uma ferramenta gratuita ⁽³⁸⁾.

Os autores ⁽³⁸⁾ ressaltam que o WHOQOL-100 é um dos instrumentos de avaliação de Qualidade de Vida mais utilizados no mundo, contudo a interpretação da sintaxe disponibilizada pelo grupo WHOQOL e o emprego de software pagos são fatores limitantes de sua utilização.

E que almejando suprimir essas limitações no Brasil, descreveram detalhadamente todos os passos da sintaxe, e elaboraram uma ferramenta gratuita para a realização do cálculo e estatística descritiva a partir do software Excel, disponibilizada através da URL: <<http://www.brunopedroso.com.br/bpwhoqol-100.xls>> ⁽³⁸⁾.

Esta ferramenta realiza automaticamente todos os cálculos propostos pelo Grupo WHOQOL ⁽³⁹⁾, tendo o pesquisador que a utiliza apenas atentar-se ao preenchimento correto das respostas concedidas pelo respondente nas células especificadas ⁽³⁸⁾.

A ferramenta foi testada em diversas versões do software excel – 2000, XP e 2007, provando sua compatibilidade em todas, sendo os resultados obtidos idênticos aos da sintaxe proposta pela WHO para o software SPSS ⁽³⁸⁾.

O conhecimento das medidas quantificadas dos domínios físico; psicológico; de independência; relações sociais; ambiente; e espirituais da qualidade de vida presentes nos instrumentos do grupo WHOQOL pode auxiliar no entendimento dos motivos que influenciam o aumento de peso em sujeitos com obesidade ^{(8) (39) (40)}.

Entender a qualidade de vida de pacientes com obesidade é observar a pluralidade envolvida nesta condição, compreendendo que de forma geral do ponto de vista físico, por vezes, estes sujeitos terão um aumento na prevalência de comorbidades, e do nível de dor, como exemplo a síndrome de dor crônica ⁽⁴¹⁾.

Ponderar também que no enquadramento social, no qual eventualmente a beleza física é valorizada e associada ao corpo magro, firme, e esbelto, pode vir a produzir no sujeito com obesidade uma pressão social incômoda, com sensação de inadequação, que poderá provocar dificuldades relacionais e até mesmo o evitamento social ⁽⁴¹⁾.

E, em conjunto, também observar que as alterações da imagem corporal, a desvalorização do auto conceito, diminuição da auto estima, são consequências das

alterações de níveis psicológicos, podendo levar a níveis psiquiátricos de sintomas graves depressivos, ansiosos e outros ⁽⁴¹⁾.

1.3. Personalidade

Além da relevância dos ensaios sobre a percepção da qualidade de vida, há também um crescente interesse em estudos sobre os traços de personalidade ⁽¹¹⁾ ⁽¹²⁾ ⁽¹³⁾ ⁽¹⁴⁾, uma vez que, distúrbios cognitivos, emocionais, e comportamentos inadequados, fazem parte do âmago das dificuldades em controlar o peso ⁽¹³⁾.

A investigação dos estudos da personalidade é em si, uma busca pela qual se pretende adquirir o entendimento da natureza humana, sendo assim, a avaliação da personalidade se faz uma das tarefas mais complexas na psicologia, já que, diferentemente do constructo da Inteligência que é um dos mais sólidos nas ciências humanas, o conceito de personalidade se constituiu a partir de variadas vertentes, e estas, por vezes contraditórias ⁽⁴²⁾.

Das mais importantes linhas de investigação da personalidade atadas a prática médica a partir do século XIX, se apresentaram grandes teóricos tais como: Charcot, Freud, McDougall, Janet, dentre outros, que construíram suas teorias a partir de suas experiências das observações clínicas ⁽⁴³⁾.

Em contraste a essas teorias, surgia uma vertente da psicologia como uma ciência independente e basicamente experimental no final do mesmo século, direcionando sua compreensão a comportamentos observáveis como prestar atenção, perceber, recordar, aprender, decidir ⁽⁴⁴⁾.

Com a expansão das psicologias experimentalistas, a preocupação com a pesquisa empírica aumentava gradativamente ganhando autonomia, e por volta da década de 1930 a busca pela compreensão da personalidade aderiu a prática dos achados colhidos dentro dos laboratórios ⁽⁴³⁾ ⁽⁴⁵⁾, e seus métodos cuidadosamente controlados e replicáveis.

Gordon Allport, fora uma das figuras de muita relevância para a corrente de pensamento psicológico, seus achados derivados em parte de fontes tais como, a psicologia da Gestalt, Willian Stern, Willian James e Willian McDougall, e outros,

demonstrava uma posição sistemática que dissipava e elaborava ideias que evidenciavam a motivação consciente do pensamento ⁽⁴³⁾ ⁽⁴⁶⁾.

A utilização de traços para o estudo da personalidade fora uma sugestão de Allport, e em sua visão, teriam um papel dominante na teoria da personalidade. Para o autor os traços eram reais e existentes em qualquer sujeito, eram determinantes de comportamento e surgiam como resposta a estímulos. Os traços possuíam relação entre si, e por vezes, se sobrepunham mesmo sendo relacionados a qualidades diferentes ⁽⁴³⁾.

Em síntese, a personalidade na visão de Allport era considerada como hereditária, contudo, recebia ademais a influência do meio, com isso, a hereditariedade forneceria a base da personalidade, enquanto que o ambiente moldaria e ampliaria os traços ⁽⁴³⁾ ⁽⁴⁵⁾.

Dada a acentuada importância conferida aos estudos sobre a personalidade humana, tanto em questões teóricas, quanto em empíricas, este conceito foi adquirindo características e rumos próprios, e ao avançar de algumas décadas, a análise fatorial também se tornaria importantíssima para a formulação ⁽⁴⁴⁾.

A lógica fundamental da técnica da análise fatorial de forma concisa é o estudo do comportamento a partir de um grande número de dados objetivos, colhidos a partir de questionários, classificações, testes experimentais, e demais fontes capazes de permitir medidas significativas do comportamento ⁽⁴³⁾ ⁽⁴⁵⁾.

Segundo Hall e Lindzey ⁽⁴³⁾ as principais ideias sobre a análise fatorial foram expostas por Spearman, um notável psicólogo inglês, conhecido por seus estudos sobre as habilidades mentais.

Spearman esclarecia que ao examinar dois testes de habilidades mentais, se deveria encontrar dois tipos de fatores que contribuíssem para a execução de ambos os testes, sendo o primeiro fator considerado um fator geral, e o segundo um fator exclusivo de cada teste ⁽⁴³⁾.

A técnica de Spearman fora revisada por muitos outros pesquisadores, como um instrumento para estudos posteriores e mais complexos, tais como os de Thurstone, Guilford, Stephenson, mas não obstante, fora os estudos de Eysenck e Cattell considerados como sendo os de maiores contribuições para a personalidade, dada a clareza e as aplicações representadas nos esquemas dos autores ⁽⁴³⁾.

Eysenck se convenceu que teoria e experimento deviam caminhar juntos, e sua obra obteve destaque pela capacidade do autor em combinar o uso de técnicas quantitativas dos psicólogos britânicos, com os estudos de personalidade dentro de esquemas psiquiátricos da época ⁽⁴³⁾.

De modo geral, Eysenck tinha a visão da personalidade como sendo definida pela “[...] soma total dos padrões de comportamento do organismo, potenciais e manifestos, determinados pela hereditariedade e pelo meio ⁽⁴³⁾”

Uma das maiores contribuições de Eysenck foram as identificações das dimensões do Neuroticismo e Extroversão como sendo partes essenciais da estrutura da personalidade ⁽⁴⁷⁾, podendo estas em sua concepção serem fatores medidos com a mesma fidelidade e validade com que se media a inteligência ⁽⁴³⁾.

Em suas obras posteriores, Eysenck oriundo de seus estudos das diversas formas de psicose, incluiu um terceiro fator chamado de Psicoticismo. De maneira que ele buscou agrupar os fatores, Psicoticismo, Extroversão e Neuroticismo, ficando então sua teoria conhecida como o sistema PEN ⁽⁴⁷⁾ ⁽⁴⁸⁾.

E para complementar as contribuições da teoria de Eysenck, o inglês Raymond Cattell concordava com sua posição quanto a personalidade ser dada por traços, contudo os autores se diferenciavam na quantidade destes ⁽⁴⁸⁾.

Dada a dúvida substancial da época, quanto a quantidade de traços que refletiriam a estrutura da personalidade, Cattell que fora um influente psicometrista, deu início a sua pesquisa lexical e partindo de suas análises fatorais chegou a uma solução em que propôs 16 fatores constitucionais da personalidade ⁽⁴²⁾ ⁽⁴⁵⁾.

Apesar das dificuldades providas da não existência de softwares avançados naquela época, a pesquisa de Cattell serviu de base fundamental para tantas outras posteriores que se apoiariam na personalidade dos traços ⁽⁴⁵⁾.

Na década de 1940, o psicólogo Donald Winslow Fiske, utilizando das escalas bipolares de Cattell, provaria um ajuste adequado de 16 para cinco fatores, porém seu trabalho “lamentavelmente não teve a repercussão que décadas mais tarde o modelo pentafatorial viria a ter ⁽⁴²⁾”.

Mesmo não sendo tão repercutida naquele momento, as construções de Fisk foram muito importantes nas décadas de 1960 e 1970 para os estudos que estavam

sendo elaborados por Tupes e Cristal, que também se alicerçavam em Cattell e outros teóricos dos traços ⁽⁴²⁾ ⁽⁴⁵⁾.

Já na década de 1980 Digman e Takemoto-Chock, reanalisaram as técnicas de Tupes e Christal, e nesta ocasião com maior sofisticação tecnológica, publicando um artigo que reacenderia o interesse acadêmico sobre o Modelo de Cinco Grandes Fatores da Personalidade – *The Big Five* ⁽⁴²⁾.

Com entusiasmado interesse desta década, os psicólogos estadunidenses Costa e McCrae contribuíram amplamente para os estudos do modelo dos cinco fatores a partir de seu extenso programa de investigações no Centro de Pesquisas de Gerontologia do Instituto Nacional de Saúde em Baltimore ⁽⁴⁵⁾.

Eles deram início ao que seria um dos maiores estudos longitudinais voltados a entender a teoria dos traços da personalidade, bem como, a criação de um instrumento que mensurasse a teoria em diversos contextos ⁽¹⁵⁾.

Inúmeros são os autores que concordam que o *Big Five* não foi desenvolvido a partir de uma teoria, mas sim composto de modo empírico ⁽⁴⁹⁾, sendo um modelo que considera a relação entre herança biológica e experiências pessoais dos sujeitos ⁽⁴⁵⁾ ⁽⁴⁹⁾.

Sendo assim, a teoria dos traços, por vezes, é utilizada com o intuito de resumir, prever e explicar uma conduta, de maneira que a elucidação para o comportamento seja encontrada no sujeito e não na situação, sugerindo assim que exista um processo ou mecanismos internos que produzam o comportamento ⁽¹⁵⁾ ⁽⁴⁶⁾.

Estes comportamentos são relativamente estáveis ao longo da vida, contudo passíveis de mudanças, desta forma os traços de personalidade são “disposições globais e abstratas que resumem as tendências, estilos e preferências dos indivíduos ⁽¹⁵⁾ ⁽⁴²⁾”

A estrutura que contempla o *Big Five*, por vezes, é representada pelo acrônimo O-C-E-A-N, sigla em inglês que indica o nome dos cinco grandes fatores: Abertura (*Openness*); Conscienciosidade (*Conscientiousness*); Extroversão (*Extraversion*); Amabilidade (*Agreeableness*); e Neuroticismo (*Neuroticism*) ⁽⁴²⁾.

Podem ser encontradas na literatura algumas variações de nomenclatura em português dos fatores Amabilidade como Socialização; e Conscienciosidade como

Realização, embora existam discrepância na maneira como os fatores são chamados, as definições são consensuais ⁽⁴⁶⁾.

Baseados nessa premissa McCrae e Costa criaram a primeira versão do instrumento *NEO Personality Inventory* (NEO-PI) publicado em 1985, e após algumas reformulações, em 1991 foi publicado a versão revisada do inventário NEO-PI-R, tendo o instrumento por objetivo identificar e mensurar as diferenças individuais na personalidade ⁽⁴²⁾.

No Brasil os estudos de adaptação e validação do instrumento iniciou-se em 2005 com a pesquisadora Carmen E. Flores-Mendoza ⁽⁴²⁾, sendo verificado pelo sistema de avaliação de testes psicológicos desenvolvido pelo Conselho Federal de Psicologia (SATEPSI) e publicado em 2008.

Segundo Flores-Mendoza ⁽⁴²⁾ desde a década de 1990 o NEO é o instrumento mais utilizado no contexto clínico psicológico, na psiquiatria, na avaliação organizacional e industrial, entre outros, sendo o instrumento de maior aceitação no mundo.

Existem duas versões, o NEO-FFI-R, Inventário de Cinco Fatores NEO Revisado versão curta, composto por 60 itens, apresentando cinco escalas, cada uma com 5 itens; e o NEO-PI-R utilizado para este estudo, que é composto de 240 questões, apresentado por cinco escalas, cada uma com seis facetas, totalizando um conjunto de 35, pontuados individualmente ⁽⁴²⁾.

O manual da versão brasileira apresenta introdução histórica e os fundamentos teóricos-empíricos do NEO, sua construção e validação americana, portuguesa, estudos transculturais que elucidam a estrutura pentafatorial como transcendente aos idiomas e suas variadas formas de linguagem, além da adaptação e validação completa dos instrumentos NEO-FFI-R e NEO-PI-R na versão brasileira ⁽⁴²⁾.

O estudo piloto para a adaptação e validação da versão brasileira feito por Flores-Mendonza e colaboradores ⁽⁴²⁾ utilizou-se das versões americana e portuguesa para a comparação e desenvolvimento da versão experimental aplicada a uma amostra mineira objetivando adequação psicométrica e linguística.

As propriedades psicométricas do NEO foram analisadas a partir da validade do estudo, da estrutura interna dos itens e facetas, análise fatorial, congruência entre as versões, foram analisadas também as validades do constructo e de critérios, assim como a precisão da consistência interna e estabilidade ⁽⁴²⁾.

A normatização foi realizada a partir de uma amostra de 1353 sujeitos, dos estados de Minas Gerais (63,2%), seguido por São Paulo (17,9%), Santa Catarina (9,7%) e demais estados (9,2%) ⁽⁴²⁾.

Apesar da idade amostral ter variado entre 16 e 74 anos, os autores indicam conforme as tabelas normativas disponíveis a variação entre 20 e 60 anos. As recomendações quanto a escolaridade tem por indicação mínima correspondente ao ensino médio completo ⁽⁴²⁾.

O instrumento pode ser aplicado de forma individual ou coletiva, e para facilitar sua execução, o *Livro de Exercícios I* contém todas as instruções necessárias aos participantes em sua primeira página. Não existe tempo limite para responder as questões auto aplicadas, no entanto, considera-se uma duração média de 45 a 60 minutos, tendo como base o estudo da amostra brasileira ⁽⁴²⁾.

O manual clarifica que o instrumento não deve ser utilizado em pessoas com graves alterações do julgamento, da consciência ou do nível intelectual como, por exemplo, demência, psicose e retardo mental ^{(15) (42)}.

Para compreender melhor o significado dos fatores e das facetas da personalidade a partir do NEO-PI-R é importante ressaltar que o constructo em que se baseia o inventário, o *Big-Five*, foi alicerçado a personalidade normal e não a condições psiquiátricas ^{(15) (42) (50)}.

A tendência da avaliação psicológica é que esta faça parte de um processo diagnóstico que vise descobrir psicopatologias, e apesar do NEO-PI-R não ter esta premissa como objetivo, o inventário ainda sim é um instrumento de extrema valia ⁽⁵⁰⁾.

Segundo Costa e McCrae, mais importantes que mensurar uma psicopatologia da personalidade, são as maneiras que o NEO-PI-R pode “ajudar o psicólogo clínico a entender o paciente, selecionar tratamentos apropriados, e antecipar o curso e os resultados da terapia ⁽⁵⁰⁾”.

Buscou-se seguir a ordem do acrônimo somente por conveniência, e todas as descrições a seguir das sínteses dos fatores estão em conformidade com as definições de Costa e McCrae ^{(15) (42) (50)}, respeitando a nomenclatura original em inglês posta em parênteses, seguidos de suas respectivas facetas.

O NEO-PI-R ⁽⁴²⁾ apresenta os desfechos da personalidade de maneira escalar, sendo, baixa, média e alta de acordo com seu *score*, sendo os resultados medianos equivalentes as características comuns, com isso considerou-se expor neste estudo apenas seus extremos, sendo estes mais utilizados para a compreensão das particularidades da personalidade.

O fator Abertura à Experiências (*O - Openness*), quando aumentada aponta para a variedade na execução de tarefas, novas ideias, e no interesse em novas experiências, em seu oposto indica uma postura conservadora com tendências a uma gama mais limitada de interesses ^{(15) (42) (50)}.

Os escores de *O* são modestamente associados com educação e medidas de inteligência, correlacionando-se principalmente ao pensamento divergente, que contribui para a criatividade, contudo, *O* não se equivale ao constructo da inteligência, uma vez que “algumas pessoas muito inteligentes são ‘fechadas’ a experiência e algumas pessoas muito abertas possuem capacidade intelectual limitada ⁽⁴³⁾”. As facetas deste fator no NEO-PI-R são: O1 fantasia; O2 estética; O3 sentimentos; O4 ações variadas; O5 ideias; O6 valores ^{(15) (42) (50)}.

Conscienciosidade (*C - Conscientiousness*), neste fator sujeitos com níveis altos tendem a serem mais persistentes e terem maior determinação em relação a seus compromissos e desígnio para atingir seus objetivos, enquanto um baixo nível de *C* apresenta menor grau de escrupulosidade, e disposição para serem menos exigentes consigo e tarefas a serem executadas. Este fator também é composto pelas seis facetas: C1 competência; C2 ordem; C3 senso de dever; C4 esforço por realizações; C5 autodisciplina; C6 ponderação ^{(15) (42) (50)}.

O fator Extroversão (*E - Extraversion*) vêm sendo muito explorado nos comportamentos relacionados a saúde ⁽⁴⁹⁾, e refere-se à intensidade das relações interpessoais e a busca de estimulação do meio.

Quando *E* está alto o sujeito tende a manter preferências por maiores estimulações sociais e de grupos, enquanto em seu oposto sua postura inclina-se para não impositiva e reservada com menor grau de estimulação pelo social. Na psicologia do traço, a introversão é mais difícil de retratar, pois em alguns aspectos ela deve ser vista mais como uma falta de extroversão do que um antagonista ⁽⁴²⁾. Suas facetas

são: E1 acolhimento; E2 gregarismo; E3 assertividade; E4 atividade; E5 busca de sensações; E6 emoções positivas.

A Amabilidade (*A - Agreeableness*), assim como a Extroversão, é uma dimensão de tendências interpessoais, concerne a predisposição do sujeito a sensibilizar-se diante a situações alheias. Em níveis altos sua propensão está voltada a uma postura mais complacente, enquanto baixa pode demonstrar postura mais cética e um maior nível de desconfiança. Suas facetas são: A1 confiança; A2 franqueza; A3 altruísmo; A4 complacência; A5 modéstia; e A6 sensibilidade ^{(15) (42) (50)}.

E o último fator a ser explanado, mas não menos importante o Neuroticismo (*N - Neuroticism*) dispõe da maior repercussão em estudos da psicologia voltados para a saúde, sendo amplamente associado a paciente com doenças crônicas ⁽⁴⁹⁾.

Sujeitos com *scores* altos de *N* apresentam menor capacidade de suportar frustrações, assim como controlar seus impulsos, enquanto níveis baixos representam menor suscetibilidade ao estresse, sendo este o fator mais profundo da personalidade que contrapõem o ajustamento e o desajustamento emocional ^{(15) (42) (50)}.

Costa e McCrae ^{(15) (42) (50)}, ressaltam a tendência dos sujeitos com altos *scores* em *N* em experimentarem afetos negativos, tais como culpa, medo, vergonha, tristeza, nojo e raiva, sendo estes o âmago do fator. Para os autores, *N* inclui mais do que suscetibilidade ao estresse psicológico, homens e mulheres com este fator aumentado são inclinados a exibir ideias irracionais e serem pouco hábeis em lidar com seus impulsos. Este fator tem por suas facetas: N1 ansiedade; N2 raiva/hostilidade; N3 depressão; N4 embaraço/constrangimento; N5 impulsividade; e N6 vulnerabilidade.

Diante a explanação complexa e detalhada do modelo *Big Five* aliando-as a capacidade deste de resumir, prever e explicar as ações dos sujeitos, muitos pesquisadores estão associando fortemente os traços de personalidade a resultados em saúde ⁽⁵¹⁾, o que em certa medida, colabora com o aumento dos estudos voltados para a compreensão da obesidade a partir desta ótica.

Dessa forma, grande parte desses estudos buscam compreender o papel que os traços de personalidade desempenham em fatores de risco ou proteção do sobrepeso e obesidade ⁽¹⁴⁾; suas contribuições para os comportamentos alimentares ⁽¹²⁾; nos estilos de alimentação e suas escolhas ⁽⁵²⁾; como estão associados a síndrome

metabólica ⁽⁵³⁾; e aos níveis circulantes de leptina ⁽⁵⁴⁾; na escolha de um paciente com obesidade pela busca ou não de cirurgias bariátricas ⁽⁵⁵⁾; entre outros.

1.4 Justificativa

Dada a indispensabilidade de estudos que auxiliem na compreensão global da obesidade devido a seus crescentes números ⁽¹⁾, e considerando a relevância de se avaliar a qualidade de vida na saúde pública ⁽¹⁰⁾, e a influência que os traços de personalidade exercem nos comportamentos ⁽⁵⁰⁾, este estudo se justificou, uma vez que, diante o nosso limite de conhecimento, não foram encontrados estudos anteriores que descrevessem concomitantemente estes dois aspectos, que são influenciado, e influem diretamente na obesidade, além de possibilitar a análises dos dados descritos para a utilização na formulação de futuras intervenções.

2 Objetivo

2.1 Objetivo principal

O principal objetivo deste estudo foi descrever e comparar os de traços de personalidade e percepção da qualidade de vida de pacientes com obesidade grau III que estavam em tratamento clínico e um grupo de sujeitos sem obesidade.

2.2 Objetivo secundário

Buscou-se também verificar se os traços de personalidade, e a percepção da qualidade de vida do ponto de vista dos avaliados, estavam associadas ao peso corporal.

3 Materiais e Métodos

3.1 Aspectos Éticos

A coleta de dados iniciou-se após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) sob parecer 82361418.1.0000.5440 no Ambulatório de Obesidade e Dislipidemia (ODIS) do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto – SP (HCRP).

Todos os participantes foram devidamente instruídos sobre as intenções da pesquisa, tanto verbalmente, quanto efetuaram a leitura e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

3.2 Casuística e recrutamento dos participantes

A composição da amostra deste estudo, dividiu-se em dois grupos, sendo 29 sujeitos com obesidade e 25 sujeitos sem obesidade, totalizando 54 participantes. A coleta de dados ocorreu entre meados de abril de 2018 finalizando-se no início de março de 2020.

O levantamento dos participantes para a formação do grupo com obesidade, ocorreu a partir de pesquisa eletrônica dos prontuários dos pacientes atendidos no ambulatório, sendo na época o total de 487. Destes 458 foram prontamente excluídos devido a dados incompletos, e por não atenderem aos critérios de inclusão como: idade, escolaridade, IMC e outros.

O recrutamento foi efetuado a partir da abordagem dos pacientes previamente selecionados nos dias de suas consultas médicas, às terças-feiras no período da manhã. Quatro pacientes se recusaram em participar, e os 29 que aceitaram o convite responderam os instrumentos na própria sala de atendimento do ambulatório ou em salas próximas.

O grupo sem obesidade foi constituído por sujeitos que entraram em contato com os pesquisadores a partir da divulgação da carta convite publicada por meio de mídias sociais, e em forma de cartazes fixados em locais previamente autorizados como faculdades, igrejas, empresas, etc.

Após o primeiro contato dos 27 voluntários para a formação do grupo sem obesidade com o pesquisador foram agendadas datas, horários, e locais, conforme disponibilidade dos mesmos. Destes dois foram excluídos por não atenderem aos critérios do inventário de personalidade.

Em ambos os grupos foram verificadas e tomadas as precauções necessárias quanto à adequação do local, respeitando condições confortáveis, assim como, silêncio e ambiente protegido visando o sigilo adequado.

Os instrumentos utilizados foram o Inventário de Personalidade Revisado (NEO-PI-R) ⁽⁴²⁾; o instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100) ^{(10) (37)}; e um questionário socioeconômico elaborado pelos pesquisadores. Totalizando um tempo médio de aplicação de 1h30min à 2h para que a pesquisa fosse completada pelos participantes.

3.2.1 Critérios de Inclusão

Os critérios de inclusão para os dois grupos foram sujeitos de ambos os sexos, brasileiros (as), com no mínimo 21 anos e no máximo 55 anos de idade, com nível de instrução mínimo correspondente ao ensino médio completo, tendo ou não comorbidades associadas tais como, hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes melitus, hipotireoidismo.

Os critérios divergentes entre amostras foram para o grupo com obesidade os participantes deveriam ter o diagnóstico médico descrito em seu prontuário de obesidade grau III, isto é, IMC igual ou maior que 40kg/m² e estarem em tratamento por no mínimo seis meses no ambulatório. E para o grupo sem obesidade ter o IMC no intervalo considerado normal, isto é, entre 18.5kg/m² e 24.9kg/m².

3.2.2 Critérios de Não Inclusão

Não foram incluídos na amostra, tanto participantes do grupo com obesidade que tivessem em seus prontuários, quanto os participantes do grupo sem obesidade que referissem doenças psiquiátricas específicas, tais como, esquizofrenia,

demências, e outras incapacitantes, além daqueles que apresentassem sinais perceptíveis de atraso cognitivo e/ou dificuldade de compreensão.

Estas precauções foram tomadas devido ao questionário de personalidade não ser adaptado a este público específico, tendo esta medida a intenção de não comprometer os resultados da amostra.

As únicas doenças psiquiátricas que não fizeram parte dos critérios de não-inclusão foram os diagnósticos médicos de depressão e ansiedade, visto que são condições psicológicas frequentemente encontradas em sujeitos diagnosticados com obesidade ⁽⁶⁰⁾, e não sendo incapacitantes para o preenchimento dos questionários.

No momento da explicação da pesquisa e na leitura do TCLE, foi previamente perguntado aos participantes se tinham algum diagnóstico psiquiátrico, e caso sim, foram solicitados a informar se faziam ou não uso de algum medicamento.

Os pesquisadores analisaram sinais visíveis de comprometimento de atenção, sonolência, e condições psicológicas que poderiam comprometer a pesquisa, assim como se os participantes apresentavam algum tipo de incapacidade de responder perguntas básicas, ou incapacidade de interpretação.

3.2.3 Critérios de Exclusão

Foram excluídos da amostra do grupo de sujeitos sem obesidade (n=02) participantes que tiveram seus questionários de personalidade com critérios de validade não atendidos segundo as normas de correção do manual no NEO-PI-R ⁽⁴²⁾, sendo também os demais questionários descartados. Não houve exclusões na amostra do grupo com obesidade.

3.3 Protocolo de Pesquisa

3.3.1 Medidas antropométricas

As medidas antropométricas de peso e altura para o grupo com obesidade foram retiradas dos prontuários dos participantes, sendo estas, descritas no dia da participação da pesquisa. As aferições foram efetuadas por um profissional qualificado do HCFMRP seguindo os protocolos do ambulatório ODIS.

O peso foi aferido em balança com a aproximação de 100 g (Filizola™, São Paulo, Brasil), e a estatura foi obtida com precisão de 0,5 cm usando-se um estadiômetro de parede (Filizola™, São Paulo, Brasil).

Para as medidas antropométricas de peso e altura do grupo sem obesidade adotou-se para aqueles participantes que foram até o HCFMRP a utilização da mesma balança do grupo com obesidade.

E para aqueles que não puderam comparecer ao HCFMRP e combinaram com os pesquisadores lugares e horários prévios, fora utilizada a balança portátil de marca Gonew modelo RM-BD114 com capacidade de até 180kg com a aproximação de 100g devidamente calibrada com a balança (Filizola™, São Paulo, Brasil) utilizada pelo grupo com obesidade, e para aferição da altura, utilizou-se de fita métrica metálica da marca 3m compatível com o estadiômetro, que no momento da medição fora fixada na parede.

Os dados foram devidamente anotados em campos específicos dos questionários elaborados pelos pesquisadores, sendo o IMC obtido pela relação peso (kg)/ altura (m²), e classificado a partir dos pontos de corte definidos pela WHO ⁽⁶¹⁾

3.3.2 Questionário elaborado pelos pesquisadores

Os questionários elaborados pelos pesquisadores, incorporados ao apêndice deste trabalho, foram confeccionados a partir da literatura atual, sendo duas versões adotadas. Ambas, tiveram por pretensão obter dados pessoais dos participantes, tais como, nome, data de nascimento, estado civil, acrescidos dos socioeconômicos, como renda, profissão, quantidade de filhos, escolaridade e outros.

A versão utilizada para o grupo sem obesidade foi composta pelo total de 22 questões, e a versão para sujeitos com obesidade foi acrescida de 11 questões específicas, como por exemplo, desde quando o sujeito tem obesidade, quais os motivos que o levaram a buscar tratamento clínico, entre outras, tendo um total de 33 questões.

3.3.3 Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde – WHOQOL-100

As informações quanto à percepção da qualidade de vida tanto no grupo com obesidade, quanto no grupo sem obesidade, foram obtidas por meio da aplicação do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde – WHOQOL-100^{(10) (37)}, sendo o instrumento em sua íntegra encontrado no anexo deste estudo.

O WHOQOL-100 é um instrumento de autoaplicação que contém em sua primeira página todas as instruções necessárias ao participante, com fácil compreensão por diversos públicos.

Tem excelência psicométrica e é composto por cem questões divididas em seis domínios: físico; psicológico; nível de independência; relações sociais; meio ambiente e; espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais; sendo estes divididos em 24 facetas, acrescido de uma 25ª faceta que não está inserida em nenhum domínio⁽¹⁰⁾.

Todas as suas questões são fechadas, sendo cada uma respondida a partir de uma escala tipo Likert de cinco pontos, e seus extremos respectivamente representam as porcentagens de 0% a 100%^{(10) (38)}.

Para este estudo o instrumento WHOQOL-100 em sua versão em português, fora adquirido gratuitamente através do cadastro dos pesquisadores no site: www.ufrgs.br/psiq.

Optou-se pela correção do WHOQOL-100 a partir da ferramenta disponibilizada pelos pesquisadores do Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, do Laboratório de Qualidade de vida da Universidade Tecnológica Federal do Paraná (UTFPR)⁽³⁸⁾, dado que, esta realiza cálculo estatístico e descritivo a partir do software

Excel, e está disponível gratuitamente através da URL: <http://www.brunopedroso.com.br/bpwhoqol-100.xls>.

3.3.4 Inventário de Personalidade Revisado - NEO-PI-R

Para a análise dos Cinco Grandes Traços da Personalidade, foi utilizado o Inventário de Personalidade Revisado – NEO-PI-R ⁽⁴²⁾, e por se tratar de um instrumento restrito ao uso do psicólogo, conforme Art. 13 da lei 4.119/62, suas questões não foram divulgadas em sua íntegra devido possibilidade de penalidade.

A aplicação nos grupos seguiu estritamente as instruções contidas no manual do inventário, não sendo utilizado em pessoas com graves alterações do julgamento, da consciência ou do nível intelectual como, por exemplo, demência, psicose e retardo mental ⁽⁴²⁾.

Os grupos responderam ao questionário em sua forma física, através do Livro de Exercícios ⁽⁴²⁾, que contém todas as instruções necessárias aos participantes em sua primeira página, e do livro de aplicação, no qual anotam suas respostas.

O NEO-PI-R é composto de 240 questões, apresentadas por cinco escalas; cada uma com seis facetas, totalizando um conjunto de 35, pontuados individualmente ⁽⁴²⁾. Suas escalas são tipo likert de cinco pontos variando entre (1) discordo fortemente e (5) concordo fortemente.

Não houve exigência quanto a tempo limite para que os participantes respondessem as 240 questões auto aplicadas, porém pode ser observado, nesta amostra, assim como na amostra de normatização ⁽⁴²⁾ que o tempo médio foi de 45 a 60 minutos.

Para a avaliação das respostas preenchidas pelos participantes deste estudo, foi utilizado a plataforma on-line disponibilizada pela editora responsável pelo instrumento, sendo o tempo médio de correção de aproximadamente 15 minutos por participante.

De acordo com a literatura ⁽⁶²⁾ e os autores do inventário ⁽⁴²⁾ os participantes geralmente tendem a responder os questionários de maneira comprometida, contudo,

alguns podem não cooperar da forma esperada, o que influencia diretamente na avaliação dos resultados do teste.

Diante este cenário os autores ⁽⁴²⁾ orientam analisar os critérios de validade para cada inventário aplicado, sendo estes fornecidos a partir da correção informatizada em forma de tabelas antes dos resultados dos fatores e suas facetas.

Esses critérios foram observados em todos os inventários aplicados neste estudo, quanto a quantidade de respostas perdidas; a verificação da validade de respostas a partir dos itens de lembrete, A e B apresentados ao final da folha de respostas; sobre a aquiescência que é a tendência a anuência; sobre a tendência a discordar; e as respostas aleatórias ⁽⁴²⁾.

O NEO-PI-R ⁽⁴²⁾ apresenta os desfechos da personalidade de maneira escalar, sendo, baixa, média e alta de acordo com seu *score*, sendo os resultados medianos equivalentes as características comuns a maior parte dos sujeitos.

Este estudo teve acesso a todas as pontuações dos Cinco Grandes Fatores: Abertura, Conscienciosidade, Extroversão, Amabilidade e Neuroticismo, e suas respectivas facetas, sendo seis para cada grande fator.

3.4 Desenho do estudo

O desenho adotado para este estudo foi transversal, com amostra de conveniência, composta de pacientes que estavam em tratamento clínico por no mínimo seis meses no ambulatório ODIS do HCFMRP da Universidade de São Paulo (USP) e um grupo controle sem obesidade recrutado através de carta convite em redes sociais, e postos fixos autorizados previamente.

3.5 Estatística

A associação entre os grupos com obesidade e sem obesidade e variáveis qualitativas, foi estimada por modelos de regressão logística, sendo gerados *odds ratios* (OR) como medidas de associação, com seus respectivos intervalos de confiança 95% (IC 95%) e valores-p⁽⁶³⁾. Nestes modelos, utilizou-se o sexo e a idade como variáveis de confundimento. Não foram usadas outras variáveis como confundidoras, por limitações do tamanho amostral.

Box-plots, estatísticas descritivas, e a estatística D de Cohen⁽⁶⁴⁾ foram utilizadas para descrever os escores dos instrumentos WHOQOL-100⁽¹⁰⁾ e NEO-PI-R⁽⁴²⁾ para os participantes do grupo sem obesidade e com obesidade. Comparações entre médias populacionais utilizaram o teste *t* de Student para grupos independentes, sendo previamente testada o pressuposto de homocedasticidade entre os grupos. A estatística D de Cohen⁽⁶⁴⁾ é uma medida de tamanho de efeito, dada pela diferença entre dois valores médios, dividida por uma medida de variabilidade dos dados. Valores próximos a 0,2, 0,5 e 0,8, indicam efeitos pequenos, moderados e grandes, segundo Cohen⁽⁶⁴⁾. De acordo com Sawilowsky⁽⁶⁵⁾, valores próximos a 1,2 ou maiores indicam efeitos muito grandes.

Modelos de regressão linear múltipla, considerando os domínios dos instrumentos WHOQOL-100 e NEO-PI-R como variáveis dependentes, foram ajustados com o objetivo de comparações entre as médias dos grupos com obesidade e sem obesidade, com ajustes por possíveis efeitos de confundimento das variáveis sexo, idade, ensino superior, cor da pele e trabalho, não considerado o efeito de sexo para o NEO-PI-R, dado que este instrumento já produz escores padronizados por sexo.

Estes modelos permitiram estimativas do coeficiente de determinação (R^2), interpretados como o percentual de variabilidade da variável dependente explicado pelo conjunto de variáveis independentes⁽⁶⁶⁾. O pressuposto de normalidade de resíduos foi verificado por gráficos de probabilidade normal. Análises de resíduos incluíram ainda verificações do pressuposto de homogeneidade da variância dos resíduos e detecção de valores influentes pela distância de Cook.

Todas as tabulações e análises estatísticas foram conduzidas com o auxílio do programa de domínio público R versão 3.6.2⁽⁶⁷⁾.

4 Resultados

4.1 Características dos participantes

Figura 3: Fluxograma de composição da amostra.

Participaram deste estudo 54 voluntários, sendo 29 pacientes com obesidade grau III em tratamento clínico compondo o grupo com obesidade, e 25 sujeitos sem obesidade. Do grupo com obesidade o peso mínimo foi de 101,2kg e máximo de 256,3kg ($155,74 \pm 33,94$), sendo a média de IMC $53,88\text{kg/m}^2$, enquanto no grupo sem obesidade a média de IMC foi de $22,24\text{kg/m}^2$.

As características do perfil dos voluntários como sexo, idade, cor, e socioeconômico como renda, profissão, quantidade de filhos, escolaridade e, outros estão detalhadas na tabela 1.

Tabela 1. Descrição da amostra ($n = 54$). Dados retirados dos questionários elaborados pelos pesquisadores anexados ao apêndice deste estudo.

Variável	Classe	Controle	Obeso	Total
		n (%)	n (%)	n (%)
Sexo	Feminino	13 (52.0)	14 (48.3)	27 (50.0)
	Masculino	12 (48.0)	15 (51.7)	27 (50.0)
Idade (anos)	20 - 25	9 (36.0)	2 (6.9)	11 (20.4)
	26 - 30	5 (20.0)	4 (13.8)	9 (16.7)
	31 - 35	5 (20.0)	8 (27.6)	13 (24.1)
	36 - 40	1 (4.0)	10 (34.5)	11 (20.4)
	41 - 55	5 (20.0)	5 (17.2)	10 (18.5)
Cor da pele	Amarelo	0	1 (3.4)	1 (1.9)
	Branco	19 (76.0)	18 (62.1)	37 (68.5)
	Indígena	1 (4.0)	1 (3.4)	2 (3.7)
	Pardo	4 (16.0)	8 (27.6)	12 (22.2)
	Preto	1 (4.0)	1 (3.4)	2 (3.7)
Escolaridade	Ensino médio completo	12 (48.0)	25 (86.2)	37 (68.5)
	Superior incompleto	2 (8.0)	2 (6.9)	4 (7.4)
	Superior completo	9 (36.0)	2 (6.9)	11 (20.4)
	Pós-graduação	2 (8.0)	0	2 (3.7)
Trabalho	Não	7 (28.0)	13 (44.8)	20 (37)
	Sim	18 (72.0)	16 (55.2)	34 (63)
Função	Aposentado pensionista	1 (4.0)	5 (17.2)	6 (11.1)
	Desempregado	2 (8.0)	6 (20.7)	8 (14.8)
	Do lar	0	2 (6.9)	2 (3.7)
	Estudante	3 (12.0)	0	3 (5.6)
	Outros	19 (76.0)	16 (55.2)	35 (64.8)
Renda individual	Até um salário	3 (12.0)	11 (37.9)	14 (25.9)
	2 a 3 salários	13 (52.0)	11 (37.9)	24 (44.4)
	4 a 5 salários	4 (16.0)	0	4 (7.4)
	6 ou mais salários	2 (8.0)	0	2 (3.7)
	Nenhuma renda	3 (12.0)	7 (24.1)	10 (18.5)
Estado civil	Casado/amasiado	9 (36.0)	15 (51.7)	24 (44.4)
	Desquitado/divorciado	2 (8.0)	1 (3.4)	3 (5.6)
	Solteiro	14 (56.0)	13 (44.8)	27 (50)

Tabela 1. Descrição da amostra ($n = 54$) (continuação). Dados retirados dos questionários elaborados pelos pesquisadores anexados ao apêndice deste estudo.

Variável	Classe	Controle	Obeso	Total
		n (%)	n (%)	n (%)
Número de filhos	0	19 (76.0)	14 (48.3)	33 (61.1)
	1	2 (8.0)	6 (20.7)	8 (14.8)
	2	4 (16.0)	7 (24.1)	11 (20.4)
	3	0	2 (6.9)	2 (3.7)
Número de moradores	1	2 (8.0)	0	2 (3.7)
	2	10 (40.0)	9 (31.0)	19 (35.2)
	3	4 (16.0)	9 (31.0)	13 (24.1)
	4	4 (16.0)	8 (27.6)	12 (22.2)
	5	5 (20.0)	3 (10.3)	8 (14.8)

Associações entre os grupos com obesidade e sem obesidade e os autorreferidos diagnósticos psiquiátricos, de depressão e de ansiedade, e o uso de medicamentos psiquiátricos estão descritas na tabela 2. Os *odds ratios* mostram a magnitude das associações, ajustadas pelo efeito de sexo e idade, com seus correspondentes intervalos de confiança (IC95%) e valores p .

Estas medidas foram obtidas por modelos de regressão logística, e, por limitações do tamanho amostral, utilizou-se somente o sexo e a idade como variáveis de confundimento. Observa-se maior frequência de voluntários com diagnóstico psiquiátrico ($p = 0.016$), ansiedade ($p = 0.004$) e usuários de medicamentos psiquiátricos ($p = 0.001$) entre participantes do grupo com obesidade.

Tabela 2. Autorreferidos diagnósticos psiquiátricos, de depressão e de ansiedade, e o uso de medicamentos psiquiátricos (n = 54).

Variável	Controle n (%)	Obeso n (%)	Total n (%)	OR (IC95%)	Valor p
Diagnóstico psiquiátrico					
Não	20 (80.0)	13 (44.8)	33 (61.1)	Ref.	
Sim	5 (20.0)	16 (55.2)	21 (38.9)	6.9 (1.6 - 39.1)	0.016
Diagnóstico de depressão					
Não	23 (92.0)	22 (75.9)	45 (83.3)	Ref.	
Sim	2 (8.0)	7 (24.1)	9 (16.7)	3.1 (0.6 - 24.8)	0.226
Diagnóstico de ansiedade					
Não	22 (88.0)	14 (48.3)	36 (66.7)	Ref.	
Sim	3 (12.0)	15 (51.7)	18 (33.3)	9.2 (2.3 - 50.4)	0.004
Medicamentos psiquiátricos					
Nunca usou	21 (84.0)	9 (31.0)	30 (55.6)	Ref.	
Sim	1 (4.0)	16 (55.2)	17 (31.5)	34.5 (5.5 - >100)	0.001
Não usa mais	3 (12.0)	4 (13.8)	7 (13.0)	3.1 (0.5 - 20.1)	0.216

A Tabela 3 exibe as associações entre os grupos com e sem obesidade e o tempo de gestação e tipo de parto. As medidas de *odds ratios* (OR) são ajustadas por sexo e idade. Não há evidências de associações entre estas variáveis.

Tabela 3. Tempo de gestação e tipo de parto (n = 54).

Variável	Controle n (%)	Obeso n (%)	Total n (%)	OR (IC95%)	Valor p
Tempo de gestação					
Termo	18 (72.0)	19 (65.5)	37 (68.5)	Ref.	
Prematuro	2 (8.0)	4 (13.8)	6 (11.1)	3.0 (0.5 - 26.4)	0.264
Não se lembra	5 (20.0)	6 (20.7)	11 (20.4)	1.1 (0.3 - 4.6)	0.899
Tipo de parto					
Parto vaginal	10 (40.0)	11 (37.9)	21 (38.9)	Ref.	
Cesárea	12 (48.0)	15 (51.7)	27 (50)	1.5 (0.4 - 5.5)	0.513
Não se lembra	3 (12.0)	3 (10.3)	6 (11.1)	1.0 (0.1 - 7.4)	0.984

Ambos os grupos foram solicitados a responder à questão quanto a possuir ou não o diagnóstico clínico de: hipertensão; dislipidemia; diabetes; e hipotireoidismo. A Tabela 4 demonstra a associação entre os grupos com e sem obesidade. Observa-se maior associação de hipertensão ($p = 0.001$) e dislipidemia ($p = 0.006$) entre os participantes com obesidade, e que em ambos os grupos não houve evidências de associação para diabetes e hipotireoidismo.

Tabela 4. Diagnóstico autorreferido: hipertensão, dislipidemia, diabetes, hipotireoidismo (n=54).

	Controle	Obeso	Total		
	n (%)	n (%)	n (%)	OR (IC95%)	Valor p
Hipertensão					
Não	24 (96.0)	11 (37.9)	35 (64.8)	Ref.	
Sim	1 (4.0)	18 (62.1)	19 (35.2)	44.3 (6.8 - >100)	<0.001
Colesterol/dislipidemia					
Não	24 (96.0)	15 (51.7)	39 (72.2)	Ref.	
Sim	1 (4.0)	14 (48.3)	15 (27.8)	20.8 (3.5 - >100)	0.006
Diabetes					
Não	25 (100.0)	24 (82.8)	49 (90.7)	Ref.	
Sim	0 (0.0)	5 (17.2)	5 (9.3)	(a)	(a)
Hipotireoidismo					
Não	24 (96.0)	24 (82.8)	48 (88.9)	Ref.	
Sim	1 (4.0)	5 (17.2)	6 (11.1)	10.0 (0.8 - >100)	0.064

(a) Não calculado devido uma frequência igual a zero na tabela de contingência.

Quanto a questão sobre “A Minha situação financeira não atrapalha eu ter uma alimentação saudável”, 86% dos participantes sem obesidade e 51,7% dos participantes com obesidade acreditavam que sim, isto é, que não atrapalha.

Conforme as interpelações específicas para o grupo com obesidade, 31% responderam ter obesidade desde a infância (0 a 11 anos), 31% desde a adolescência (12 a 18 anos) e 37,9% desde adulto (acima dos 18 anos). 62,1% já haviam efetuado tratamentos anteriores ao ambulatório ODIS para a obesidade. 17,2% consideram não ter condições para seguir as recomendações médicas do tratamento clínico, 20,7% foram neutros e 62% acreditaram ter condições.

Conforme as respostas dos pacientes com obesidade sobre a sua relação com os profissionais da saúde envolvidos em seu tratamento, 6,9% foram neutros, 51,7% concordam, e 41,4% concordam fortemente, quanto a ter um bom relacionamento com os profissionais. Quanto a conseguirem emagrecer somente com o tratamento clínico, 10,3% discordo fortemente, 31% discordo, 27,6% foram neutros, e 17,2% concordo, 13% concordam fortemente que irão emagrecer. 65,5% dos pacientes responderam ter interesse em efetuar a cirurgia bariátrica.

4.2 Percepção de qualidade de vida dos grupos

Correlações utilizando r de Pearson entre os domínios da qualidade de vida e o IMC dos participantes foram efetuadas com o intuito de verificar se o peso corporal poderia estar associado a um tipo de percepção de qualidade de vida, contudo, os achados apresentados nas figuras de seis a 13 anexadas ao apêndice deste estudo não revelaram correlações.

No entanto, colaborando com o objetivo principal, observou-se evidências de diferenças significativas na comparação entre as médias da percepção da qualidade de vida entre os participantes com e sem obesidade, em todos os domínios do WHOQOL-100 ($p = 0,04$ e $p = <0,01$) com estatística do D de Cohen indicando valores com efeitos moderados, grandes e muito grandes (0.6; 0.9; 1.2; 1.5; 1.8 e 2.1.) conforme figura 4.

Figura 4. Box-plots, estatísticas descritivas (média e desvio padrão [DP]), estatística D de Cohen e valores p correspondentes ao teste t de Student, para a comparação dos escores dos Domínios do instrumento WHOQOL-100 entre participantes do grupo sem obesidade e grupo com obesidade ($n = 54$).

Observou-se também que a faceta de número 25 que não está inclusa nos domínios, e reflete a autoavaliação da qualidade de vida do respondente sobre sua percepção quanto a satisfação com sua vida, saúde e qualidade de vida em geral, notou-se que os participantes com obesidade apresentaram percepção inferior ($49,4 \pm 20,01$) ao grupo sem obesidade ($75,5 \pm 11,5$) com evidências de diferenças $p < 0,01$ e D de Cohen 1.6.

A Tabela 5 mostra os resultados do ajuste de modelos de regressão linear múltipla considerando os domínios do instrumento WHOQOL-100 como variáveis dependentes, objetivando comparações de médias entre os grupos com e sem obesidade, com ajustes por possíveis efeitos de confundimento das variáveis sexo, idade, ensino superior, cor da pele e trabalho. Para todos os domínios do WHOQOL-100, observou-se evidências de diferenças significativa entre os grupos.

Em adição, notou-se significativa diferença do sexo sobre os escores do domínio psicológico ($p = 0.005$), sendo, em média, escores maiores para os homens. Evidências de diferenças significativa da idade sobre os escores do domínio de independência ($p = 0.012$), sendo que os mais idosos tendem a ter menores escores. E um efeito significativo da idade sobre os escores do domínio de religiosidade ($p = 0.028$), sendo que os mais idosos tendem a ter maiores escores.

Tabela 5. Resultados do ajuste de modelos de regressão linear múltipla considerando os domínios do instrumento WHOQOL-100 como variáveis dependentes ($n = 54$).

Variáveis	Coefficiente	Erro padrão	Valor p	R ²
WHOQOL - Físico				0.412
Intercepto	74.533	9.264	<0.001	
Grupo: obeso x controle	-21.811	4.704	<0.001	
Sexo: masculino x feminino	5.473	4.371	0.217	
Idade (anos)	-0.321	0.224	0.159	
Ensino superior: sim x não	-2.045	5.081	0.689	
Cor da pele: outra x branca	2.198	4.641	0.638	
Trabalho: sim x não	-1.896	4.322	0.663	
WHOQOL - Psicológico				0.410
Intercepto	51.802	7.235	<0.001	
Grupo: obeso x controle	-16.806	3.673	<0.001	
Sexo: masculino x feminino	10.000	3.413	0.005	
Idade (anos)	0.253	0.175	0.156	
Ensino superior: sim x não	0.592	3.968	0.882	
Cor da pele: outra x branca	6.418	3.624	0.083	
Trabalho: sim x não	-1.389	3.375	0.682	
WHOQOL - Independência				0.630
Intercepto	93.460	8.948	<0.001	
Grupo: obeso x controle	-30.018	4.543	<0.001	
Sexo: masculino x feminino	1.909	4.221	0.653	
Idade (anos)	-0.562	0.217	0.012	
Ensino superior: sim x não	-1.781	4.908	0.718	
Cor da pele: outra x branca	3.332	4.482	0.461	
Trabalho: sim x não	6.833	4.174	0.108	
WHOQOL - Relações sociais				0.201
Intercepto	70.327	9.398	<0.001	
Grupo: obeso x controle	-14.243	4.771	0.004	
Sexo: masculino x feminino	2.426	4.434	0.586	
Idade (anos)	0.050	0.228	0.826	
Ensino superior: sim x não	1.501	5.154	0.772	
Cor da pele: outra x branca	2.678	4.707	0.572	
Trabalho: sim x não	-2.922	4.384	0.508	
WHOQOL - Ambiente				0.209
Intercepto	60.740	5.143	<0.001	
Grupo: obeso x controle	-6.812	2.611	0.012	
Sexo: masculino x feminino	2.825	2.426	0.250	
Idade (anos)	-0.001	0.124	0.989	
Ensino superior: sim x não	2.300	2.821	0.419	
Cor da pele: outra x branca	1.521	2.576	0.557	
Trabalho: sim x não	0.099	2.399	0.967	

R²: coeficiente de determinação.

Tabela 5. Resultados do ajuste de modelos de regressão linear múltipla considerando os domínios do instrumento WHOQOL-100 como variáveis dependentes ($n = 54$) (continuação).

Variáveis	Coefficiente	Erro padrão	Valor p	R ²
WHOQOL - Religiosidade				0.185
Intercepto	70.780	8.723	<0.001	
Grupo: obeso x controle	-12.223	4.429	0.008	
Sexo: masculino x feminino	-1.571	4.115	0.704	
Idade (anos)	0.478	0.211	0.028	
Ensino superior: sim x não	-4.996	4.784	0.301	
Cor da pele: outra x branca	1.738	4.369	0.692	
Trabalho: sim x não	1.251	4.069	0.759	
WHOQOL - Total				0.485
Intercepto	67.660	5.711	<0.001	
Grupo: obeso x controle	-16.300	2.899	<0.001	
Sexo: masculino x feminino	4.101	2.694	0.135	
Idade (anos)	-0.045	0.138	0.746	
Ensino superior: sim x não	0.113	3.132	0.971	
Cor da pele: outra x branca	3.321	2.860	0.251	
Trabalho: sim x não	0.418	2.664	0.876	

R²: coeficiente de determinação.

4.3 Traços de personalidade dos grupos

Na comparação entre as médias dos grupos com e sem obesidade para os Cinco Grandes Fatores da Personalidade, conforme demonstrado na figura 5 verificou-se evidências de diferenças apenas para os Fatores Abertura ($p=0,02$) e Conscienciosidade ($p=0,03$), não ocorrendo diferenças para os demais Neuroticismo, Extroversão e Amabilidade.

Figura 5. Box-plots, estatísticas descritivas (média e desvio padrão [DP]), estatística D de Cohen e valores p correspondentes ao teste *t* de Student, para a comparação dos escores dos Fatores do instrumento NEO-PI-R entre participantes do grupo sem obesidade e grupo com obesidade ($n = 54$).

Buscou-se também comparar as médias dos grupos em relação as facetas de cada fator da personalidade, os resultados encontrados foram diferenças nas médias das facetas (O3) sentimentos ($p=0,01$) e (O5) ideias ($p=0,03$) com Cohen 0.8 e 0.6 do Fator Abertura; no fator Conscienciosidade as diferenças foram encontradas nas

facetas (C2) ordem e (C5) autodisciplina respectivamente com ($p=0,04$) e ($p=0,03$) com Cohen 0.6 em ambas.

No fator Extroversão a faceta que apresentou diferença entre os grupos foi a (E6) emoções positivas ($p=0,03$) Cohen 0.6; e no fator Neuroticismo foram as facetas (N5) impulsividade ($p<0,01$) Cohen 1.1 e (N6) vulnerabilidade ($p=0,04$) Cohen 0.6; e as facetas do fator Amabilidade não apresentaram diferenças. As figuras de 15 a 19 dos resultados completos de todas as facetas estão anexadas ao apêndice.

A tabela 6 apresenta os resultados do ajuste de modelos de regressão linear múltipla considerando os fatores do instrumento NEO-PI-R como variáveis dependentes, objetivando comparações das médias entre os grupos com obesidade e sem obesidade, com ajustes por possíveis efeitos de confundimento das variáveis idade, ensino superior, cor da pele e trabalho.

Observa-se que não há diferenças entre as médias dos grupos com e sem obesidade para o fator Extroversão, contudo há evidências de um efeito da idade sobre esta variável ($p = 0.038$), de forma que as pessoas mais velhas tendem a terem maiores escores.

A Figura 5 mostrava evidências de diferença entre as médias do fator Abertura entre os grupos com e sem obesidade ($p = 0.02$), sem ajustes por covariáveis, e a análise por regressão linear evidenciou que esta diferença prevalece quando ajustada pelos efeitos de idade, ensino superior, cor da pele e trabalho ($p = 0.019$).

Ainda na figura 5 mostrou-se evidências de diferença nos grupos com e sem obesidade entre as médias do fator Conscienciosidade ($p = 0.03$), a Tabela 6 não mostra tal evidência quando a comparação é controlada pelos efeitos de idade, ensino superior, cor da pele e trabalho ($p = 0,163$). Quando a variável ensino superior é inserida no modelo, a evidência de diferença entre os grupos não prevalece, o que sugere que as diferenças mostradas na Figura 5 são resultantes de um efeito de escolaridade, isto é, pessoas obesas, na presente amostra, possuem menor escolaridade, conforme Tabela 1.

E quanto aos fatores Neuroticismo e Amabilidade, não há diferenças entre as médias dos grupos com e sem obesidade.

Tabela 6. Resultados do ajuste de modelos de regressão linear múltipla considerando os fatores do instrumento NEO-PI-R como variáveis dependentes ($n = 54$).

Variáveis	Coefficiente	Erro padrão	Valor p	R²
NEO - Neuroticismo				0.145
Intercepto	58.293	6.338	<0.001	
Grupo: obeso x controle	6.045	3.415	0.083	
Idade (anos)	-0.190	0.163	0.251	
Ensino superior: sim x não	4.624	3.513	0.194	
Cor da pele: outra x branca	-4.487	3.274	0.177	
Trabalho: sim x não	-4.338	3.137	0.173	
NEO - Extroversão				0.107
Intercepto	37.792	6.323	<0.001	
Grupo: obeso x controle	-4.089	3.406	0.235	
Idade (anos)	0.346	0.163	0.038	
Ensino superior: sim x não	-2.774	3.504	0.432	
Cor da pele: outra x branca	1.761	3.266	0.592	
Trabalho: sim x não	-2.399	3.129	0.447	
NEO - Abertura				0.159
Intercepto	43.948	5.110	<0.001	
Grupo: obeso x controle	-6.633	2.753	0.019	
Idade (anos)	0.141	0.131	0.287	
Ensino superior: sim x não	-2.172	2.832	0.446	
Cor da pele: outra x branca	-2.383	2.639	0.371	
Trabalho: sim x não	2.105	2.529	0.409	
NEO - Amabilidade				0.016
Intercepto	50.802	6.086	<0.001	
Grupo: obeso x controle	-0.654	3.279	0.843	
Idade (anos)	0.060	0.156	0.701	
Ensino superior: sim x não	1.426	3.373	0.674	
Cor da pele: outra x branca	-1.095	3.144	0.729	
Trabalho: sim x não	0.980	3.012	0.746	
NEO - Conscienciosidade				0.166
Intercepto	50.185	5.541	<0.001	
Grupo: obeso x controle	-4.220	2.985	0.163	
Idade (anos)	0.086	0.142	0.548	
Ensino superior: sim x não	5.523	3.071	0.078	
Cor da pele: outra x branca	-0.870	2.862	0.762	
Trabalho: sim x não	-1.664	2.742	0.546	
R ² : coeficiente de determinação.				

E por fim, com o propósito de analisar se o IMC estaria associado a algum Fator específico, ou com algumas das facetas da Personalidade, efetuou-se correlações de

Pearson apresentadas na figura 14 anexada ao apêndice deste estudo, que não apresentaram associações.

4.4 Considerações sobre o tamanho amostral

Quando estudada a associação entre os grupos com e sem obesidade e as variáveis qualitativas, por modelos de regressão logística, embora os resultados tenham permitido evidenciar medidas de *odds ratios* (OR) significativas em um ponto de vista estatístico (valores *p* menores que 0,05), os correspondentes intervalos de confiança, para muitas variáveis, foram estimados com uma amplitude demasiadamente grande. Isto significa que o tamanho amostral utilizado neste estudo foi grande o suficiente para detectar diferenças entre os grupos segundo algumas variáveis de interesse, mas, por outro lado, bastante pequeno para permitir a estimação de medidas de associação (OR) com razoável precisão.

Quanto às comparações das médias dos Domínios dos instrumentos WHOQOL-100 entre os grupos, os gráficos da Figura 4 mostram um tamanho moderado de efeito (D de Cohen igual a 0,6) para o Domínio Religiosidade e tamanhos grandes ou muito grandes (D de Cohen entre 1,2 a 2,1) para os demais Domínios. Para os fatores Conscienciosidade e Abertura do instrumento NEO-PI-R, a Figura 5 mostra tamanhos moderados de efeito (D de Cohen igual a 0,6 e 0,7, respectivamente).

Utilizando o software GPower versão 3.1.9.7 ⁽⁶⁸⁾, e considerando a comparação entre médias de grupos independentes e um nível de significância de 0,05, uma análise *post hoc* mostra um poder de aproximadamente 0,82 para tamanhos amostrais de 25 e 29 nos grupos sem obesidade e com obesidade, respectivamente, e uma medida de efeito D igual a 0,8 (grande). Para uma medida de efeito D igual a 0,6 (moderada), o poder diminui para 0,58.

Em conclusão, nas comparações das médias dos domínios dos instrumentos, o tamanho amostral utilizado neste estudo (25 sem obesidade e 29 com obesidade) é suficiente nas situações em que existe um grande ou muito grande (D igual ou maior que 0,8) tamanho de efeito.

5 Discussão

A obesidade grau III é definida pelo IMC $\geq 40\text{kg/m}^2$, e é causa de importantes impactos na saúde física e mental, que levam a graves complicações médicas e até mesmo a morte precoce, e com isso, o número de estudos aumentam a cada ano, devido a necessidade de se entender os fatores causadores e suas consequências, além de melhores formulações de tratamentos específicos ^{(29) (69) (70)}.

Atualmente pessoas com obesidade (IMC $\geq 30\text{kg/m}^2$) já representam 20,3% da população total brasileira, e os dados apontam que quanto maior o nível de obesidade, menor é o nível de instrução, isto é, conforme o nível de obesidade diminui é perceptível o aumento do nível de escolaridade, principalmente entre as mulheres ⁽²³⁾.

Também há uma menor prevalência de pessoas com obesidade inseridas no mercado de trabalho, e índices de menores salários conforme o aumento do grau de obesidade, apontando para as diferentes implicações do IMC sobre os salários, indicando as discrepâncias como sendo resultados de menores níveis de instrução, do fato da obesidade impactar diretamente a saúde, implicando deste modo na produtividade desses sujeitos, além também da existência da discriminação, e preconceito ^{(71) (72)}.

Os impactos na saúde mental de sujeitos com obesidade são analisados pelas áreas da psicologia e da psiquiatria, e são perceptíveis o aumento dos problemas emocionais. Apesar de não haver associações diretas entre a obesidade e psicopatologias, pessoas com obesidade grau III tendem a ter risco mais elevado de desenvolver transtornos psiquiátricos como a depressão e a ansiedade ^{(73) (74)}.

E quanto aos impactos na saúde física, diversas comorbidades já estão associadas, tais como, diabetes, doenças hepáticas gordurosas não alcoólicas, refluxo gastroesofágico, pulmonares, distúrbios do sono, cardiovasculares ⁽²¹⁾, entre muitas outras.

Dados recentes apontam que as chances na população brasileira com obesidade de ter hipertensão são 2,8 vezes maiores entre os homens e 2,4 vezes maior entre as mulheres ⁽⁷⁵⁾.

Partindo deste cenário impactante da obesidade tanto na saúde física, quanto psicológica, estudos apontam para a estreita relação entre obesidade e o declínio da

percepção da qualidade de vida ⁽⁸⁾, e para a relação de via dupla entre o peso e funcionamento psíquico, e com isso os traços de personalidade atuam como fator importante no ganho, na perda ou na manutenção do peso ^{(76) (77) (78)}.

O presente estudo com intuito de descrever e comparar a percepção da qualidade de vida e os traços de personalidade, demonstrou que o grupo com obesidade apresentou piores percepções em todos os Domínios e facetas da Qualidade de Vida quando comparados ao grupo sem obesidade.

Também foram perceptíveis diferenças entre os grupos quanto a Personalidade no fator Conscienciosidade e em suas facetas (C2) ordem e (C5) autodisciplina; no fator Abertura e nas suas facetas (O3) sentimentos, e (O5) ideias; na faceta (E6) emoções positivas presente no fator Extroversão, e nas facetas (N5) impulsividade e (N6) vulnerabilidade do fator Neuroticismo.

Faz-se importante a cautela na interpretação dos dados, considerando que este estudo é transversal e com amostra de conveniência, sendo os dados dos participantes do grupo com obesidade restritos a um grupo particular de pacientes de baixa renda que estão em acompanhamento em nível terciário para a obesidade de difícil tratamento e longo prazo, bem como, o não pareamento dos dados do grupo sem obesidade de sujeitos que não estão em tratamento e níveis sociais diferentes.

Porém, a amostra compara-se com a realidade de muitas pessoas com obesidade, visto que a literatura apresenta precedentemente as diferenças socioeconômicas, e níveis educacionais de sujeitos com sobrepeso e obesidade comparados a sujeitos eutróficos ⁽²³⁾, ademais para a intenção da comparação entre medias de grupos independentes o tamanho amostral demonstrou-se suficiente.

A utilização dos dois instrumentos, NEO-PI-R ⁽⁴³⁾ e WHOQOL-100 ⁽³⁹⁾ em sua versão integral, trouxe a possibilidade de uma descrição e comparação vasta e amplificada, uma vez que dão acesso tanto a fatores, quanto as facetas.

Os resultados do instrumento WHOQOL-100 ⁽³⁹⁾ nos possibilitam mensurar a percepção da qualidade de vida dos sujeitos, sendo que esta medida vem se tornando cada vez mais um parâmetro significativo do quão bem ou mal o sujeito se percebe diante a sua posição na vida, no seu contexto social e cultural, com os seus valores, expectativas e preocupações ⁽¹⁰⁾.

O impacto negativo que a obesidade causa na percepção da qualidade de vida, têm sido alvo de diversas investigações em universidades da Suécia, dos Estados Unidos ⁽⁴²⁾, do Brasil e, muitos outros lugares do mundo ⁽⁸⁾.

No presente estudo, a observância dos domínios Físico e de Independência e de suas facetas, observou-se que o grupo com obesidade apresentou piores percepções.

O que compactua com a literatura que evidencia que sujeitos com obesidade tem grande impacto tanto na saúde física, quanto na sua capacidade de ser independente ⁽⁶⁹⁾, não somente pela prevalência de comorbidades, mas também no aumento dos níveis de dor, de inatividade, mobilidade, dificuldade na capacidade de execução de atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos ⁽⁴²⁾.

Além disso, piores percepções também foram notadas no grupo com obesidade para o domínio e facetas do psicológico, tendo escore maior entre os homens, isto é, uma percepção um pouco melhor quando comparados às mulheres.

Ademais, os resultados compactuam com as inferências que sugerem que o aumento do peso, pode emanar a desvalorização da auto imagem, diminuindo, por vezes, a autoestima, além de aumentar as percepções de sentimentos negativos, comprometendo em parte o modo de pensar, aprender, e de se concentrar e memorizar ⁽⁴²⁾ ⁽⁷⁹⁾.

As contribuições do instrumento estendem-se também para a descrição detalhada das percepções das condições afetivas e cognitivas, e os resultados das piores percepções no grupo com obesidade nos domínios de Relações Sociais e Ambiente e suas facetas, remete a consideração que este grupo há uma importante diminuição da sensação de bem-estar, e um aumento da sensação de inadequação social, com consequente degradação da performance relacional ⁽⁴²⁾.

No domínio e nas facetas da Religiosidade, as diferenças entre os grupos com e sem obesidade também permaneceram. Notou-se um importante efeito da idade sobre as pontuações, sendo maior entre os idosos, o que de certo modo era esperado, considerando as pesquisas especializadas na senilidade referem que este grupo passa a dar mais importância à religião, especialmente quando têm alguma doença grave ⁽⁸⁰⁾.

O presente estudo, devido em parte ao tamanho amostral e seu desenho, não apresentou correlações entre o IMC e os domínios e facetas da qualidade de vida, contudo evidenciou em seus resultados significativas diferenças entre as médias dos grupos com e sem obesidade.

Constatando que em geral, a percepção da qualidade de vida dos participantes com obesidade mostrou-se significativamente inferior quando comparado ao grupo sem obesidade, desta forma demonstrando o quanto a obesidade por impactar neste constructo ⁽²⁷⁾.

Sendo assim, o conhecimento da percepção da qualidade de vida de pacientes com obesidade grau III pode ser utilizado como parâmetro para a formulação de intervenções multidisciplinares, que visaram conhecer de forma mais aprofundada não somente o estado físico dos pacientes, mais também os níveis de independência, das relações sociais, seu meio ambiente, aspectos espirituais e psicológicos ^{(9) (10)}.

Contudo, se faz importante não apenas o aprofundamento em como a obesidade pode impactar na qualidade de vida do sujeito ⁽²⁷⁾, mais nos pontos que podem auxiliar em sua implantação e manutenção ⁽⁵²⁾.

E com isso, o mapeamento da personalidade se faz uma ferramenta de grande importância, já que estão intrinsicamente relacionados a resultados em saúde, sendo os traços as características mais intrínsecas e particulares dos sujeitos em seu modo de pensar, sentir e se comportar ⁽⁸¹⁾.

Não conseguimos evidenciar ligações entre o IMC e os traços de personalidade, contudo, isso não é indicativo de não associação, visto que outros estudos com maiores amostras apontam fortemente para associações dos traços de personalidade e o IMC ^{(13) (52)}, desta forma, assinalando que o presente resultado pode ter sido, em parte, afetado pelo modelo e tamanho amostral.

Contudo, nosso tamanho amostral foi suficiente para encontrar e demonstrar diferenças significativas nas médias dos grupos com e sem obesidade com medidas de tamanho de efeitos ⁽⁶⁴⁾ muito relevantes para alguns dos fatores e facetas da personalidade.

A relação entre o funcionamento psicológico e peso, é uma via de mão dupla, na qual o peso influí no funcionamento psíquico, assim como fatores psicológicos também contribuem para mudanças do peso, sendo assim os traços de personalidade

atuam como um fator importante no ganho, na perda ou na manutenção do peso ⁽⁷⁶⁾
⁽⁷⁷⁾ ⁽⁷⁸⁾.

Desta forma, Garrido e colaboradores ⁽⁸²⁾, encontraram diferenças nas facetas do fator Abertura, ao comparar grupos de jovens argentinos, com critérios de anorexia; diagnósticos de bulimia; e com obesidade; à sujeitos sem diagnóstico de transtornos alimentares e sem obesidade.

Nesta pesquisa ⁽⁸²⁾, as facetas (O3) sentimentos, e (O6) valores, apresentaram diferenças significativamente maiores na comparação do grupo controle com o grupo com obesidade, além disso, o grupo controle obteve escores maiores nas facetas (O4) ações variadas quando comparados ao grupo com anorexia e obesidade, e na faceta (O5) ideias o grupo com bulimia apresentou scores mais baixos do que no controle.

Em nosso estudo, os grupos também pontuaram diferente, observando-se escores menores no grupo com obesidade nas facetas (O3) sentimentos e (O5) ideias, podendo ser indicativo de tendências desses sujeitos a apresentarem maiores dificuldades em interessar-se por novas ideias, bem como manterem-se em posturas mais rígidas e conservadoras, dificultando a possibilidade de mudanças ⁽⁴³⁾.

Evidências de diferenças nas médias também foram apresentadas no fator Extroversão, sendo inferiores nos participantes com obesidade, contudo quando controlada pelos efeitos dos confundidores, idade, ensino superior, cor da pele e trabalho, as diferenças não perduraram (conforme tabela 6).

O controle da variável escolaridade fez com que as diferenças não se mantivessem, sugerindo assim, que o resultado foi efeito desta variável, que no grupo com obesidade é menor o tempo de estudo do que no grupo sem obesidade.

Segundo Costa e McCrae ⁽⁵¹⁾, sujeitos conscienciosos, tendem a ter propósitos mais sólidos, com maior força de vontade e determinação. Altas pontuações em Conscienciosidade podem ter dois lados, sendo o lado positivo associado com a realização acadêmica e ocupacional, e o lado negativo, que pode induzir a um estado de alta exigência, limpeza compulsiva ou compulsão pelo trabalho ⁽⁴³⁾.

No grupo com obesidade, observamos scores baixos, o que segundo Costa e McCrae ⁽⁴³⁾ ⁽⁵¹⁾ podem ser indicativos de sujeitos com menores níveis de exigência, mais distraídos, contudo, não necessariamente desprovidos de princípios morais,

sendo que esta baixa pontuação pode ser um dos fatores implicantes nos menores níveis de escolaridade apresentado pelo grupo.

As facetas (C2) ordem e (C5) autodisciplina no grupo com obesidade obtiveram médias inferiores à do grupo sem obesidade, o que pode indicar uma tendência entre estes participantes de serem menos capazes de se organizarem, não serem metódicos, além de possivelmente apresentarem comportamentos de procrastinação para novas tarefas, e de facilmente serem desencorajados e anseiem por desistir, necessitando de graus maiores de motivação ⁽⁴³⁾.

Dos fatores da personalidade a Conscienciosidade é dos traços a que mais se associa à adiposidade, devido possíveis escolhas tomadas no estilo de vida dos sujeitos. Aqueles que têm scores mais altos se apresentam mais disciplinados, aderentes a dietas, e a horários de refeições, atividades físicas, e outros comportamentos que contribuem provavelmente para um peso mais saudável ^{(11) (13)}.

Diferenças nas médias dos grupos do fator Extroversão não foram evidenciadas, contudo, um efeito da idade foi observado sobre esta variável, de forma que pessoas mais velhas obtiveram maiores escores, o que se diferencia da literatura da personalidade, na qual sujeitos mais velhos tendem a ter scores ligeiramente inferiores ^{(43) (51)}.

Extroversão, exprime a busca e a intensidade das relações interpessoais, o quanto o sujeito é estimulado pelo meio, pessoas extrovertidas preferem estar em grupos, são normalmente assertivos, falantes e ativos. Seu oposto, baixos escores, são mais reservados, o que não significa que sejam pouco amigáveis, porém são sujeitos mais independentes e não necessariamente sofrem como os tímidos de ansiedade social, além de não estarem fadados a infelicidade ou tristeza ⁽⁴³⁾.

Das seis facetas: (E1) acolhimento, (E2) gregarismo, (E3) assertividade, (E4) atividade, (E5) busca de sensação, encontramos diferença apenas na (E6) emoções positivas, na qual a menor pontuação foi para o grupo com obesidade, apontando que neste grupo há tendência de os sujeitos serem menos exuberantes e humorados, contrapondo ao grupo sem obesidade e sua pontuação mais alta que pode indicar facilidade em rir, e a tendência de serem mais felizes e otimistas ⁽⁴³⁾.

Pesquisa realizada no Japão ⁽⁸³⁾ sobre personalidade e IMC utilizando-se do Questionário de Personalidade Eysenck, apontou que em homens e mulheres a

Extroversão teve associação positiva com o sobrepeso ($IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$), e inversa com o baixo peso ($IMC < 18.5$), isto é, o grupo com excesso de peso tiveram pontuações maiores no fator.

Já em outro estudo ⁽¹³⁾ com mais da metade da população de quatro cidades na Sardenha, Itália ($N = 5.693$; com idade entre 14-94; $M = 43$; $DP = 17$), não foi encontrada associação entre o IMC e o fator Extroversão, apenas uma pontuação ligeiramente maior na faceta (E3) assertividade para o grupo com excesso de peso ($IMC: 25-30 \text{ kg/m}^2$).

Quando a faceta (E3) está alta, esta representa sujeitos dominantes, vigorosos e ascendentes socialmente, e quando baixa sujeitos que preferem se manter em segundo plano e deixar que os outros falem e apareçam ⁽⁴³⁾.

A literatura aponta que o Neuroticismo é o fator que mais está associado ao peso anormal, tanto para aqueles sujeitos que ficam abaixo do peso ($IMC < 18.5 \text{ kg/m}^2$), quanto para os com sobrepeso ($IMC: 25-29,9 \text{ kg/m}^2$) e obesidade ($IMC > 30 \text{ kg/m}^2$), dispondo estes na maioria dos estudos de altos scores ^{(11) (13) (50) (76) (77) (78) (82)}.

Segundo Costa e McCrae, o Neuroticismo é o contraste entre o ajustamento e o desajustamento emocional, quando este fator está alto, há uma tendência em vivenciar estados emocionais negativos que interferem na adaptação, originando maior suscetibilidade ao estresse e reações desajustadas diante a situações de tensão ^{(43) (51)}.

Neste estudo, foram apresentadas diferenças significativas entre os grupos nas médias das facetas (N5) impulsividade e (N6) vulnerabilidade, sendo mais altas entre os participantes com obesidade.

A faceta (N5) impulsividade, está associada a desejos, como por exemplo à comida, sendo este desejo pelo alimento tão forte que o sujeito não consiga resistir, mesmo sabendo da possibilidade de arrependimento posterior a ingestão ^{(43) (51)}.

Enquanto a faceta (N6) vulnerabilidade, está associada ao estresse, isto é, altos escores resultam na incapacidade de lidar com este sentimento, de modo que estes sujeitos tendem a serem mais dependentes, desesperançosos, podendo entrar em pânico quando enfrentam situações de emergência ^{(43) (51)}.

Em um estudo longitudinal com duração de 50 anos que buscou associar a personalidade e obesidade ao longo da vida, utilizando 14.531 avaliações antropométricas, modelando a trajetória do IMC na idade adulta juntamente a avaliações da personalidade através NEO-PI-R, constatou associação entre neuroticismo alto e IMC, sendo a associação mais forte encontrada na faceta (N5) impulsividade, na qual os participantes que tiveram altos escores pesaram em média 10 quilos a mais do que os que pontuaram baixo ⁽⁸⁴⁾.

Segundo os pesquisadores, a faceta (N5) impulsividade foi fortemente associada a um maior IMC, enquanto que a faceta (N6) vulnerabilidade estava relacionada a um menor IMC. Além disso, participantes com sobrepeso tendiam a se irritar mais rápido, pontuando mais alto na faceta (N2) raiva/hostilidade ⁽⁸⁴⁾.

Uma recente metanálise ⁽⁸⁵⁾ apontou para a comum divergência encontrada nos estudos que buscam um perfil da personalidade associado a obesidade, sendo estas moderadas em grande parte pelas propriedades amostrais.

Os resultados apontam para associações significativas entre maiores IMC com alto Neuroticismo e baixa Conscienciosidade, e ressaltam que em nenhum dos Cinco Grandes Fatores da personalidade todas as facetas foram associadas consistentemente ao IMC, sendo as associações dos fatores impulsionadas em grande parte por facetas específicas ⁽⁸⁵⁾.

Sendo a maioria dessas associações positivas de maior IMC com as facetas (N2) raiva/hostilidade, (N4) embaraço/constrangimento, (N5) impulsividade; (E1) acolhimento, (E3) assertividade e (E6) emoções positivas ⁽⁸⁵⁾.

E associações negativas com as facetas (E4) atividade, (A2) franqueza, (A4) complacência; (C2) ordem, (C3) sendo de dever, (C5) autodisciplina, (C6) ponderação; e (O4) ações variadas, (O6) valores, Todos os tamanhos de efeito foram pequenos em magnitude, com $|r| \leq 0,06$, exceção para a faceta N5: Impulsividade ($r = 0,13$) ⁽⁸⁵⁾.

Com isso, os autores consideram que as associações de um perfil de personalidade ao IMC, estão muito mais baseadas nas facetas do que nos fatores, uma vez que, são elas que impulsionam muitas das associações, devido ao seu poder de replicabilidade independente de tamanho e diversidade amostral, e com isso, a

interpretação das facetas permite um entendimento mais refinado de um perfil da personalidade associado a obesidade ⁽⁸⁵⁾.

Apesar do presente estudo não ter evidenciado associações entre personalidade e IMC, demonstrou diferenças significativas entre as médias dos fatores Abertura e Conscienciosidade, e das facetas (O3) sentimentos, (O5) ideias, (C2) ordem, (C5) autodisciplina, (E6) emoções positivas, (N5) impulsividade e (N6) vulnerabilidade da personalidade entre os participantes com e sem obesidade, com tamanhos de efeitos ⁽⁶⁴⁾ moderados, grandes e muito grandes.

5.1 Limitações do estudo

A pandemia nos trouxe limitações quanto a ampliação do tempo de coleta de dados, devido a possíveis interferências no perfil da personalidade ⁽⁵⁷⁾, e principalmente na percepção da qualidade de vida dos participantes ⁽⁵⁸⁾ ⁽⁶⁰⁾, refletindo diretamente em nosso tamanho amostral, o que possivelmente dificultou as medidas de associações, como OR e Pearson, contudo, nosso tamanho amostral se mostrou suficiente para a diferenciação entre as médias dos grupos com e sem obesidade, e especificidades nos perfis puderam ser vistos.

Outro ponto importante foi a utilização dos instrumentos WHOQOL-100 ⁽³⁹⁾ e NEO-PI-R ⁽⁴³⁾ em suas formas completas, o que nos trouxe obstáculos quanto ao tempo de aplicação que em média foi de 2 horas, mas por outro lado, foi um ponto forte do estudo, pois possibilitou a diferenciação completa dos grupos, não apenas no nível de domínios da qualidade de vida e fatores da personalidade, mas em todas as facetas, o que traz ao estudo uma descrição e diferenciação pormenorizada.

6 Conclusão

Concluimos que os resultados apresentados neste estudo, apesar de não evidenciar associações entre os traços de personalidade e a qualidade de vida com o IMC, cumpriu o seu principal objetivo de descrever e comparar as diferenças entre os grupos. Demonstrando que entre os participantes com obesidade houve uma pior

percepção da qualidade de vida, e que seus traços de personalidade indicam uma maior possibilidade de serem menos meticolosos e exigentes, menos obstinados a atingir metas, e terem preferências por atividades rotineiras e conhecidas, bem como, menor capacidade de lidar com frustrações e conter impulsos.

Desta forma, as diferenças apontadas podem ser ferramentas utilizadas pelos profissionais da saúde no auxílio da delineação e formulações para tratamentos clínicos mais específicos da obesidade grau III.

7 Referências

1. WHO. Obesity and overweight. World Health Organization. [Online].; 2020 [cited 2021 fev 03]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.
2. Eknoyan G. A History of Obesity, or How What Was. *Advances in Chronic Kidney Disease*. 2006 Oct: p. 421-427.
3. Perry BL, Ciciurkaite G. Contributions of personality to social influence: Contingent associations between social network body size composition and BMI. *Social Science & Medicine*. 2019: p. 1-10.
4. Arroyo P. La alimentación en la evolución del hombre: su relación con el riesgo de enfermedades crónico degenerativas. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*. 2008 nov/dic.
5. Pôrto , Kümpel , Castro AMd, Oliveira Md, Alfieri M. Como o estilo de vida tem sido avaliado: revisão sistemática. *Acta Fisiatr*. 2015: p. 199-205.
6. World Health Organization W. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Geneva: World Health Organization, Report of a WHO consultation, Geneva; 1998.
7. ABESO. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica [Diretrizes brasileiras de obesidade]. São Paulo; 2016 [cited ago 2019 21]. Available from: <http://www.abeso.org.br/uploads/downloads/92/57fccc403e5da.pdf>.
8. Tavares B, Nunes S, Santos dO. Obesidade e qualidade de vida: revisão da literatura. *Rev Med Minas Gerais*. 2010 Mar: p. 359-366.
9. Fleck MPdA, et al. A avaliação da qualidade de vida: guia para profissionais da saúde Porto Alegre: Artmed; 2008.
10. Fleck MPdA. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2000; 5(1): p. 33-38.
11. Brummett BH, Babyak MA, Williams RB, Barefoot C, Costa PT, Siegler C. NEO personality domains and gender predict levels and trends in body mass index over 14 years during midlife. *Journal of Research in Personality*. 2006: p. 222-236.

12. Provencher V, Bégin , Gagnon-Girouard MP, Tremblay A, Boivin , Lemieux S. Personality traits in overweight and obese women: Associations with BMI and eating behaviors. *Eating Behaviors*. 2008: p. 294-302.
13. Terracciano A, Sutin AR, McCrae R, Barbara D, Ferrucci L, Schlessinger, et al. Facets of personality linked to underweight and overweight. *Psychosom Med*. 2009 July: p. 682-689.
14. Gerlach G, Herpertz S, Loeber S. Personality traits and obesity: a systematic review. *obesity reviews*. 2015: p. 32-63.
15. McCrae RR, Costa JR. PT. *Personality in adulthood* New York: The Guilford Press; 1990.
16. Haslam D. Obesity: a medical history. *obesity reviews*. 2007 mar 8: p. 31-36.
17. Yach, Stuckler D, Brownell KD. Epidemiologic and economic consequences of the global epidemics of obesity and diabetes. *NATURE MEDICINE*. 2006 Jan: p. 62-66.
18. WHO OMdS. CID10 - 10.^a Revisão da Lista de Classificação Internacional de Doenças. In 10.^a Revisão da Lista de Classificação Internacional de Doenças (CID-10), Adoptada pela 43.^a Assembleia Mundial de Saúde, em 17 de Maio de 1990; 2006; Genebra. p. 7618-7857.
19. Dias PC, Henriques, Anjos Ad, Burlandy L. Obesidade e políticas públicas: concepções e. *Caderno de Saúde Pública*. 2017 july; 33(7).
20. Mendonça, Anjos Ad. Aspectos das práticas alimentares e da atividade física como determinantes do crescimento do sobrepeso/obesidade no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2004 mai/jun: p. 698-709.
21. Andolfi, Fisichella. Epidemiology of Obesity and Associated Comorbidities. *Journal fo Laparoendoscopi & advanced Surgical Tecniques*. 2018.
22. Pereira, Brandão. Uma Perspetiva da Psicopatologia da Obesidade. *Arquivos de Medicina*. 2014: p. 152-159.
23. VIGITEL. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não-transmissíveis. [Online].; 2019 [cited 2019 set 12. Available from: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/julho/25/vigitel-brasil-2018.pdf>.
24. Resende BdM, Pinheiro BP, Paiva VCd, Diogo dC, Navarro F. A importância do exercício físico no pós-operatório da cirurgia bariátrica. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*. 2009 Jul/Ago; v.3(n.16): p. 316-327.
25. PINHEIRO ARdO, FREITAS SFTd, CORSO ACT. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. *Revista de Nutrição*. 2004 out/dez: p. 523-533.
26. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.766 de 13/05/2005. In *Norma Federal - Publicado no DO em 11 jul 2005; 2005; Brasil*.
27. Castanha C, et al. Avaliação da qualidade de vida, perda de peso e comorbidades de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. *Rev Col Bras Cir*. 2018.
28. Zilberstein B, Neto M, Ramos C. O papel da cirurgia no tratamento da obesidade. *Revista Brasileira de Medicina*. 2002 abr; 59(4): p. 258-264.

29. Nonino-Borges CB, Borges RM, Santos Ed. Tratamento clínico da obesidade. Medicina, Ribeirão Preto. 2006 abr/jun; 39(2): p. 246-252.
30. Rocha F, Cattai BP, Nardo CS, Junior N. Tratamento da Obesidade: Possibilidades atuais do procedimento cirúrgico e do convencional. R. da Educação Física. 2009: p. 131-143.
31. Hintze, Cattai BP, Silva Fd, Junior NN. Estágio de prontidão para mudança de comportamento de adolescentes interessados em ingressar no Programa Multiprofissional de Tratamento da Obesidade. Rev Paul Pediatr. 2012: p. 237-43.
32. WHO: World Health Organization. A Glossary of Terms for Community Health Care and Services for Older Persons. Kobe, Japan: World Health Organization, World Health Organization Centre for Health Development; 2004.
33. Abreu Sd, Viana I, Moreno R, Silva Torres AFd. ALIMENTAÇÃO MUNDIAL - UMA REFLEXÃO SOBRE A HISTÓRIA. Saúde e Sociedade. 2001 aug-dec; 10(2).
34. Fleck MPA, et al. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). Rev. Saúde Pública. 1999: p. 198-205.
35. GROUP TW. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the world health organization. Soc Sci Med. 1995 Nov; 41(10): p. 1403-9.
36. Roncada C, Dias P, Goecks, Cidade EF, Pitrez MC. Valor do emprego do questionário WHOQOL-BREF na avaliação da qualidade de vida de pais de crianças com asma. Rev Paul Pediatr. 2015: p. 267-273.
37. WHO WHO. Measuring quality of life the WHO quality of life instruments (The WHOQOL-100 and the WHOQOL-BREF). Programme on mental health. WHO, Division of mental health and prevention of substance abuse; 1997.
38. Pedroso, Pilatti, Dos Reis. Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-100 utilizando o Microsoft Excel. Revista Brasileira de Qualidade de Vida. 2009 jan/jun: p. 23-32.
39. WHOQOL G. THE WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE ASSESSMENT (WHOQOL): POSITION PAPER FROM THE WORLD HEALTH ORGANIZATION. Soc. Sci. Med. 1995: p. 1403-1409.
40. Santos Ad, Carvalho, Chaves dCL, Takamaktsu. Qualidade de vida de pessoas com obesidade grau III: um desafio comportamental. Rev Bras Clin Med. 2012 set/out: p. 384-9.
41. Kolotkin L, Crosby D, Kosloski D, Williams R. Development of a Brief Measure to Assess Quality of Life in Obesity. Obesity Research. 2001 fev.
42. SILVA MPD, JORGE Z, DOMINGUES A, et al. Obesidade e Qualidade de Vida. Acta Med Port. 2006: p. 247-250.
43. Costa Jr P, McCrae R, adaptação portuguesa, Lima P, Simões A. NEO PI-R Inventário de Personalidade Neo Revisado e Inventário de Cinco Fatores NEO revisado NEO-FFI-R [versão curta]. Vetor ed. São Paulo: Vetor; 2010.
44. Hall CS, Lindzey G, [trad] LB. Teorias da Personalidade São Paulo: EPU; 1974.

45. Hall CS, Lindzey, Campbell B, et al. Teorias da Personalidade. 4th ed. Rio de Janeiro: Artmed; 2000.
46. Schultz P, Schultz SE. Teorias da Personalidade. 2nd ed. norte-americana Td9e, editor. São Paulo: Cenage Learning; 2015.
47. Silva B, Nakano dC. Modelo dos Cinco Grandes Fatores da Personalidade: Análise de Pesquisas. Avaliação Psicológica. 2011: p. 51-62.
48. Rebelo A, Leal I. Fatores de personalidade e comportamento alimentar em mulheres portuguesas com obesidade mórbida: Estudo exploratório. Análise Psicológica. 2007: p. 467-477.
49. Sisto F, Oliveira Fd. Traços de personalidade e agressividade: um estudo de evidência de validade. PSIC - Revista de Psicologia da Vetor Editora. 2007 jan/jun: p. 89-99.
50. Thomas V, Castro EKd. Personalidade, comportamentos de saúde e adesão ao tratamento a partir do modelo do Cinco Grandes Fatores: Uma revisão de literatura. Psicologia, Saúde & Doenças. 2012 Jan: p. 100-109.
51. Costa Jr. PT, McCrae RR. Normal Personality Assessment in Clinical Practice: The NEO Personality Inventory. Psychological Assessment. 1992: p. 5-13.
52. Sutin AR, et al. The association between personality traits and body mass index varies with nativity among individuals of Mexican origin. Appetite. 2015: p. 74-79.
53. Keller, Siegrist. Does personality influence eating styles and food choices? Direct and indirect effects. Appetite. 2015: p. 128-138.
54. Sutin AR, Costa Jr. T, Uda, Ferrucci, Schlessinger, Terracciano. Personality and metabolic syndrome. AGE. 2010 jun: p. 513-519.
55. Sutin AR, et al. Personality Traits and Leptin. Psychosom Med. 2013 Jul: p. 505-509.
56. Stenbæk S, et al. Personality characteristics in surgery seeking and non-surgery seeking obese individuals compared to non-obese controls. Eating Behaviors. 2014: p. 595-598.
57. Sutin AR, et al. Change in five-factor model personality traits during the acute phase of the coronavirus pandemic. PLOS ONE. 2020 Aug: p. 1-13.
58. Schmidt, et al. Impactos na Saúde Mental e Intervenções Psicológicas Diante da Pandemia do Novo Coronavírus (COVID-19). Estudos de Psicologia. 2020: p. 1-26.
59. Schimidt, Crepaldi, et al. Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19). Estud. psicol. 2020: p. 1-13.
60. Bezerra CV, Silva EMd, Soares RG, Silva AMd. Fatores associados ao comportamento da população durante o isolamento social na pandemia de COVID-19. Ciência & Saúde Coletiva. 2020: p. 2411-2421.
61. Melca, Fortes S. Obesidade e transtornos mentais: construindo um cuidado efetivo. Revista HUPE. 2014: p. 18-25.
62. Noronha PP, Primi, Alchieri. Parâmetros Psicométricos: uma Análise de Testes Psicológicos Comercializados no Brasil. Psicologia Ciência e Profissão. 2004: p. 88-99.

63. Hosmer Jr DW, Lemeshow S, Sturdivant RX. Applied logistic regression: John Wiley & Sons; 2013.
64. Cohen J. Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences: Routledge; 1988.
65. Sawilowsky S. New effect size rules of thumb. Journal of Modern Applied Statistical Methods. 2009: p. 467-474.
66. Montgomery Dc, Peck EA, Vining GG. Introduction to linear regression analysis: John Wiley & Sons; 2012.
67. Crawley MJ. The R book: John Wiley & Sons; 2012.
68. Erdfelder, Faul, Buchner A. GPOWER: A general power analysis program. Behavior Research Methods, Instruments, & Computers. 1996 mar: p. 1-11.
69. Porto MCV, Brito C, Calfa ADF, Amoras M, Villela NB, Araújo LMB. Perfil do Obeso Classe III do Ambulatório de Obesidade de Um Hospital Universitário de Salvador, Bahia. Arq Bras Endocrinol Metab. 2002 Dezembro.
70. Murara J, Macedo LBd, Liberali R. Análise da eficácia da cirurgia bariátrica na redução de peso corporal e no combate à obesidade mórbida. Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento. 2008 Jan/Fev: p. 87-99.
71. Teixeira D, Diaz DM. Obesidade e o sucesso no mercado de trabalho utilizando a POF 2008-2009. Gestão e Políticas Públicas. 2011: p. 188-209.
72. Alfredo H, Silva-Junior S. Prevalência de excesso de peso entre trabalhadores em esquema de trabalho em turnos fixos. Rev Bras Med Trab. 2016: p. 202-5.
73. Vasques F, Martins FC, Azevedo APd. Aspectos psiquiátricos do tratamento da obesidade. Rev. Psiq. Clin. 2004: p. 195-198.
74. Costa S, Bandeira R, Trentini C, et al. Considerações acerca da avaliação psicológica das comorbidades psiquiátricas em obesos. Psicologia em Estudo. 2009 abr/jun: p. 287-293.
75. Ferreira PdS, Szwarcwald L, Damacena N. Prevalência e fatores associados da obesidade na população brasileira: estudo com dados aferidos da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. REV BRAS EPIDEMIOL. 2019: p. 1-14.
76. Sutin AR, Zonderman AB. Depressive symptoms are associated with weight gain among women. Psychological Medicine. 2012: p. 2351-2360.
77. Jokela M, Hintsanen M, Hakulinen , Batty , Hermann N, et al. Association of personality with the development and persistence of obesity: a meta-analysis based on individual-participant data. Obesity Reviews. 2013: p. 315-23.
78. Laht, Räikkönen K, et al. Trajectories of Physical Growth and Personality Dimensions of the Five-Factor Model. Journal of Personality and Social Psychology. 2013: p. 154-169.
79. Seidl MF, Zannon MLdC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. Cad. Saúde Pública. 2004 mar/abr: p. 580-588.
80. Fleck PA, Chachamovich E, Trentini CM. Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. Rev Saúde Pública. 2003: p. 793-9.

81. Sutin A, Terracciano A. Personality and Obesity. In: Zeigler-Hill V., Shackelford T.K. (eds) *Encyclopedia of Personality and Individual Differences*: Springer; 2020.
82. Garrido S, Funes, Merlo EP, Cupani. Personality traits associated with eating disorders and obesity. *Springer Nature Switzerland*. 2018 July.
83. Kakizaki M, et al. Personality and body mass index: A cross-sectional analysis from the Miyagi Cohort Study. *Journal of Psychosomatic Research*. 2008: p. 71-80.
84. Sutin R, Ferrucci, Zonderman AB, Terracciano A. Personality and Obesity across the Adult Lifespan. *J Pers Soc Psychol*. 2011 Sep: p. 579-592.
85. Vainik, et al. Personality-obesity associations are driven by narrow traits: A meta-analysis. *Obesity Reviews*. 2019 Mar: p. 1-11.

8 Apêndice

8.1 Figuras das correlações dos fatores da qualidade de vida e o IMC dos grupos

Figura 6. Gráfico de correlação de *Pearson* entre o IMC e o Domínio Físico da Qualidade de Vida do WHOQOL- 100 (n = 54).

Figura 7. Gráfico de correlação de *Pearson* entre o IMC e o Domínio Psicológico da Qualidade de Vida do WHOQOL- 100 (n = 54).

Figura 8. Gráfico de correlação de *Pearson* entre o IMC e o Domínio Independência da Qualidade de Vida do WHOQOL- 100 (n = 54).

Figura 9. Gráfico de correlação de *Pearson* entre o IMC e o Domínio Relações Sociais da Qualidade de Vida do WHOQOL- 100 (n = 54).

Figura 10. Gráfico de correlação de *Pearson* entre o IMC e o Domínio do Meio Ambiente da Qualidade de Vida do WHOQOL- 100 (n = 54).

Figura 11. Gráfico de correlação de *Pearson* entre o IMC e o Domínio dos Aspectos Espirituais/ Religião/ Crenças Pessoais da Qualidade de Vida do WHOQOL- 100 (n = 54).

Figura 12. Gráfico de correlação de *Pearson* entre o IMC e o Valor Total dos Domínios da Qualidade de Vida do WHOQOL- 100 (n = 54).

Figura 13. Gráfico de correlação de *Pearson* entre o IMC e a faceta de nº25 – Visão do Avaliado do WHOQOL- 100 (n = 54).

8.2 Figura das correlações entre o IMC e os fatores e facetas da personalidade dos grupos.

Figura 14. Gráfico de correlação de *Pearson* entre o IMC e os fatores e facetas da personalidade NEO-PI-R (n = 54).

8.3 Figuras das comparações entre médias dos grupos com e sem obesidade das facetas da Personalidade NEO-PI-R.

Figura 15. Box-plots, estatísticas descritivas (média e desvio padrão [DP]), estatística D de Cohen e valores p correspondentes ao teste *t* de Student, para a comparação dos escores das facetas do fator Abertura do instrumento NEO-PI-R entre participantes do grupo sem obesidade e grupo com obesidade ($n = 54$).

Figura 16. *Box-plots*, estatísticas descritivas (média e desvio padrão [DP]), estatística D de Cohen e valores p correspondentes ao teste *t* de Student, para a comparação dos escores das facetas do fator Conscienciosidade do instrumento NEO-PI-R entre participantes do grupo sem obesidade e grupo com obesidade ($n = 54$).

Figura 17. *Box-plots*, estatísticas descritivas (média e desvio padrão [DP]), estatística D de Cohen e valores p correspondentes ao teste *t* de Student, para a comparação dos escores das facetas do fator Extroversão do instrumento NEO-PI-R entre participantes do grupo sem obesidade e grupo com obesidade ($n = 54$).

Figura 18. Box-plots, estatísticas descritivas (média e desvio padrão [DP]), estatística D de Cohen e valores p correspondentes ao teste *t* de Student, para a comparação dos escores das facetas do fator Amabilidade do instrumento NEO-PI-R entre participantes do grupo sem obesidade e grupo com obesidade ($n = 54$).

Figura 19. *Box-plots*, estatísticas descritivas (média e desvio padrão [DP]), estatística D de Cohen e valores p correspondentes ao teste *t* de Student, para a comparação dos escores das facetas do fator Neuroticismo do instrumento NEO-PI-R entre participantes do grupo sem obesidade e grupo com obesidade ($n = 54$).

8.4 Termo de consentimento livre e esclarecido ao participante do grupo com obesidade

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Grupo com Obesidade

Prezado (a) Senhor (a) esta pesquisa é sobre: “*Traços de Personalidade e Qualidade de Vida em pacientes obesos grau III*”. E está sendo desenvolvida pela pesquisadora Psicóloga Andressa F. Battigaglia, sob a orientação da Prof.^a DR.^a Vivian M.M. Suen.

Os objetivos deste estudo são avaliar como é a sua personalidade e como o senhor (a) se sente em relação à sua qualidade de vida. A finalidade deste trabalho é contribuir para maiores esclarecimentos sobre a personalidade e a percepção da qualidade de vida dos participantes com obesidade grau III do Ambulatório de Obesidade e Dislipidemia (ODIS) comparados a participantes sem obesidade.

Solicitamos a sua colaboração para responder a três questionários, sendo que o primeiro deles será sobre informações pessoais do senhor (a), tais como: com quem o senhor mora, qual sua idade, renda familiar e individual entre outras questões neste sentido; Já no segundo questionário o senhor (a) responderá a questões sobre sua personalidade; e no terceiro e último questionário o senhor (a) responderá a questões sobre sua qualidade de vida. Para responder aos três questionários o tempo gasto será de no máximo duas horas.

Estando o senhor já presente no Hospital das Clínicas e concordando em participar da pesquisa, o senhor (a) será encaminhado para uma sala de atendimento coletiva nas proximidades do ambulatório de Obesidade e Dislipidemia (ODIS), onde ao mesmo tempo que o senhor (a) estarão mais 10 pessoas que também responderão aos questionários e a pesquisadora ficará junto aos senhores (as) para tirar todas as dúvidas que surgirem.

Também solicitamos a sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo absoluto.

Informamos que os riscos que estão envolvidos na pesquisa ao responder aos três questionários é sentir-se cansado, bem como, pode ocorrer um leve desconforto físico devido ao tempo de no máximo 2 horas em que o senhor ficará sentado, além do possível desconforto de ter que ficar um período maior no Hospital do que o senhor (a) já está acostumado. Os benefícios que o senhor (a) terá participando da pesquisa serão o de conhecer a sua personalidade e como o senhor (a) se sente em relação à sua qualidade de vida.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o (a) senhor(a) não é obrigado (a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela Pesquisadora. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo no Ambulatório de Obesidade e Dislipidemia (ODIS). A pesquisadora estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Andressa F. Battigaglia

Psicóloga CRP: 06/137403

data __/__/____

Assinatura

Considerando, que fui informado(a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Estou ciente que recebi uma via desse documento.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 20

Nome completo

Assinatura do participante

Contato com a Pesquisadora:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para a pesquisadora Andressa F. Battigaglia Telefone: (16) 99249.5606, ou caso haja dúvidas quanto a questões éticas, ligar para o Comitê de Ética do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Telefone: (16) 3602-2228.

8.5 Termo de consentimento livre e esclarecido ao participante do grupo sem obesidade

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Grupo sem obesidade

Prezado (a) Senhor (a) esta pesquisa é sobre: “*Traços de Personalidade e Qualidade de Vida em pacientes obesos grau III*”. E está sendo desenvolvida pela pesquisadora Psicóloga Andressa F. Battigaglia, sob a orientação da Prof.^a DR.^a Vivian M.M Suen.

Os objetivos do estudo são avaliar como é a sua personalidade e como o senhor (a) se sente em relação à sua qualidade de vida. A finalidade deste trabalho é contribuir para maiores esclarecimentos sobre a personalidade e a percepção da qualidade de vida dos pacientes com obesidade grau III do Ambulatório de Obesidade e Dislipidemia (ODIS) efetuando a comparação da personalidade e da qualidade de vida deles com a de pessoas que não são obesas e que estejam com IMC entre 18,5 e 24,9 (normal).

Solicitamos a sua colaboração para responder a três questionários, sendo que o primeiro deles será sobre informações pessoais do senhor (a), tais como: com quem o senhor mora, qual sua idade, renda familiar e individual entre outras questões neste sentido; Já no segundo questionário o senhor (a) responderá a questões sobre sua personalidade; e no terceiro e último questionário o senhor (a) responderá a questões sobre sua qualidade de vida. Para responder aos três questionários o tempo gasto será de no máximo duas horas.

Concordando em participar da pesquisa, o senhor (a) poderá ter que se locomover até o Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto (HC), sendo as despesas decorrentes ao vale transporte custeadas pelos pesquisadores, e estando no Hospital o senhor (a) deverá se direcionar ao Departamento de Obesidade e Dislipidemia (ODIS), e se será encaminhado para uma sala de atendimento coletiva nas proximidades deste ambulatório, onde ao mesmo tempo que o senhor (a) estarão mais 10 pessoas que também responderão aos questionários e a pesquisadora ficará junto aos senhores (as) para tirar todas as dúvidas que surgirem. Em casos que houver a impossibilidade de locomoção do participante ao HC, em comum acordo entre ambas as partes a pesquisadora se locomoverá até o participante em local, data e hora previamente estabelecidos pelas partes, aplicando de forma individual os questionários da pesquisa.

Também solicitamos a sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou

internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo absoluto.

Informamos que os riscos que estão envolvidos na pesquisa ao responder aos três questionários é sentir-se cansado, bem como, pode ocorrer um leve desconforto físico devido ao tempo de no máximo 2 horas em que o senhor ficará sentado, assim como possível que se sinta desconfortável ao estar em uma sala em um Hospital. Os benefícios que o senhor (a) terá participando da pesquisa serão conhecer a sua personalidade e como o senhor (a) se sente em relação à sua qualidade de vida.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o (a) senhor(a) não é obrigado (a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela Pesquisadora. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano. A pesquisadora estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Andressa F. Battigaglia

Psicóloga CRP: 06/137403

data __/__/__

Assinatura

Considerando, que fui informado(a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Estou ciente que recebi uma via desse documento.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 20

Nome completo

Assinatura do participante

Contato com a Pesquisadora:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para a pesquisadora Andressa F. Battigaglia Telefone: (16) 99249.5606, ou caso haja dúvidas quanto a questões éticas, ligar para o Comitê de Ética do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Telefone: (16) 3602-2228.

beneficiário

o

7) Qual a sua renda individual? (marque apenas 1 opção)

1 ()	Nenhuma	2 ()	Até	1	3 ()	De 2 a 3	4 ()	De 4 a 5	5 ()	6 ou mais
			salário			salários		salários		salários
			mínimo			mínimos		mínimos		mínimos

8) Qual é o seu estado civil? (Marque apenas 1 das opções)

1 ()	Solteiro	2 ()	Casado/	3 ()	Divorcia	4 ()	Viúvo
			Amasiado		do/Desq		(a)
			(a)		uitado		
					(a)		

9) Você tem filhos (as) quantos? (Marque apenas 1 opção)

1 ()	Nenhum	2 ()	1 filho (a)	3 ()	2 filhos	4 ()	3 filhos	5 ()	4 filhos
					(as)		(as)		(as) ou
									mais

10) Você mora com: (Marque apenas 1 das opções)

1 ()	Sozinho (a)	2 ()	Companh	3 ()	Compan	4 ()	Familiar	5 ()	Pessoas
			eiro (a)		heiro (a)		es (pais,		sem
			sem filhos		com		irmãos		laços
					filhos		etc.)		sanguíne
									os

11) Ao total quantas pessoas moram junto com você? (marque apenas 1 opção)

1 () Nenhuma 2 () Eu e mais 3 () Eu e 4 () Eu e 5 () Eu e
uma mais duas três mais
quatro ou
mais
pessoas

12) Qual é a renda total de sua família – inclua a sua, caso tenha (marque apenas 1 opção)

1 () Nenhuma 2 () Até 1 3 () De 2 a 3 4 () De 4 a 5 5 () 6 ou mais
salário salários salários salários
mínimo mínimos mínimos mínimos

13) A minha situação financeira **NÃO** atrapalha eu ter uma alimentação saudável (marque apenas 1 das opções)

1 () Discordo 2 () Discordo 3 () Neutro 4 () Concord 5 () Concord
fortemente o o
fortement
e

14) Marque as **DUAS** opções que mais se encaixam na forma como **VOCÊ** nasceu: (marque mais de uma opção)

1 () A termo (37 2 () Prematuro 3 () Cesárea 4 () Parto 5 () Não me
a 42 (abaixo de via lembro/
semanas) 37 vaginal Não sei
semanas) (normal)

15) Você já foi diagnosticado por um médico com algum tipo de distúrbio psiquiátrico? Se for necessário marque mais de uma alternativa.

1 () Não, nunca 2 () Sim, com 3 () Sim, 4 () Sim, 5 () Sim,
fui depressão com com com:

diagnostica

ansieda

esquizof

do(a)

de

renia

16) Você já fez ou faz uso de medicamentos para algum tipo de distúrbio psiquiátrico?

1 () Não, nunca fiz 2 () Já utilizei, e não uso 3 () Sim, faço uso

2 () Já utilizei,
e não uso

3 () Sim,
faço uso

atualment

de:

e

17) Você tem diagnóstico médico de alguma das doenças abaixo? Marque mais de uma opção se necessário

1 () Pressão
Alta
(hipertensão)
o)

2 () Colesterol
(dislipide
mia)

3 () Diabete
s

4 () Hipotire
oidismo

5 () Outra:

6 () Não tenho
diagnostico

18) Tenho interesse em fazer psicoterapia (psicólogo) – Marque apenas uma opção

1 () Sim 2 () Não 3 () Já faço

2 () Não

3 (_) Já faço

19) O que motivou você a buscar o tratamento clínico para obesidade? (Marque apenas 1 opção)

1 (_) Porque
sinto que
sofro
preconceit
o

2 () Melhorar
a minha
saúde

3 () Melhor a
minha
aparênc
ia física

4 () Por
causa
da
minha
família

5 () Outros

20) Você recebe algum tipo de auxílio do governo devido a obesidade? (marque apenas 1 opção)

1 () Sim 2 () Não

21) Você é considerado obeso desde: (Marque apenas 1 opção)

1 () Criança (0 a 11 anos) 2 () Adolescente (12 a 18 anos) 3 () Adulto (acima dos 18 anos)

22) Você começou a engordar por qual motivo? Comente brevemente

23) Antes de iniciar o tratamento clínico para a obesidade no ambulatório do HC, você já havia feito outros tratamentos para a obesidade?

1 () Não, nunca havia feito tratamento antes 2 () Sim, já havia feito tratamento antes

24) Eu acredito que o tratamento para a obesidade pode me ajudar de maneira efetiva trazendo benefícios para a minha vida. (marque apenas 1 opção)

1 () Discordo fortemente 2 () Discordo 3 () Neutro 4 () Concordo 5 () Concordo fortemente

25) Eu tenho todas as condições necessárias para seguir as recomendações médicas do tratamento clínico da obesidade (marque apenas 1 opção)

1 () Discordo fortemente 2 () Discordo 3 () Neutro 4 () Concordo 5 () Concordo fortemente

- 26) Eu tenho uma boa relação com os profissionais da saúde envolvidos no meu tratamento clínico para a obesidade (marque apenas 1 opção)

1 ()	Discordo	2 ()	Discordo	3 ()	Neutro	4 ()	Concord	5 ()	Concord
	fortemente						o		o
									fortement
									e

- 27) Eu entendo as recomendações médicas e as possíveis consequências de não cumpri-las

1 ()	Discordo	2 ()	Discordo	3 ()	Neutro	4 ()	Concord	5 ()	Concord
	fortemente						o		o
									fortement
									e

- 28) Eu tenho apoio dos meus familiares ou amigos para me ajudar a seguir as orientações nutricionais (marque apenas 1 opção)

1 ()	Discordo	2 ()	Discordo	3 ()	Neutro	4 ()	Concord	5 ()	Concord
	fortemente						o		o
									fortement
									e

- 29) Eu considero que conseguirei emagrecer seguindo somente as orientações do tratamento clínico do ambulatório sem precisar fazer cirurgia bariátrica (marque apenas 1 opção)

1 ()	Discordo	2 ()	Discordo	3 ()	Neutro	4 ()	Concord	5 ()	Concord
	fortemente						o		o
									fortement
									e

- 30) Eu tenho interesse em fazer a cirurgia bariátrica (marque apenas 1 opção)

1 (_)	Discordo fortemente		2 (_)	Discordo		3 (_)	Neutro		4 (_)	Concordo		5 (_)	Concordo fortement e
---------	------------------------	--	---------	----------	--	---------	--------	--	---------	----------	--	---------	----------------------------

31) Eu acredito ser muito importante conseguir perder peso (marque apenas 1 opção)

[illegible]

32) Qual a frequência que você faz atividade física (marque apenas 1 opção)

1 ()	Nunca	2 ()	Raramente	3 ()	De 1 a 2	4 ()	De 3 a 4	5 ()	5 ou mais
			e		vezes		vezes		vezes por
					por		por		semana
					semana		semana		

33) Eu prefiro refeições rápidas e práticas (marque apenas 1 opção)

1 (_)	Discordo fortemente	2 (_)	Discordo	3 (_)	Neutro	4 (_)	Concord o	5 (_)	Concord o fortement e
---------	------------------------	---------	----------	---------	--------	---------	--------------	---------	--------------------------------

Obrigada por sua participação!

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 20____

8.7 Questionário elaborado pelos pesquisadores para o grupo sem obesidade

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
 AMBULATÓRIO DE OBESIDADE E DISLIPIDEMIA

QUESTIONÁRIO: Grupo sem obesidade

Nome:

Data nascimento: ____/____/____

2) Cidade que reside:

É importante que responda de forma atenta e verdadeira todas as questões abaixo.
 Em caso de dúvidas solicite auxílio ao pesquisador.

3) Qual é sua cor/raça? (Marque apenas uma opção)

1 () Amarelo 2 () Branco 3 () Indígena 4 () Pardo 5 () Preto

4) Qual é seu peso e sua altura na data de hoje?

Peso kg Altura metros

5) Você trabalha atualmente? (Marque apenas 1 opção)

1 () Sim 2 () Não

6) Qual sua função/ ocupação. Se a opção for a de nº5 informe seu cargo

1 () Do lar 2 () Aposenta 3 () Estudante 4 () Desempregado 5 () Cargo:

do/ te regado

pensionist

a/

beneficiário

o

7) Qual a sua renda individual? (marque apenas 1 opção)

1 ()	Nenhuma	2 ()	Até	1	3 ()	De 2 a 3	4 ()	De 4 a 5	5 ()	6 ou mais
			salário			salários		salários		salários
			mínimo			mínimos		mínimos		mínimos

8) Qual é o seu estado civil? (Marque apenas 1 das opções)

1 ()	Solteiro	2 ()	Casado/ Amasiado (a)	3 ()	Divorcia do/Desq uitado (a)	4 ()	Viúvo (a)
-------	----------	-------	----------------------------	-------	--------------------------------------	-------	--------------

9) Você tem filhos (as) quantos? (Marque apenas 1 opção)

1 ()	Nenhum	2 ()	1 filho (a)	3 ()	2 filhos (as)	4 ()	3 filhos (as)	5 ()	4 filhos (as) ou mais
-------	--------	-------	-------------	-------	------------------	-------	------------------	-------	-----------------------------

10) Você mora com: (Marque apenas 1 das opções)

1 ()	Sozinho (a)	2 ()	Companh eiro (a) sem filhos	3 ()	Compan heiro (a) com filhos	4 ()	Familiar es (pais, irmãos etc.)	5 ()	Pessoas sem laços sanguíne os
-------	-------------	-------	-----------------------------------	-------	--------------------------------------	-------	--	-------	---

11) Ao total quantas pessoas moram junto com você? (marque apenas 1 opção)

1 ()	Nenhuma	2 ()	Eu e mais uma	3 ()	Eu e duas	4 ()	Eu e três	5 ()	Eu e quatro ou mais pessoas
-------	---------	-------	---------------	-------	-----------	-------	-----------	-------	-----------------------------

12) Qual é a renda total de sua família – inclua a sua, caso tenha (marque apenas 1 opção)

1 ()	Nenhuma	2 ()	Até 1	3 ()	De 2 a 3	4 ()	De 4 a 5	5 ()	6 ou mais
			salário		salários		salários		salários
			mínimo		mínimos		mínimos		mínimos

13) A minha situação financeira **NÃO** atrapalha eu ter uma alimentação saudável (marque apenas 1 das opções)

1 ()	Discordo	2 ()	Discordo	3 ()	Neutro	4 ()	Concordo	5 ()	Concordo
	fortemente						o		o
									fortement
									e

14) Marque as **DUAS** opções que mais se encaixam na forma como **VOCÊ** nasceu: (marque mais de uma opção)

1 ()	A termo (37 a 42 semanas)	2 ()	Prematuro (abaixo de 37 semanas)	3 ()	Cesárea	4 ()	Parto via vaginal (normal)	5 ()	Não me lembro/ Não sei
-------	---------------------------	-------	----------------------------------	-------	---------	-------	----------------------------	-------	------------------------

15) Você já foi diagnosticado por um médico com algum tipo de distúrbio psiquiátrico? Se for necessário marque mais de uma alternativa.

1 ()	Não, nunca fui diagnosticado(a)	2 ()	Sim, com depressão	3 ()	Sim, com ansiedade	4 ()	Sim, com esquizofrenia	5 ()	Sim, com: _____
-------	---------------------------------	-------	--------------------	-------	--------------------	-------	------------------------	-------	-----------------

16) Você já fez ou faz uso de medicamentos para algum tipo de distúrbio psiquiátrico?

1 () Não, nunca fiz 2 () Já utilizei, e não uso atualmente e 3 () Sim, faço uso de: _____

17) Você tem diagnóstico médico de alguma das doenças abaixo? Marque mais de uma opção se necessário

1 () Pressão Alta (hipertensão) 2 () Colesterol (dislipidemia) 3 () Diabetes 4 () Hipotireoidismo 5 () Outra: _____

6 () Não tenho diagnóstico

18) Tenho interesse em fazer psicoterapia (psicólogo) – Marque apenas uma opção

1 () Sim 2 () Não 3 () Já faço

19) Eu tenho apoio dos meus familiares ou amigos para me manter no peso atual (marque apenas 1 opção)

1 () Discordo fortemente 2 () Discordo 3 () Neutro 4 () Concordo 5 () Concordo fortemente e

20) Eu acredito ser muito importante conseguir perder peso (marque apenas 1 opção)

1 () Discordo fortemente 2 () Discordo 3 () Neutro 4 () Concordo 5 () Concordo fortemente e

21) Qual a frequência que você faz atividade física (marque apenas 1 opção)

1 ()	Nunca	2 ()	Raramente	3 ()	De 1 a 2	4 ()	De 3 a 4	5 ()	5 ou mais
			e		vezes		vezes		vezes por
					por		por		semana
					semana		semana		

32) Eu prefiro refeições rápidas e práticas (marque apenas 1 opção)

1 ()	Discordo	2 ()	Discordo	3 ()	Neutro	4 ()	Concordo	5 ()	Concordo
	fortemente						o		o
									fortement
									e

Obrigada por sua participação!

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 20

8.8 Modelo de cartaz da divulgação da pesquisa, grupo sem obesidade

CONVITE PARA VOLUNTÁRIOS PARTICIPAREM DE UM ESTUDO SOBRE TRAÇOS DE PERSONALIDADE E QUALIDADE DE VIDA		
PESQUISADORES da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP buscam:		
<ul style="list-style-type: none">* Adultos de ambos os sexos,* Idade entre 21 e 55 anos,* Ter Ensino médio completo. <p>*IMC de 18,5 a 24,9kg/m² (Calculado a partir da fórmula: IMC = peso/altura²).</p>	<p>OBJETIVO: Conhecer os traços de personalidade e a qualidade de vida.</p> <p>Os interessados podem entrar em contato com a pesquisadora:</p>
<p>Psicóloga Andressa Battigaglia</p> <p>Telefone/WhatsApp: (16) 99249.5606</p> <p>(Segunda a sexta-feira das 08h30 às 17h00)</p>

9 Anexo

9.1 Instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde WHOQOL-100

WHOQOL-100
Versão em português
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA

Coordenação do Grupo WHOQOL no Brasil

Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck

Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Porto Alegre- RS - Brasil

Instruções

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

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência **às duas últimas semanas**.

Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

<i>Quanto você se preocupa com sua saúde?</i>				
nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você se preocupou com sua saúde nas últimas duas semanas. Portanto, você deve fazer um círculo no número 4 se você se preocupou "bastante" com sua saúde, ou fazer um círculo no número 1 se você não se preocupou "nada" com sua saúde. Por favor, leia cada questão, veja o que você acha, e faça um círculo no número que lhe parece a melhor resposta.

Muito obrigado por sua ajuda.

As questões seguintes são sobre *o quanto* você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas. Por exemplo, sentimentos positivos tais como *felicidade* ou *satisfação*. Se você sentiu estas coisas "*extremamente*", coloque um círculo no número abaixo de "*extremamente*". Se você não sentiu nenhuma destas coisas, coloque um círculo no número abaixo de "*nada*". Se você desejar indicar que sua resposta se encontra entre "*nada*" e "*extremamente*", você deve colocar um círculo em um dos números entre estes dois extremos. As questões se referem **às duas últimas semanas**.

F1.2 Você se preocupa com sua dor ou desconforto (físicos)?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F1.3 Quão difícil é para você lidar com alguma dor ou desconforto?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F1.4 Em que medida você acha que sua dor (física) *i* mpede você de
fazer o que você precisa?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F2.2 Quão fácil
nada

Quanto tempo você fica cansa		do(a)?	muito		bastante		extremamente	
pouco		mais ou menos						
1		2	3		4		5	

F2.4 O quanto vo
c

ê se sente incomod	ado(a) pelo cansaço ?			
nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente

	1	2	3	4	5
F3.2	Você tem al nada	uma dificuldade pa ono)?	ra dormir (com o s muito pouco mais ou menos	bastante	extremamente
	1	2	3	4	5
F3.4	O quanto alg nada	um problema com ? muito pouco	o sono lhe preocupa mais ou menos	bastante	extremamente
	1	2	3	4	5
F4.1	O quanto voc nada	ê aproveita a vida? mais ou menos	muito pouco	bastante	extremamente
	1	2	3	4	5
F4.3	Quão otimista você se sente em relação ao futuro?				
	nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
	1 O quanto nc	2	3	4	5
F4.4		ê experimenta senti	mentos positivos e	m sua vida?	
	nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
	1 O quanto nc	2	3	4	5
F5.3		ê consegue se conc	entrar?		
	nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
	1 O quanto o	2	3	4	5
F6.1		ê se valoriza?			
	nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
	1	2	3	4	5
F6.2	Quanta conf	iança você tem em	si mesmo?		
	nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente

	1	2	3	4	5
F7.2	Você se sente inibido(a) por sua aparência?				
	nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
F7.3	1 Há alguma coisa em sua aparência que faz você não se sentir bem?	2	3	4	5
	nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
	1 Quanto reocorre?	2	3	4	5
F8.2	Quanto tempo você se sente assim?				
	nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
	1	2	3	4	5

F8.3 Quanto algum sentimento de tristeza ou depressão interfere no seu dia-a-dia?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F8.4 O quanto algum sentimento de depressão lhe incomoda?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F10.2 Em que medida você tem dificuldade em exercer suas atividades do dia-a-dia?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F10.4 Quanto você se sente incomodado por alguma dificuldade em exercer as atividades do dia-a-dia?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F11.2 Quanto você precisa de medicação para levar a sua vida do dia -a-dia?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F11.3 Quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F11.4 Em que medida a sua qualidade de vida depende do uso de medicamentos ou de ajuda médica?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F13.1 Quão sozinho você se sente em sua vida?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F15.2 Quão satisfeitas estão as suas necessidades sexuais?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F15.4 Você se sente incomodado(a) por alguma dificuldade na sua vida sexual?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F16.1 O quanto você se sente em segurança em sua vida diária?

nada muito pouco mais ou menos bastante extremamente

1 2 3 4 5

F16.2 Você acha que vive em um ambiente seguro?

nada muito pouco mais ou menos bastante extremamente

1 2 3 4 5

F16.3 O quanto você se preocupa com sua segurança?

nada muito pouco mais ou menos bastante extremamente

1 2 3 4 5

F17.1 Quão confortável é o lugar onde você mora?

nada muito pouco mais ou menos bastante extremamente

1 2 3 4 5

F17.4 O quanto você gosta de onde mora?

nada muito pouco mais ou menos bastante extremamente

1 2 3 4 5

F18.2 Você tem dificuldades financeiras?

nada muito pouco mais ou menos bastante extremamente

1 2 3 4 5

F18.4 O quanto você se preocupa com o dinheiro?

nada muito pouco mais ou menos bastante extremamente

1 2 3 4 5

F19.1 Quão facilmente você tem acesso a bons cuidados médicos?

nada muito pouco mais ou menos bastante extremamente

1 2 3 4 5

F21.3 O quanto você aproveita o seu tempo livre?

nada muito pouco mais ou menos bastante extremamente

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

F22.1 Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos) ?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F22.2 Quão preocupado(a) você está com o barulho na área que você vive?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F23.2 Em que medida você tem problemas com transporte?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F23.4 O quanto as dificuldades de transporte dificultam sua vida?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre *quão completamente* você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas. Por exemplo, atividades diárias tais como lavar-se, vestir-se e comer. Se você foi capaz de fazer estas atividades *completamente*, coloque um círculo no número abaixo de "*completamente*". Se você não foi capaz de fazer nenhuma destas coisas, coloque um círculo no número abaixo de "*nada*". Se você desejar indicar que sua resposta se encontra entre "*nada*" e "*completamente*", você deve colocar um círculo em um dos números entre estes dois extremos. As questões se referem **às duas últimas semanas**.

F2.1 Você tem energia suficiente para o seu dia -a-dia?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
------	-------------	-------	-------	---------------

1	2	3	4	5
F7.1 Você é capaz de aceitar a sua aparência física?	de aceitar a sua aparência física?	médio	muito	completamente

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

F10.1 Em que medida você é capaz de desempenhar suas atividades diárias?

nada muito pouco médio muito completamente

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

F11.1 Quão dependente você é de medicação?

muito pouco médio muito completamente

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

F14.1 Você consegue dos outros o apoio que necessita?

muito pouco médio muito completamente

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

F14.2 Em que medida você pode contar com amigos quando precisa deles?

nada muito pouco médio muito completamente

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

F17.2 Em que medida as características de seu lar correspondem às suas necessidades?

nada muito pouco médio muito completamente

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

F18.1 Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?

nada muito pouco médio muito completamente

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

G3 Em geral, quão	satisfeito(a) você			
muito	insatisfeito	está com a sua vida?		
insatisfeito		nem satisfeito nem	satisfeito	muito satisfeito
		insatisfeito		
1	2	3	4	5

G4 Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?

muito	insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem	satisfeito	muito satisfeito
			insatisfeito		
1	2	3	4	5	

F2.3 Quão satisfeito(a) você está com a energia (disposição) que você tem?

muito	insatisfeito	nem satisfeito	satisfeito	muito satisfeito
insatisfeito		nem insatisfeito		
1	2	3	4	5

F3.3 Quão satisfe	to(a) você está co	o seu sono?		
muito	insatisfeito	nem satisfeito nem	satisfeito	muito satisfeito
insatisfeito		insatisfeito		
1	2	3	4	5

F5.2 Quão satisfeito(a) você está com a sua capacidade de aprender novas in
formações?

muito	insatisfeito	nem satisfeito	satisfeito	muito satisfeito
insatisfeito		nem insatisfeito		
1	2	3	4	5

F5.4 Quão satisfei	o(a) você está com	omar decisões?		
muito	insatisfeito	sua capacidade de t	satisfeito	muito satisfeito
insatisfeito		nem satisfeito nem		
		insatisfeito		
1	2	3	4	5

F6.3 Quão satisfeito(a) você está com o seu peso mesmo?
 muito insatisfeito insatisfeito nem satisfeito nem insatisfeito satisfeito muito satisfeito

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

F6.4 Quão satisfeito(a) você está com suas capacidades?
 muito insatisfeito insatisfeito nem satisfeito nem insatisfeito satisfeito muito satisfeito

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

F7.4 Quão satisfeito(a) você está com a aparência de seu corpo?
 muito insatisfeito insatisfeito nem satisfeito nem insatisfeito satisfeito muito satisfeito

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

F10.3 Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?

muito insatisfeito insatisfeito nem satisfeito nem insatisfeito satisfeito muito satisfeito

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

F13.3 Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?

muito insatisfeito insatisfeito nem satisfeito nem insatisfeito satisfeito muito satisfeito

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

F15.3 Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?
 muito insatisfeito insatisfeito nem satisfeito nem insatisfeito satisfeito muito satisfeito

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

F14.3 Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de sua família?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F14.4 Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F13.4 Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de dar apoio aos outros?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F16.4 Quão satisfeito(a) você está com com a sua segurança física (assaltos, incêndios, etc.)?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F 17.3 Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F18.3 Quão satisfeito(a) você está com sua situação financeira?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F19.3 Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F19.4 Quão satisfeito(a) você está com os serviços de assistência social?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F20 .3 Quão satisfeito(a) você está com as suas oportunidades de adquirir novas habilidades?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F20.4 Quão satisfeito(a) você está com as suas oportunidades de obter novas informações?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F21.4 Quão satisfeito(a) você está com a maneira de usar o seu tempo livre?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F22.3 Quão satisfeito(a) você está com o seu ambiente físico (poluição, clima, barulho, atrativos)?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F22.4 Quão satisfeito(a) você está com o clima do lugar em que vive?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F23.3 Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F13.2 Você se sente feliz com sua relação com as pessoas de sua família?

Muito infeliz	infeliz	ação com as pessoas nem feliz nem infeliz	feliz	muito feliz
1	2	3	4	5

G1 Como você avaliaria sua qualidade de vida?

muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	2	3	4	5

F15.1 Como você avaliaria sua sexualidade?

Muito ruim	vida ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	2	3	4	5

F3.1 Como você avaliaria o seu sono?

Muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
------------	------	------------------	-----	-----------

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

F5.1 Como você avaliaria sua memória?

Muito ruim	ruim	nem ruim boa	nem boa	boa	muito boa
1	2	3	4	5	

F19.2 Como você avaliaria a qualidade dos serviços de assistência social disponíveis para você?

Muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a "*com que frequência*" você sentiu ou experimentou certas coisas, por exemplo, o apoio de sua família ou amigos ou você teve experiências negativas, tais como um sentimento de insegurança. Se, nas duas últimas semanas, você não teve estas experiências de nenhuma forma, circule o número abaixo da resposta "nunca". Se você sentiu estas coisas, determine com que frequência você os experimentou e faça um círculo no número apropriado. Então, por exemplo, se você sentiu dor o tempo todo nas últimas duas semanas, circule o número abaixo de "sempre". As questões referem-se **às duas últimas semanas**.

F1.1 Com que frequência você sente dor (física)?

Nunca	raramente	às vezes	repetidamente	sempre
1	2	3	4	5

F4.2 Em geral, você se sente contente?

Nunca	raramente	às vezes	repetidamente	sempre
1	2	3	4	5

F8.1 Com que frequência você tem sentimentos negativos, tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?

Nunca	raramente	às vezes	repetidamente	sempre
1	2	3	4	5

As questões seguintes se referem a qualquer "*trabalho*" que você faça. *Trabalho* aqui significa qualquer atividade principal que você faça. Pode incluir trabalho voluntário, estudo em tempo integral, cuidar da casa, cuidar das crianças, trabalho pago ou não. Portanto, *trabalho*, na forma que está sendo usada aqui, quer dizer as atividades que você acha que tomam a maior parte do seu tempo e energia. As questões referem-se **às últimas duas semanas**.

F12.1 Você é capaz de trabalhar?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F12.2 Você se sente capaz de fazer as suas tarefas?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F12.4 Quão satisfeito(a) você está com a sua capacidade para o trabalho?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F12.3 Como você avaliaria a sua capacidade para o trabalho?

muito ruim	ruim	capacidade para o trabalho nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre "*quão bem você é capaz de se locomover*" referindo-se às duas últimas semanas. Isto em relação à sua habilidade física de mover o seu corpo, permitindo que você faça as coisas que gostaria de fazer, bem como as coisas que necessita fazer.

F9.1 Quão bem você é capaz de se locomover?

muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
------------	------	------------------	-----	-----------

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

F9.3 O quanto alguma dificuldade de locomoção lhe incomoda?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F9.4 Em que medida alguma dificuldade em mover -se afeta a sua vida no dia - a-dia?

Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F9.2 Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de se locomover?

Muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se às suas *crenças pessoais*, e o quanto elas afetam a sua qualidade de vida. As questões dizem respeito à religião, à espiritualidade e outras crenças que você possa ter. Uma vez mais, elas referem-se **às duas últimas semanas**.

F24.1 Suas crenças pessoais dão sentido à sua vida?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F24.2 Em que medida você acha que sua vida tem sentido?

Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F24.3 Em que medida suas crenças pessoais lhe dão força para enfrentar dificuldades?

Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F24.4 Em que medida suas crenças pessoais lhe ajudam a entender as dificuldades da vida?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

9.2 Inventário da Personalidade Revisado – NEO-PI-R

Por se tratar de um instrumento restrito ao uso do psicólogo, conforme Art. 13 da lei 4.119/62, e sendo proibida a reprodução total ou parcial da publicação do manual do NEO, por qualquer meio existente e para qualquer finalidade, sem autorização por escrito dos editores, inclusive informatizar, suas questões não serão divulgadas neste estudo devido a possibilidade de penalidade.