
1 INTRODUÇÃO

1.1- Obesidade: Aspectos Clínicos e Epidemiológicos

A obesidade pode ser definida como uma doença crônica, resultante do acúmulo anormal ou excessivo de gordura corporal sob a forma de tecido adiposo, resultando graves prejuízos à saúde (World health organization - WHO, 2000). Doença de alto custo, de evolução crônica, recorrente, de caráter epidêmico, responsável por elevadas taxas de mortalidade e morbidade, a obesidade tem atravessado fronteiras e afetado milhões de pessoas em todo o mundo, sem respeitar idade e sexo.

Obesidade refere-se a uma norma de peso acima do qual o indivíduo começa a apresentar prejuízos somáticos, psicológicos e sociais.

Segundo Barros (1990) e Pizzinato (1992), a obesidade é fortemente influenciada pelos aspectos sócio-culturais e causada por múltiplos fatores, tais como: genéticos, neuroendócrinos, metabólicos, dietéticos, ambientais, sociais, familiares e psicológicos. O Consenso Latino Americano sobre Obesidade (Associação brasileira para o estudo da obesidade - Abeso, 2000), parece ir nessa mesma direção. No consenso é afirmado que os genes têm um papel importante na obesidade, mas o que determina em última instância que a pessoa seja ou não obesa é a interação com o ambiente. Mostra ser possível reduzir a influência e a suscetibilidade genética, efetuando modificações favoráveis no macro ambiente sócio-econômico, cultural, educativo e no micro ambiente individual, familiar e

comunitário onde a pessoa vive. Assim, ainda que exista um componente de suscetibilidade genética para a obesidade, é possível que as pessoas não se tornem obesas se viverem em um ambiente com pouca disponibilidade de alimentos, capacidade aquisitiva baixa e estilo de vida ativo.

Os autores citados também reconhecem os fatores psicológicos relacionados com a etiopatogenia da obesidade. Para eles, as perturbações emocionais desencadeiam episódios de superalimentação. A comida pode ter um papel compensatório, fazendo com que certos indivíduos comam mais quando estão ansiosos ou deprimidos, ou ainda quando têm poucos recursos psicológicos para lidar com o estresse.

De acordo com Campos (1995), a alimentação pode funcionar como alívio da ansiedade, tamponamento da angústia e resolução momentânea do problema. Para o autor, estes comportamentos são aprendidos nas primeiras relações mãe-bebê, onde diferentes tipos de choro e comunicações não verbais do bebê são entendidas pela mãe somente como fome, tendo como resposta o alimento. Assim, o bebê vai aprendendo a resolver seus variados desconfortos através da ingestão de alimentos. Esta dificuldade de comunicação entre a dupla mãe-bebê, pode dificultar prematuramente a vivência afetiva, dificultando que o bebê desenvolva mecanismos de diferenciação entre sinais de desconforto físico, sensações de fome, saciedade e outros estados afetivos.

Em relação aos aspectos epidemiológicos Gayoso et al. (1999), afirmam que nos países industrializados, a obesidade é a doença nutricional de maior prevalência na população adulta, variando de 10% a 50%, assumindo

proporções alarmantes em algumas regiões, onde a prevalência está dobrando a cada cinco anos.

Segundo o Consenso Latino Americano sobre Obesidade (Abeso, 2000), em concordância com Halpern et al.(1998), Gayoso et al.(1999), Gutiérrez et al. (1998), a obesidade tem sido vista como um dos mais graves problemas de saúde pública, pois sua prevalência vem crescendo acentuadamente nas últimas décadas, tanto nos países desenvolvidos como em desenvolvimento.

Estudos realizados com populações latino-americanas, nas décadas de 80 e 90, mostraram que a prevalência de sobrepeso no Chile era de 50% para mulheres e 40% para homens, em Cuba de 38% para homens e 30% para mulheres, no Brasil, 40% para mulheres e 27% para homens. Nos Estados Unidos, 33% dos homens e 36% das mulheres foram classificados como obesos (Abeso, 2000).

Ao se tratar de estudos sobre obesidade no Brasil, Gayoso et al. (1999) mostram que a prevalência vem seguindo a tendência mundial. Observa-se aumento nas diferentes regiões devido ao acesso a alimentos até então inacessíveis, ao estilo de vida sedentário e ao consumo de alimentos ricos em gordura animal. Esse autor exemplifica com dois estudos nacionais: Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição e Epidemiologia da Obesidade em Adultos Normoglicêmicos, onde as prevalências de obesidade ($IMC \geq 25$ Kg/m²), para ambos os sexos, foram respectivamente 32,9% e 41,0%. Em relação à distribuição nas várias regiões brasileiras, o Sul e o Sudeste apresentaram as maiores prevalências nos dois estudos.

A obesidade desponta como um problema grave, sobrecarregando o sistema de saúde com necessidade de atendimentos às doenças crônicas relacionadas à obesidade como: diabetes melito, doenças cardiovasculares, hipertensão arterial, diversos tipos de câncer, problemas ortopédicos, dermatológicos, digestivos, renais, respiratórios e psicossociais (Abeso, 2000).

O índice de massa corporal (IMC) é considerada a medida mais indicada para classificar a quantidade de gordura corporal em adultos, podendo ser usado para estimar a prevalência de obesidade em uma dada população e os riscos associados a ela. Vários autores classificam obesidade usando o IMC: Bray (1989); WHO (2000); Halpern et al. (1998); Gayoso (1999); Abeso (2000).

O IMC se baseia na relação entre Peso/Altura^2 e tem sido usado juntamente com as medidas de circunferências da cintura e do quadril para se conhecer a distribuição da gordura corporal (abdominal ou visceral).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO,2000), o sobrepeso pode ser classificado conforme o quadro 1:

Quadro 1 – Classificação do Índice de Massa Corporal

CLASSIFICAÇÃO	IMC
Pré-obesidade ou sobrepeso	25,0 –29,9 kg/m ²
Obesidade classe I ou leve	30,0 - 34,9 kg/m ²
Obesidade classe II ou moderada	35,0 - 39,9 kg/m ²
Obesidade classe III ou mórbida	≥ 40,0 kg/m ²

Tendo em vista o fato da obesidade estar se difundindo intensamente, é importante aprofundar os estudos nos efeitos sobre a saúde e o bem estar, objetivando estratégias e intervenções preventivas.

1.2 - O Cotidiano das Pessoas com Obesidade: Conseqüências Psicossociais, na Qualidade de Vida e no Funcionamento Ocupacional .

A saúde e a doença, de modo geral, tem sido amplamente estudadas e valorizadas na população ou a nível individual, obtendo dados quantitativos sobre diminuição e desaparecimento de enfermidades e prolongamento da expectativa de vida. Recentemente vários estudos valorizam a percepção do estado de saúde, tanto em seus aspectos físico, psíquico, como na vida social, por parte dos pacientes que sobrevivem às doenças que antes não tinham tratamento ou cura. Assim, surgem os conceitos de qualidade de vida e junto a eles, a necessidade de ferramentas que permitam quantificá-la.

A Organização Mundial de Saúde definiu saúde como *um completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença* (WHO,1997). Lahteenkorva et al. (1995) comentam em um estudo sobre qualidade de vida e fatores psicossociais, que qualidade de vida é um conceito difícil de definir e mensurar, pois é multidimensional, subjetivo e individual, depende do momento histórico, do contexto da cultura e do sistema de valores nos quais se vive, estando ainda intimamente relacionado com as expectativas, padrões e preocupações individuais.

De acordo com Fleck et al. (1999), pode ser observado recentemente, outras preocupações além da frequência e gravidade das doenças, avalia-se também as medidas de impacto da doença, comprometimentos das atividades diárias, medidas de percepção da saúde e medida de disfunção ou status funcional.

A Organização Mundial de Saúde reuniu especialistas e construiu um Grupo de Qualidade de Vida (Grupo WHOQOL), com a finalidade de estudar, definir e elaborar instrumentos transculturais capazes de avaliar a qualidade de vida. Esse grupo desenvolveu em 1995, o conceito de qualidade de vida como *a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações* (Fleck, 2000). Assim, qualidade de vida inclui uma variedade de condições que podem afetar a percepção do indivíduo, seus sentimentos e comportamentos relacionados com o seu funcionamento diário, incluindo, mas não se limitando, à sua condição de saúde e às intervenções médicas.

Segundo Fleck et al. (1999), a preocupação com a qualidade de vida relacionada à saúde é um movimento dentro das ciências biológicas e humanas que objetiva não somente o controle dos sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida, mas também avaliar como as pessoas doentes estão vivendo e sentindo a vida. A qualidade de vida passa a ser então, o terceiro elemento a ser investigado, além da eficácia (modificação do sintoma por efeito da droga) e da segurança (efeitos colaterais ou reações adversas das drogas).

Frente a isso, podemos dizer que o conceito de qualidade de vida é complexo e variável em diferentes culturas, realidades sociais e momentos históricos, tornando assim, difícil sua mensuração. No entanto, para fins de saúde pública e para elaboração de suas políticas, necessitamos de indicadores de qualidade de vida (Segre & Ferraz, 1997)

Nos estudos sobre avaliação de qualidade de vida de pessoas obesas, observa-se que as pesquisas procuram investigar os efeitos dos diferentes tipos de tratamentos sobre a qualidade de vida, levando em conta a gravidade da obesidade, ou então comparar a qualidade de vida de pessoas obesas e não obesas.

Fontaine et al. (1996), investigaram e compararam a qualidade de vida de obesos, que procuraram tratamento ambulatorial para perda de peso, com um grupo controle da população dos Estados Unidos. Concluíram que os obesos apresentaram grandes prejuízos na qualidade de vida relacionada à saúde, sendo o índice de massa corporal, a idade, o sexo e dores físicas, os fatores determinantes de tais prejuízos. As pessoas que buscavam tratamento apresentavam maior peso e conseqüente incapacidade funcional devido a dores e dificuldade de independência nas atividades de auto cuidado.

Observa-se na literatura um grande número de estudos que investigaram a qualidade de vida após perda de peso induzida pela cirurgia de redução gástrica. Alguns autores, entre eles Chandarana (1990), Larsen (1990) e Isacsson et al. (1997), obtiveram como resultado a melhora dos

aspectos psicossociais, satisfação com a aparência física, melhora nos relacionamentos com as pessoas e no funcionamento sexual.

Ross (1994) investigou a relação entre obesidade, saúde física e depressão em pessoas da população geral, concluindo que quanto maior o índice de massa corporal, pior é o estado geral de saúde. Observou ainda que a depressão estava presente na maioria dos obesos que, segundo a autora, está relacionada com a tentativa que estas pessoas fazem para se adaptar às normas de aparência impostas pela sociedade, além dos prejuízos relacionados com saúde física.

Atualmente, as pessoas com obesidade sofrem intensos prejuízos e discriminação devido à ênfase cultural na magreza e estigma social da obesidade. A idéia que ser atraente e bonito é ser magro, vem se tornando um imperativo cultural, sendo a mídia e os profissionais da saúde importantes fontes de normas sociais de magreza.

De modo geral, o estigma social atinge homens e mulheres, no entanto, Friedman & Brownell (1995) concluem que as mulheres apresentam maior risco de sofrerem pela sua obesidade, pois as pressões sociais se focalizam mais nelas, especificamente as mais jovens. Verificaram ainda, uma predominância de mulheres obesas em tratamento, sendo este fato entendido como conseqüência das mulheres sofrerem mais com a obesidade do que os homens.

Vários estudos, entre eles o de Lähteenkorva et al. (1995), mostram situações de estigmatização vividas por pessoas obesas no cotidiano.

Crianças de 6 anos descreveram crianças obesas como sujas, estúpidas, preguiçosas, feias, trapaceiras e mentirosas .

Entre todas as condições nas quais pessoas são vistas como diferentes e estigmatizadas, a obesidade, em nossa cultura, é responsável por grandes prejuízos psicossociais. Pessoas com obesidade mórbida apresentam, em sua maioria, limitações que dificultam o desempenho no trabalho, nos serviços domésticos, repercutindo em pouca independência para as atividades de cotidiano; muitas passam a ter um contexto social restrito, sendo comum passarem o dia na cama ou em sofás, consumindo alimentos em excesso, longe de atividades profissionais, sociais e de lazer.

Em relação a isso, alguns pacientes relatam seus sentimentos de exclusão social: **“O gordo é aquele que fica lá no seu cantinho....Nunca chega a uma piscina sem algum engraçadinho fazer alguma brincadeira de mau gosto...”,** ou ainda: **Meu namorado vai ao forró sozinho, porque eu não vou lá pra ficar sentada olhando as pessoas dançando. E se eu for dançar vão falar: olha lá um elefante dançando.”**

Estudos sobre a qualidade de vida demonstram que a obesidade afeta quase todos os aspectos da vida do indivíduo, não só a saúde, mas também os recursos financeiros, o bem estar psicológico, a auto-estima, os relacionamentos interpessoais, a participação social e ocupacional (Gutiérrez, 1998 ; Casares, 1999). Estima-se que os indivíduos obesos gastam mais com serviços de saúde e ganham menos devido à perda precoce da produtividade, constante afastamento do trabalho e dependência

prematura de pensões por incapacidade física (Seidell, 1995; Rissanen, 1996; Póvoa, 1998).

Várias pesquisas têm estudado os custos relacionados com a obesidade. Rissanen (1996), Seidel (1995) e Stunkard (1996), concordam que o aumento da prevalência da obesidade tem provocado aumento dos gastos com serviços médicos: diagnósticos, tratamentos, remédios e hospitalizações, necessários para manejar as doenças crônicas relacionadas com a obesidade. Outros custos são estimados, levando em consideração a perda da produtividade, os constantes afastamentos do trabalho, aposentadoria precoce, dificuldade para conseguir emprego, entre outros.

No ano de em 1986 nos Estados Unidos, os custos econômicos atribuíveis ao tratamento de doenças relacionadas com a obesidade foram de 5,5% do total de custo com as doenças em geral (Rissanen,1996). No Brasil, os custos diretos são muito elevados e atingem cerca de 2% a 8% dos custos com a saúde (Gayoso, 1999).

Segundo Gayoso (1999), a sociedade tem uma imagem distorcida do obeso, responsabilizando-o pelo excesso de peso, como se isso fosse resultante de transtorno de personalidade, fraqueza ou incapacidade. Assim, a pessoa obesa tem dificuldades que repercutem nas áreas social e econômica, apresentando deficiência funcional, e/ou incapacidades física, absenteísmo, e/ou aumento de licença médica, perda ou dificuldade para conseguir empregos, queda do rendimento, diminuição da perspectiva de relacionamento social e morte prematura.

Certa vez, uma paciente relatando sobre sua história profissional, disse: **“Só consegui o emprego no rádio porque só aparecia minha voz ...Uma vez fui fazer um teste para vocalista de uma banda e o cara foi logo dizendo que precisavam de alguém com uma aparência melhor e que eu precisava emagrecer se quisesse ser cantora. Isso foi antes dos Fat Family”**.

Para Barros (1990), a pessoa com obesidade não sofre tanto a dor física, mas a dor pela imagem corporal e pelo desejo de um corpo magro. Ela sente que seu corpo é grotesco e sofre por ser vista pelos demais com hostilidade e desagrado, sendo motivo de piadas e apelidos.

Algumas dificuldades na participação social acontecem também em função de obstáculos como: o tamanho das poltronas de cinemas, das cadeiras dos teatros e restaurantes, espaço das catracas de ônibus. Além disso, o excesso de peso traz dificuldades na realização do ato sexual, na realização das atividades de autocuidado, vergonha de se expor em atividades de praia, esportivas e sociais. Essas pessoas tornam-se assim, reclusas em casa, sedentárias, dependentes de familiares, ausentes do grupo social e afastadas do trabalho.

Considerando-se os pontos destacados, pode-se concluir que o tratamento da obesidade necessita abordar, além do ônus à saúde, o estigma social, a capacidade de interação do indivíduo com seu meio e as diversas dificuldades psicossociais que estas pessoas vivenciam.

Este estudo vem de encontro à necessidade de ampliar e aprofundar conhecimentos na área da obesidade, avaliando as possíveis dificuldades no

cotidiano e no funcionamento ocupacional envolvidas nesta doença crônica, pois tratar a obesidade significa abordar “o comer” em seus aspectos bio-psico-sociais, onde não basta a perda de peso somente, mas ajudar o indivíduo construir um projeto pessoal, que permita readaptação à vida e construção de um cotidiano inserido em uma realidade pessoal e social..

Trabalhando como terapeuta ocupacional no HCFMRP-USP, acompanho pessoas com obesidade mórbida, internadas para reeducação alimentar, onde logo no primeiro contato, procura-se saber do que eles gostam, o que fazem, o que não gostam, como vivem, com quem se dão bem, etc. Estas informações visam conhecer as condições sócio-emocionais do paciente e compreender seu modo de viver, suas atividades de lazer e de interesse, observar seus *gestos, atitudes, ações* e tudo que *permite compor um quadro de sua situação no momento*, iniciando assim o diagnóstico situacional (Benetton, 1999).

São programados encontros individuais ou grupais, tendo em vista que a Terapia Ocupacional tem um campo de conhecimento e técnicas específicas que podem ser usadas para o tratamento de pessoas com obesidade. Neste contexto, entende-se que *tratar com atividades possibilita que pessoas necessitadas se ocupem de si mesmo, dos outros, de seus trabalhos, estudos, lazeres, enfim de construir cotidianamente, com prazer, a vida* (Benetton, 2001).

O distanciamento das relações pessoais e conseqüentemente da vida social, o empobrecimento da vida produtiva e a dificuldade de ampliar o

ciclo: ansiedade – comida- obesidade são os problemas focados pelo terapeuta ocupacional.

Nos atendimentos a pacientes obesos, nos deparamos muitas vezes com um cotidiano característico, onde o comer passa a ser vivido como a atividade mais gratificante, aquela que diminui angústias conforta e acalenta. Com o ganho de peso progressivo e as dietas sem sucesso, sair de casa torna-se cada vez mais difícil, muitas vezes devido a dor e cansaço para caminhar, ou ainda pelo sentimento de vergonha, por ser visto com curiosidade e reprovação. As atividades do cotidiano são gravemente comprometidas, principalmente em pessoas com obesidade mórbida que necessitam ajuda para tomar banho, trocar de roupa, calçar sapatos, realizar a higiene pessoal, etc.

O comprometimento na autonomia e independência repercute na auto-estima e no funcionamento ocupacional, ocasionando grandes prejuízos no desempenho da vida.

Ao longo dos atendimentos, tendo como proposta conhecer as habilidades para a vida diária, a realidade pessoal e social das pessoas com obesidade atendidas na Terapia Ocupacional, algumas questões começaram a ser colocadas: qual a relação entre obesidade e prejuízos nas ocupações que organizam a vida e que são relacionadas às necessidades de manutenção, produtividade, lazer e satisfação? Como estas pessoas percebem sua saúde? Como vivem o cotidiano?

No levantamento bibliográfico, chama atenção a grande quantidade de estudos que investigam a qualidade de vida após diferentes tratamentos, a

maioria avaliando somente a percepção que as pessoas com obesidade têm de sua saúde.

Não foram encontrados estudos específicos sobre a assistência da terapia ocupacional para pessoas obesas, dois artigos descrevem este profissional como parte da equipe e comentam rapidamente os objetivos deste tratamento. Rotkoff (1999) apresenta um estudo de caso tratado em uma unidade especial para pessoas com obesidade mórbida. Este estudo enfatiza a necessidade de profissionais que cuidem da reabilitação física e psicossocial de pessoas obesas, sendo o terapeuta ocupacional responsável por tratar as dificuldades e dependências nas atividades de auto-cuidado, motivar o paciente a desenvolver uma postura mais ativa, estimulando-o a sair do leito e posteriormente contribuindo no processo de passagem para o tratamento ambulatorial. Cormillot et al. (1981), descrevem um programa para tratamento de pessoas obesas em uma comunidade terapêutica, objetivando estratégias de tratamento e reeducação alimentar para o paciente e orientação para familiares. Neste contexto, a terapia ocupacional é descrita como uma técnica que contribui para o manejo da agressividade, melhora da tolerância à frustração e aumento da auto-estima.

As questões apresentadas despertaram interesse em aprofundar conhecimentos sobre o assunto, buscando para isso instrumentos que avaliem de forma global a percepção da saúde e do funcionamento ocupacional.

Neste processo dois instrumentos foram escolhidos, são eles:
Instrumento de Auto-Avaliação do Funcionamento Ocupacional (SAOF)

e Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100).

2 - OBJETIVOS

2.1 - Geral

Investigar a influência da obesidade na percepção da saúde e do funcionamento ocupacional de mulheres.

2.2 - Específicos

Comparar as respostas das mulheres com obesidade leve, mórbida e sem obesidade em relação:

- a) à situação ocupacional
- b) ao desempenho nas atividades cotidianas
- c) às relações sociais

3 - MÉTODOS

Foi realizado um estudo quantitativo, em uma amostra de mulheres com obesidade grau III, obesidade grau I e mulheres não obesas.

3.1 – Sujeitos

Foram estudados 45 mulheres, com idade variando de 18 a 60 anos e nível educacional de 4^a. à 8^a. série do ensino fundamental, que foram divididas em três grupos:

Grupo A: formado por 15 mulheres com obesidade grau I / leve (IMC: 30 a 34,9 kg /m²), usuárias do Núcleo de Saúde da Família 1 (NSF-1). Foram contatadas por ocasião de sua presença no serviço, buscando atendimento ou ainda, quando da participação em programas de reeducação alimentar e atividades físicas (PIC), oferecidos aos usuários.

Grupo B: formado por 15 mulheres com obesidade grau III / mórbida (IMC: $\geq 40,0$ kg/m²), encaminhadas para triagem no Ambulatório de Distúrbio da Conduta Alimentar da Disciplina de Nutrição Clínica do HCFMRP-USP, para iniciar o acompanhamento ambulatorial de oito semanas no programa de reeducação alimentar .

Grupo C (grupo de comparação): composto por 15 mulheres com IMC variando de 20 a 24,9 kg/m² (condição esta excludente para o diagnóstico de obesidade). Foram contatadas no Núcleo de Saúde da Família-1 (NSF-1),

por ocasião de sua presença no serviço, buscando atendimento para si ou para familiares. Algumas foram contatadas por telefone, após sugestão da equipe que as acompanhava no NSF-1 e da verificação dos critérios de inclusão nos prontuários, quando então, era solicitada a sua colaboração na pesquisa.

3.2 – Critérios de Exclusão:

- Mulheres gestantes ou que estivessem amamentando.
- História de doença que, na opinião do investigador pudesse confundir os resultados do estudo.
- Dificuldade de assimilação cognitiva e retardo mental, assim como barreiras de linguagem que impeçam o adequado entendimento e cooperação no estudo.
- Ausência de vontade ou impossibilidade de comparecer na entrevista.

3.3 - Local :

Os dados foram coletados no Núcleo de Saúde da Família 1 e no Ambulatório de Distúrbio da Conduta Alimentar da Disciplina de Nutrição Clínica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP.

- **Caracterização do Ambulatório de Distúrbios da Conduta alimentar do HCFMRP-USP.**

O ambulatório de Distúrbios da Conduta Alimentar do HCFMRP-USP, possui uma equipe multiprofissional composta por médicos contratados, docentes, residentes de 1º. ano em Clínica Médica, residentes de 2º. e 3º. anos em Nutrologia e aprimorandos de Nutrição. Este ambulatório fornece assistência para pessoas com diagnóstico médico de transtornos alimentares ou de peso, como anorexia nervosa, bulimia, obesidade grau II e III, além de outras doenças nutricionais.

Os pacientes são encaminhados por meio do Primeiro Atendimento (PA) da Nutrologia e inicialmente realiza-se uma triagem clínica e nutricional dos mesmos. Para pacientes com obesidade, após a avaliação clínica são aplicadas diferentes condutas, de acordo com o grau de adiposidade e a gravidade do caso. Aos pacientes com obesidade mórbida é proposto inicialmente a reeducação de hábitos alimentares e orientação para atividade física assistida em atendimentos semanais no ambulatório, durante oito semanas. Nestes retornos, são identificados e corrigidos progressivamente os erros alimentares de cada paciente em particular. Caso o paciente obtenha resultado positivo após as oito semanas, poderá ser encaminhado para continuar a assistência em nível secundário de atenção à saúde, por outro lado, se o paciente não obtiver bons resultados ou apresentar comorbidades associadas, será proposta internação de oito semanas na enfermaria de Nutrologia, visando maior assistência quanto aos processos de reeducação dos hábitos alimentares, monitorização bioquímica devido a dietoterapia restritiva, assistência psiquiátrica e de terapia ocupacional.

Ao final das oito semanas o paciente poderá receber alta ou ainda ser discutida necessidade de cirurgia bariátrica.

- **Caracterização do Núcleo de Saúde da Família –1 (NSF-1)**

O NSF-1 localizado no Bairro Sumarezinho, em Ribeirão Preto, está em funcionamento desde fevereiro de 1999 com 896 famílias cadastradas e divididas em 5 micro áreas até o momento. A equipe multiprofissional é composta por dois coordenadores, um médico generalista, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem, cinco agentes de saúde e um auxiliar de serviço. Além desse grupo, o NSF-1 funciona com três residentes do 1º. ano e dois do 2º. ano em Medicina de Família e da Comunidade, recebe a cada oito semanas uma média de cinco alunos do 5º. ano de medicina da FMRP-USP, alunos do 2º. e 4º.anos de enfermagem da EERP-USP, alunos, docentes e pesquisadores de várias unidades da USP de Ribeirão Preto, como da Escola de Enfermagem (EERP), Faculdade de Ciências Farmacêuticas (FCFRP), da Faculdade de Odontologia (FORP) e Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP).

O atendimento visa à assistência integral para a promoção da saúde, prevenção de doenças, cuidados, acompanhamento e recuperação através de atendimentos individuais agendados e de atividades coletivas: grupos de reeducação alimentar, de atividade física, grupo para orientação de gestantes e para amamentação, de hipertensos, diabéticos, grupo de quarteirão (discussão de assuntos do interesse dos usuários), palestras em escolas, etc.

Os agentes de saúde realizam visitas domiciliares mensais nas casas das famílias cadastradas da área de abrangência do Centro de Saúde Escola da FMRP-USP. Quando necessário, as famílias recebem visitas da equipe de enfermagem e/ou do médico.

Diante da necessidade de encaminhamento para serviços especializados, os pacientes são orientados a procurar o Ambulatório Integrado de Centro de Saúde escola ou ambulatórios especializados do HCFMRP-USP.

3.4 - Instrumentos:

Para atender aos objetivos deste trabalho foram usados como instrumentos:

- Questionário estruturado para caracterização dos dados sócio-demográficos e clínicos (anexo C).
- Auto Avaliação do Funcionamento Ocupacional (SAOF) – (anexo D).
- Versão em Português do Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) – (anexo E) .

O WHOQOL-100 é um instrumento de auto-avaliação e auto-explicativo, consiste em cem perguntas referentes a seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade/ religiosidade/ crenças pessoais. Esses domínios são divididos em 24 facetas. Cada faceta é composta por quatro perguntas. Além das 24 facetas específicas, o instrumento tem uma 25^a. faceta composta de perguntas

gerais sobre qualidade de vida. As perguntas são respondidas através de quatro tipos de escalas (dependendo do conteúdo da pergunta): intensidade, capacidade, frequência e avaliação, como mostra o anexo B.

Este questionário é resultante de um estudo multicêntrico da Organização Mundial de Saúde, que buscando um instrumento que avaliasse qualidade de vida dentro de uma perspectiva genuinamente internacional, organizou um projeto colaborativo com 15 centros, com culturas diversas, que participaram da operacionalização dos domínios, da redação e seleção de questões, da derivação da escala de respostas e do teste de campo. O resultado desse projeto foi a elaboração do WHOQOL-100 e de sua versão abreviada (WHOQOL-bref).

Fleck et al. (2000), ressalta que as características psicométricas do instrumento foram estabelecidas a partir de uma amostra de 8.294 indivíduos, provenientes de 15 centros, preenchendo os critérios necessários para consistência interna, validade discriminativa, validade concorrente e validade de conteúdo.

A versão em português do WHOQOL-100 foi desenvolvida por um grupo de profissionais no Centro WHOQOL para o Brasil, na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FLECK et al., 1999a).

O uso do WHOQOL-100 no Brasil é recente, tendo sido utilizado como instrumento de pesquisa, na região de Ribeirão Preto, em três estudos Souza (2001), Caldana (2000) e Durões et al. (2001).

SOUZA (2001) desenvolveu pesquisa junto a 14 funcionários da Prefeitura do Campus Administrativo de Ribeirão Preto da Universidade de

São Paulo, com o objetivo de aprofundar a análise de fatores presentes na organização do trabalho e relacioná-los aos indicadores de qualidade de vida. O estudo teve como resultado uma maior satisfação em relação aos aspectos que integram o **Domínio Nível de Independência** e a menor satisfação apresentada se referiu aos fatores avaliados pelo **Domínio Físico**.

Caldana (2000) pesquisou usuários do Sistema Nacional de Empregos (SINE) no posto de Ribeirão Preto. A amostra foi composta por 20 pessoas de ambos os sexos, com idade entre 35 e 45 anos. O objetivo da pesquisa foi investigar, com base na percepção de qualidade de vida dos sujeitos estudados, as representações que os indivíduos, que estão à procura de emprego, possuem acerca do trabalho, relacionando-as com as estratégias de inclusão no mundo produtivo e as alternativas de sobrevivência encontradas. Na amostra estudada, o maior índice de satisfação foi em relação aos domínios referentes à **Espiritualidade** e **Nível de Independência**, enquanto que os domínios **Social** e **Ambiente** foram os que apresentaram os menores índices de satisfação.

Durões et al. (2001) utilizaram o WHOQOL-100 em um estudo comparativo de qualidade de vida após transplante de medula óssea, randomizado quanto ao tipo de fonte de células progenitoras, em pacientes com neoplasias hematológicas. A autora sugere que os piores índices de satisfação estão relacionados com os domínios **Físico** e **Nível de Independência**, no entanto, o estudo está ainda em fase de implementação.

O Instrumento para Auto-Avaliação do Funcionamento Ocupacional (SAOF) é um questionário estruturado, desenvolvido no Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade de Illinois, em Chicago, traduzido para o português, validado e feito estudo de confiabilidade por Tedesco (2000).

O funcionamento ocupacional ou a performance ocupacional é entendido em Terapia Ocupacional, como:

“...o engajamento no dia-a-dia do indivíduo, em ocupações que organizam a vida e que se relacionam a necessidades de manutenção, produtividade, lazer e satisfação em determinado meio ambiente” (Tedesco, 2000, p.3)

No projeto inicial, o SAOF foi elaborado para facilitar e orientar o processo terapêutico, tendo como idéia central o planejamento clínico, em conjunto, pelo paciente e pelo terapeuta.

Várias mudanças ocorreram no instrumento e para o uso em pesquisas, o questionário é utilizado para identificar a percepção do próprio paciente em relação a seu funcionamento ocupacional, inclusive a compreensão de suas forças, áreas de adequação e limitações; identificar os objetivos do paciente e suas prioridades de mudança; ampliar o conhecimento do terapeuta sob a forma pela qual o paciente vê seu próprio mundo e o significado de suas experiências relacionadas ao seu funcionamento.

O formulário de aplicação do SAOF, desenvolvido para ser utilizado com pacientes de idade entre 14 e 85 anos, abrange 23 questões que cobrem 7

áreas de conteúdo: **causalidade pessoal, valores, interesses, papéis, hábitos, habilidades e meio ambiente**. Uma escala de 3 pontos de classificação – **Ponto Forte, Adequada e Necessidade de Melhora** – quantifica a percepção individual do paciente sobre as áreas de funcionamento ocupacional, nas quais seu desempenho é avaliado como: **Muito Bom, Bom, Presença de Dificuldades** (anexo C).

O SAOF foi validado recentemente para ser usada na língua portuguesa, ainda não sendo publicados estudos usando o instrumento para pesquisa.

3.5 – Aspectos éticos

O projeto foi apreciado pela Comissão de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP e pela Diretoria Acadêmica de Ensino e Pesquisa do Centro de Saúde Escola, tendo sido considerado adequado, conforme recomendações das normas éticas em pesquisa com humanos (anexo A). Foi solicitado o consentimento escrito dos sujeitos (anexo B), firmando caráter voluntário da participação e a possibilidade de desistência sem prejuízo de qualquer natureza.

3.6 – PROCEDIMENTOS

3.6.1 – Estudo Piloto

As escalas utilizadas no estudo - Questionário Estruturado para Caracterização dos Dados Sócio-demográficos, versão em Português do Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) e a Auto Avaliação do Funcionamento Ocupacional (SAOF) foram usadas pela pesquisadora para um teste preliminar com 6 sujeitos do sexo feminino, idade de 18 a 60 anos e nível educacional de 4^a. a 8^a. série do ensino fundamental, funcionárias do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. As aplicações foram individuais e, após as mesmas, a pesquisadora conversou com os participantes sobre as dificuldades encontradas na compreensão das questões.

Com base nas etapas citadas acima e objetivando facilitar a compreensão das perguntas, foram realizadas pequenas reformulações no questionário sobre Auto Avaliação do Funcionamento Ocupacional (SAOF), descritas a seguir no quadro 2:

- Foram retirados os exemplos da categoria **Interesses**.

Quadro 2 – Reformulação do questionário SAOF

Categoria	Formulação Inicial	Reformulação
<u>Interesses</u> (esta área está relacionada às atividades que você gosta).	<u>Ter interesses variados</u> (ativo/passivo, social/solitário).	<u>Ter interesses variados</u>

3.6.2. Coleta de Dados

As 15 (quinze) mulheres do grupo A (obesidade grau I) e as 15 mulheres do grupo C (mulheres sem obesidade) foram selecionadas no NSF-1 através de indicações da equipe de saúde, ou quando compareciam ao retorno para avaliação médica de rotina. Todas foram contatadas por telefone e convidadas a comparecerem no NSF-1 em data e horário combinados. Os instrumentos foram aplicados individualmente, em duplas ou em grupo de três, em um consultório com condições ambientais adequadas, em uma sessão de avaliação, seguindo a seguinte ordem de aplicação:

- 1º.–Entrevista Estruturada para Caracterização dos Dados Sócio-Demográficos;
- 2º. – Auto-Avaliação do Funcionamento Ocupacional (SAOF);
- 3º. - Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL).

Todos os instrumentos foram auto-aplicados e a pesquisadora esteve presente durante todo o período, para esclarecer eventuais dúvidas.

As 15 (quinze) mulheres do grupo B (obesidade grau III) foram selecionadas no Ambulatório de Distúrbio da Conduta Alimentar, no dia em que vinham para a primeira consulta de triagem. Os pacientes, atendidos inicialmente pelo médico, eram encaminhados à pesquisadora desde que concordassem em participar do estudo e preenchessem os critérios de inclusão. Os instrumentos foram aplicados individualmente ou em duplas, em um consultório com condições ambientais adequadas, em uma sessão de avaliação, seguindo a mesma ordem previamente descrita.

Terminada a coleta de dados, deu-se início ao processo de cotação, quantificação e análise das respostas, procedendo-se à comparação dos grupos.

3.6.3. Tratamento dos Dados

Auto Avaliação do Funcionamento Ocupacional (SAOF)

A análise estatística dos resultados dos itens dos 3 grupos estudados (A, B e C) foi feita pelo teste t de Student para proporções, considerando cada resposta isoladamente: FORTE, ADEQUADA e NECESSIDADE DE MELHORA (Berquó et al, 1981). As respostas dos grupos foram comparadas aos pares e foram consideradas significativas as que mostraram valores com probabilidade abaixo de 5% (nível de significância).

Versão em Português do Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100).

Para verificar se os scores dos indivíduos em cada grupo diferiam ou não, segundo as 25 facetas, foi empregado o teste não paramétrico adequado para esta situação (grupos independentes) – o teste de Kruskal – Wallis.(Hollander & Wolfe, 1999)

Igualmente, para comparar os scores de cada grupo segundo os 6 domínios foi novamente empregado os teste mencionado. Em ambas as situações foi estabelecido como probabilidade de ocorrência do erro de primeira espécie o valor de 5%.

Seguindo as recomendações de Siegel (1975) foi utilizada a aproximação pelo Chi quadrado para a realização dos testes.

4 – RESULTADOS

A coleta dos dados foi realizada no período de 04 de fevereiro a 24 de julho de 2003, tendo aceitação de todas as mulheres convidadas do grupo B (obesidade grau III), no entanto, 4 mulheres do grupo A (obesidade grau I) e 10 mulheres do Grupo C (grupo de comparação) não compareceram ou verbalizaram o desinteresse em participar da pesquisa, sendo substituídas.

Os resultados obtidos são apresentados abaixo.

4.1- Caracterização sócio-demográfica dos sujeitos:

Para a caracterização do perfil sócio-demográfico dos participantes, usou-se a quantificação dos dados do questionário estruturado, objetivando a comparação entre os grupos. Na tabela 1 são apresentados, os valores médios e desvios padrão, ou em porcentagem, de acordo com a característica da variável:

Tabela 1– Caracterização sócio-demográfica das mulheres dos grupos A, B e C

Características	Grupo A (obesidade leve)	Grupo B (obesidade mórbida)	Grupo C (comparação)
Idade (anos) (média e desvio padrão)	45 (7,4)	38 (7,5)	43 (11,7)
Estado civil (%)			
Solteira	0,0	13,3	0,0
Casada	93,3	53,3	80,0
Vivendo como casada	0,0	20,0	0,0
Divorciada/Separada	0,0	0,0	20,0
Viúva	6,7	13,3	0,0
Procedência (%)			
Ribeirão Preto	93,3	20,0	100,0
Outras cidades	6,7	80,0	0,0
Cor (%)			
Branca	80,0	60,0	93,3
Parda	20,0	26,7	6,7
Negra	0,0	13,3	0,0
Religião (%)			
Católico	73,3	53,3	86,7
Espírita	6,7	33,3	6,7
Evangélica	20,0	0,0	6,7
Outras	0,0	13,3	0,0
Escolaridade completada (%)			
4 ^a . série	40,0	33,3	33,3
5 ^a . série	6,7	6,7	20,0
6 ^a . série	26,7	13,3	6,7
7 ^a . série	20,0	13,3	13,3
8 ^a . série	6,7	33,3	26,7
Renda mensal familiar (reais) (média e desvio padrão)	1503,00 (1012,00)	725,00 (634,00)	1293,00 (930,00)
Habitação (%)			
Própria	73,3	53,3	60,0
Financiada	0,0	20,0	0,0
Alugada	20,0	13,3	33,3
Cedida	6,7	13,3	6,7

A idade mínima observada entre as mulheres participantes foi de 38 anos e a máxima de 45 anos, faixa etária em que a maioria das mulheres da população geral já possui família constituída por marido e filhos. No entanto, observa-se que as mulheres com obesidade mórbida se diferenciam das obesas leves e daquelas não obesas, quanto ao estado civil. Nas com obesidade mórbida, 53,3% são casadas, em comparação com 93,3% das obesas leves e 80% das não obesas. A condição vivendo como casada, apareceu apenas nas obesas mórbidas.

Quanto à procedência, 93,3% das mulheres do grupo A e 100,0% das pertencentes ao grupo C, são provenientes de Ribeirão Preto, moradoras de bairros próximos ao NSF-1, por outro lado, no grupo B, 20% das pacientes são procedentes de Ribeirão Preto e 80,0% são procedentes de cidades da região. Isto se deve ao fato do HCFMRP-USP ser um hospital universitário, de nível terciário de atenção à saúde, referência para a cidade e região no tratamento clínico e/ou cirúrgico da obesidade mórbida.

Em relação à cor e religião, observa-se prevalência de mulheres brancas e católicas, no entanto, pode ser observado que no grupo das mulheres com obesidade mórbida, 53,3% são católicas, 33,3% são espíritas e 13,3% possuem outras religiões, enquanto 73,3% das obesas leves e 86,6% das mulheres não obesas são católicas.

Nos resultados sobre escolaridade, pode-se verificar que nos grupos estudados, 40% das mulheres do grupo A completaram somente a 4a. série do ensino fundamental, enquanto nos grupos B e C a porcentagem foi de 33,3%. A porcentagem das mulheres que completaram o ensino

fundamental (8a. série) foi de 6,7% no grupo A, 33,3% no grupo B e 26,7% no grupo C. Apesar da maioria das mulheres dos três grupos possuírem casa própria, as mulheres do grupo de obesas mórbidas tendem a habitar em casas cedidas em maior proporção e em casas alugadas em menor proporção que as dos outros grupos.

A tabela 2 apresenta a média e desvio padrão do peso das mulheres nos três grupos, assim como o IMC em kg/m²:

Tabela 2– Caracterização das mulheres dos grupos A,B e C quanto ao peso e índice de massa corporal

Características	Grupo A (n=15)	Grupo B (n=15)	Grupo C (n=15)
Peso (kg)			
Média	83,5	136,6	58,7
Desvio padrão	8,1	22,4	5,8
Valor mínimo	65,9	99,8	50,0
Valor máximo	94,8	181,0	68,0
IMC (kg/m²)			
Média	32,6	53,7	23,0
Desvio padrão	1,6	7,8	1,7
Valor mínimo	30,0	40,4	20,0
Valor máximo	34,9	70,4	24,9

Como mostra a tabela 2, a média de peso para as mulheres com obesidade leve (grupo A) foi de 83,5kg, sendo 65,9kg o valor mínimo, 94,8kg o valor máximo e a média do IMC para este grupo 32,6kg/m². A média de peso para as mulheres do grupo B (obesidade mórbida) foi de 136,6kg, sendo os valores mínimo e máximo 99,8kg e 181,0kg respectivamente e a média do IMC 53,7kg/m². No grupo das mulheres sem obesidade a média de

peso resultou em 58,7kg, tendo como valores mínimo e máximo 20,0 e 24,9 respectivamente e a média do IMC de 23,0kg/m².

Na tabela 3 são apresentadas as médias do número de filhos e das pessoas que residem na mesma casa:

Tabela 3- Caracterização das mulheres participantes, quanto a situação familiar

Características	Grupo A (n=15)	Grupo B (n=15)	Grupo C (n=15)
Quantidade de filhos (média e desvio padrão)	2,9 (1,0)	1,6 (1,2)	2,4 (1,1)
Quantidade de pessoas na casa. (média e desvio padrão)	4,0 (1,2)	2,8 (1,5)	3,6 (1,4)

Observa-se que as mulheres com obesidade mórbida, possuem em média um número menor de filhos quando comparadas às mulheres com obesidade leve e às sem obesidade. Como mostra a tabela 3, a média de filhos das mulheres com obesidade mórbida foi de 1,6, enquanto a média para as mulheres com obesidade leve e para aquelas sem obesidade foram respectivamente 2,9, e 2,4. No grupo das mulheres morbidamente obesas, 33,3% não têm filhos.

Verifica-se que nas casas das mulheres com obesidade mórbida residem menos pessoas que nas casas das obesas leves ou não obesas, podendo relacionar este dado com os anteriormente apresentados sobre o menor número de filhos e menor número de mulheres casadas neste grupo.

Quanto ao aspecto relativo à profissão, objetivou-se investigar se as mulheres exerciam, no momento da entrevista, alguma atividade profissional

ou no caso de não trabalharem, se o excesso de peso era avaliado por elas como fator impeditivo. Na tabela 4 são apresentados os valores de frequência e porcentagem de respostas das mulheres dos grupos A,B e C.

Tabela 4- Distribuição (%) das mulheres quanto à situação de trabalho

Situação profissional	Grupo A (n=15)		Grupo B (n=15)		Grupo C (n=15)	
	F	%	F	%	F	%
Trabalho						
Com registro	1	6,7	2	13,3	3	20,0
Como autônoma	3	20,0	1	6,7	3	20,0
Em casa	9	60,0	8	53,3	5	33,3
Desempregada	1	6,7	2	13,3	1	6,7
Não trabalha	1	6,7	2	13,3	3	20,0
Devido ao peso	0	0,0	2	13,3	0	0,0
Outros motivos	0	0,0	0	0,0	2	13,3

Quanto a situação de trabalho, duas (13,3%) mulheres com obesidade leve referiram não exercer atividade profissional, sendo que uma delas está desempregada e a outra não revelou o motivo. No grupo das morbidamente obesas e no grupo de comparação, quatro (26,7%) mulheres referiram ausência de atividade de trabalho, sendo que o motivo impeditivo mostrou-se diferente nesses grupos, revelando que entre as mulheres morbidamente obesas, duas (13,3%) estavam desempregadas e duas (13,3%) apontaram a obesidade como motivo impeditivo. Entre as mulheres do grupo de comparação, uma (6,7%) encontrava-se desempregada, uma referiu ser impedida pelo marido, outra atribuiu à falta de necessidade de contribuir para o aumento da renda familiar e a quarta não revelou o motivo.

Tabela 5 – Distribuição (%) mulheres dos grupos A, B e C, quanto à ocupação atual

Ocupação atual	Grupo A (n=15)	Grupo B (n=15)	Grupo C (n=15)
Do lar	66,7	60,0	53,3
Outras	33,3	26,7	46,7
Nenhuma	0,0	13,3	0,0

Pode-se observar que 66,7% das mulheres com obesidade leve e 60,0% com obesidade mórbida possuem como ocupação atual o trabalho no lar (“dona de casa”), já no grupo das mulheres não obesas, essa porcentagem diminui para 53,3%. Neste grupo, observa-se que 46,7% exercem outros tipos de atividades profissionais (autônoma ou com registro), enquanto esta porcentagem entre as mulheres obesas é de 33,3% para as obesas leves e 26,7% para as morbidamente obesas. No grupo das mulheres obesas mórbidas 13,3% referiram nenhuma ocupação.

A tabela 6 mostra a presença de problemas de saúde, segundo respostas dos sujeitos dos três grupos estudados, podendo ser a soma maior que 100, pois os sujeitos poderiam responder mais de uma categoria.

Tabela 6 - Porcentagem de respostas das mulheres dos grupos A,B e C quanto à presença de problemas de saúde

Doenças	Grupo A (n=15)	Grupo B (n=15)	Grupo C (n=15)
Nenhuma	6,7	0,0	53,3
Hipertensão	40,0	86,7	13,3
Diabetes	13,3	26,7	0,0
Dislipidemia	20,0	26,7	20,0
Distúrbios do sono	40,0	40,0	26,7
Outras	60,0	33,3	13,3

Observa-se que as mulheres com obesidade mórbida e com obesidade leve referem mais freqüentemente presença de doenças do que as mulheres com peso normal. No grupo das obesas mórbidas, 100% referiram apresentar algum tipo de doença, entre elas 86,7% referiram hipertensão arterial, 26,7% diabetes, 26,7% dislipidemia. A porcentagem de mulheres com estas doenças diminui nos outros grupos, sendo observado que entre as obesas leves 40,0% são hipertensas, 13,3% são diabéticas e 20,0% referiram dislipidemia.

Cerca de 40% das mulheres com obesidade leve e mórbida, referiram apresentar algum tipo de distúrbio do sono, em comparação com 26,7% das não obesas. As mulheres do grupo A e C referiram insônia como o principal motivo, por outro lado no grupo B os motivos relatados foram fadiga, ronco, muito sono e uma mulher referiu ter insônia.

A tabela 7 apresenta as respostas das mulheres estudadas quanto à ocupação do tempo livre, sendo permitido a resposta em mais de uma categoria.

Tabela 7 - Distribuição (%) das mulheres dos grupos A,B e C quanto à ocupação do tempo livre.

Ocupação do tempo livre	Grupo A (n=15)	Grupo B (n=15)	Grupo C (n=15)
Assiste TV	46,7	46,7	46,7
Dorme	6,7	13,3	0,0
Realiza trabalhos manuais	33,3	33,3	40,0
Passeia	20,0	13,3	20,0
Visita amigos/parentes	33,3	26,7	26,7
Outras atividades	33,3	20,0	26,75
Exercício físico	13,3	6,7	0,0
Atividade religiosa	6,7	0,0	6,7
Serviços domésticos	13,3	6,7	0,0
Cuidar dos netos	6,7	0,0	13,3
Escrever	0,0	0,0	6,7
Ignorado	6,7	6,7	0,0

Observa-se que 13,3% das mulheres morbidamente obesas e 6,7% das obesas leves ocupam o tempo livre dormindo, enquanto todas as mulheres com peso normal, se ocupam com alguma atividade. Ocupar o tempo livre assistindo televisão foi semelhante nos três grupos estudados, ou seja, 46,7% das mulheres.

Além das atividades respondidas, as mulheres estudadas especificaram outros tipos de atividades realizadas durante o tempo livre. Duas mulheres obesas leves e uma morbidamente obesa referiram fazer caminhada ou outros exercícios físicos durante o tempo livre; uma obesa leve e uma não obesa disseram freqüentar atividades religiosas, duas obesas leves e uma obesa mórbida, ocupam o tempo livre realizando serviços domésticos, fazendo comida, limpando a casa ou lavando a roupa;

uma obesa leve e duas mulheres sem obesidade referiram que nos momentos de tempo livre cuidam dos netos.

Objetivando conhecer, a evolução do aumento de peso durante as fases da vida, as mulheres responderam questões referentes à situação nutricional na infância, peso aos 18 anos e na idade adulta, como mostra a tabela 8:

Tabela 8- Caracterização das mulheres dos grupos A,B e C quanto à avaliação nutricional

Avaliação de peso	Grupo A (n=15)	Grupo B (n=15)	Grupo C (n=15)
Situação quando criança (%)			
Magra	80.0	26.7	80.0
Peso ideal	20.0	26.7	20.0
Gorda	0.0	46.7	0.0
Peso aos 18 anos (kg)	52.6	73.8	49.0
(média e desvio padrão)	(8.6)	(14.7)	(8.1)
Peso máximo quando adulto (kg)	87.6	141.2	61.2
(média e desvio padrão)	(10.4)	(23.0)	(8.1)
Idade (anos) na época do peso máximo	38.7	36.6	34.3
(média e desvio padrão)	(8.0)	(8.2)	(12.9)

Observando a tabela 8, pode-se constatar que 46,7% das mulheres com obesidade mórbida têm lembrança de ser considerada gorda desde a infância. O peso aos 18 anos também mostra diferença acentuada entre os grupos: as mulheres obesas leves referiram pesar em média 52,6kg, as obesas mórbidas referiram que aos 18 anos já pesavam 73,0 kg e o grupo

das mulheres não obesas pesava em média 49,0kg nesta mesma idade. Pode-se observar que as morbidamente obesas já apresentavam peso mais elevado no final da adolescência.

É importante ressaltar ainda, que a média da idade onde experimentaram peso máximo foi de 38,7 anos para as mulheres obesas leves, 36,6 anos para as morbidamente obesas e 34,3 para o grupo sem obesidade.

Com a finalidade de verificar a satisfação com o peso corporal, foram feitas perguntas sobre como elas se sentiam com o peso atual e quantos quilos gostariam de pesar. As tabelas 9 e 10 mostram o grau de satisfação e os valores médios de peso.

Tabela 9- Porcentagem de respostas das mulheres dos grupos A,B e C quanto ao grau de satisfação com o peso

Satisfação com o peso	Grupo A (n=15)	Grupo B (n=15)	Grupo C (n=15)
Muito Insatisfeita	40.0	73.3	13.3
Insatisfeita	46.7	20.0	0.0
Nem satisfeita/Nem insatisfeita	6.7	6.7	13.3
Satisfeita	6.7	0.0	66.7
Muito satisfeita	0.0	0.0	6.7

É possível observar que a maioria das mulheres com obesidade leve e mórbida referiu sentimentos de muita insatisfação ou insatisfação com o peso atual, mostrando porcentagens acentuadamente maiores que o grupo de comparação, sugerindo indicadores de insatisfação corporal . No grupo A, 86,7% das mulheres mostraram-se insatisfeitas ou muito insatisfeitas com

seu peso, a insatisfação no grupo B foi de 93,3% enquanto somente 13,3% no grupo C referiram alguma insatisfação. Por outro lado, 6,7% das mulheres do grupo A mostraram-se satisfeitas ou muito satisfeitas com seu peso corporal, nenhuma mulher do grupo B mostrou satisfação e 73,3% das não obesas referiram alguma satisfação com o peso corporal.

Tabela 10 - Caracterização das respostas das mulheres dos grupos A,B e C quanto ao peso real e o que avaliam como ideal

Avaliação do peso	Grupo A (n=15)	Grupo B (n=15)	Grupo C (n=15)
Peso atual (kg)	83,5	136,6	58,7
(média e desvio padrão)	(8,1)	(22,4)	(5,8)
Avalia como peso ideal (kg)	65,9	66,4	57,2
(média e desvio padrão)	(7,0)	(12,0)	(5,7)
Diferença entre os pesos (kg)	17,6	70,2	1,5

Observa-se na tabela 10 as mulheres do grupo A gostariam de perder 17,6kg, as do grupo B, 70,0kg e as do grupo de comparação gostariam de perder 1,5kg.

Na tabela 11 estão as porcentagens de respostas sobre mudanças de peso no último ano para os grupos A,B e C. Observa-se diferença notória em relação ao ganho de peso no último ano para os três grupos, 46,7% das mulheres com obesidade mórbida referiram ter aumentado de peso, este valor diminui para 33,3% para as obesas leves e 20% para as não obesas, como demonstrado na tabela 11.

Tabela 11 - Porcentagem de respostas das mulheres dos grupos A,B e C quanto a alterações no peso no último ano

Alterações no peso	Grupo A (n=15)	Grupo B (n=15)	Grupo C (n=15)
Mudança de peso			
Não	13,3	20,0	46,7
Sim perda	53,3	33,3	33,3
Sim ganho	33,3	46,7	20,0
Faz dieta para perda de peso	66,7	60,0	0,0

Verifica-se ainda que 13,3% das mulheres obesas leves não experimentaram mudança de peso no último ano, enquanto a porcentagem para as obesas mórbidas para esta variável foi de 20,0% e para o grupo controle foi 46,7%.

É importante observar que 66,7% das mulheres com obesidade leve e 60,0% com obesidade mórbida referiram, no momento da entrevista, que estavam fazendo dieta para perder peso.

A tabela 12 mostra as respostas das mulheres sobre os motivos do aumento de peso, para os grupos A e B, sendo permitido nessa pergunta, responder mais de uma categoria.

Tabela 12 - Porcentagem de respostas das mulheres dos grupos A e B, quanto ao motivo de aumento de peso

Motivo	Grupo A (n=15)	Grupo B (n=15)
Excesso de alimentação	60,0	53,3
Gravidez	33,3	26,7
Casamento	20,0	26,7
Falta de atividade física	40,0	40,0
Doença	33,3	6,7
Medicamento	26,7	20,0
Menopausa	33,3	0,0
Outras causas	40,0	13,3

Verifica-se que 60,0% das obesas leves e 53,3% das mórbidas acham que o motivo está relacionado com excesso de alimentação, Entre as mulheres com obesidade leve, duas referiram outras causas, uma delas referiu excesso de hormônio e a outra, problemas familiares como as causas para o aumento do peso. Entre o grupo das morbidamente obesas, seis mulheres apontaram outras causas, entre elas, é importante ressaltar que quatro (26,6%) atribuíram a sentimentos, como ansiedade, preocupação e problemas familiares, como as causas para o aumento de peso corporal. Uma delas não respondeu a pergunta e a outra referiu como causa, o fato de ter parado de fumar.

A tabela 13 mostra as respostas das mulheres dos grupos A e B, sobre as situações em que a ingestão de alimentos tende a ser maior, sendo permitido responder mais de uma categoria.

Tabela 13 - Porcentagem de respostas das mulheres dos grupos A e B, relativas ao reconhecimento de situações em que a ingestão de alimentos é maior

Situações	Grupo A (n=15)	Grupo B (n=15)
Quando está com problemas	20,0	53,3
Quando está ansiosa	60,0	86,7
Quando está triste	20,0	33,3
Quando está só	26,7	26,7
Não há situações específicas	20,0	6,7
Não sabe	13,3	6,7

Entre os problemas que levam ao aumento de ingestão de alimentos, uma mulher do grupo A respondeu que come mais quando está preocupada com a situação financeira e duas não especificaram os problemas. No grupo B, 26,7% relatam que comem mais quando têm problemas no relacionamento familiar, 6,7% acham que comem mais quando estão nervosas, 6,7% quando têm dificuldade financeira e uma mulher não especificou o motivo.

Pode ser observado que sentimentos como ansiedade, tristeza e solidão foram apontados como fatores que desencadeiam o aumento de ingestão de alimentos em grande parte das mulheres dos grupos A e B.

Na tabela 14, são apresentadas as porcentagens das respostas das mulheres dos grupos A e B em relação à interferência da obesidade nas relações interpessoais.

Tabela 14 - Porcentagem de respostas das mulheres dos grupos A e B, quanto à interferência do excesso de peso nas relações interpessoais

Tipos de relações	Grupo A (n=15)	Grupo B (n=15)
Pessoas em geral		
- sim	46,7	73,3
- não	40,0	20,0
- não sabe	13,3	6,7
Amigos		
- sim	46,7	60,0
- não	46,7	26,7
- não sabe	6,7	13,3
Familiares		
- sim	53,3	60,0
- não	40,0	33,3
- não sabe	6,7	6,7
Casal		
- sim	66,7	66,7
- não	26,7	20,0
- não sabe	6,7	13,3
Sexual		
- sim	60,0	80,0
- não	40,0	13,3
- não sabe	0,0	6,7

Os dados mostram que 46,7% das obesas leves e 73,3% das morbidamente obesas avaliam que a obesidade atrapalha no relacionamento com as pessoas em geral. Quanto a atrapalhar no relacionamento com os familiares, a resposta foi positiva em 53,3% das mulheres com obesidade leve e em 60,0% das obesas mórbidas. 66,7% das obesas leves e mórbidas avaliam que a obesidade atrapalha no relacionamento do casal. Quanto ao relacionamento sexual, 60,0% das obesas leves e 80,0% das mórbidas consideram que a obesidade interfere negativamente.

4.2- Avaliação da qualidade de vida.

Para a avaliação da qualidade de vida utilizou-se o instrumento WHOQOL-100 como fonte de dados. As médias dos escores das facetas e domínios estão apresentadas nas tabelas 15 e 16.

Tabela 15 – Média dos escores das facetas do WHOQOL-100 dos grupos A,B e C

FACETAS	MÉDIA DAS FACETAS			Valor de p*
	A (n=15)	B (n=15)	C (n=15)	
1	11,50	12,55	9,45	0,006
2	9,40	7,00	9,45	0,000
3	9,55	7,40	11,55	0,006
4	10,55	8,10	11,35	0,000
5	9,95	9,75	11,80	0,022
6	10,60	9,40	12,65	0,000
7	9,05	6,95	10,95	0,000
8	11,00	11,70	7,75	0,000
9	10,30	7,75	13,00	0,000
10	10,25	7,75	12,10	0,000
11	7,55	7,75	5,45	0,000
12	11,70	9,35	13,30	0,000
13	11,45	10,15	12,70	0,001
14	10,70	9,95	10,80	0,402
15	10,05	8,05	11,50	0,006
16	8,25	8,20	8,50	0,928
17	11,05	10,30	11,00	0,534
18	30,64	6,65	9,25	0,000
19	10,65	9,80	12,30	0,000
20	10,65	9,25	10,85	0,013
21	8,60	7,55	10,20	0,002
22	9,55	9,55	10,35	0,298
23	10,55	8,45	11,85	0,003
24	12,30	11,50	12,90	0,138
25	10,25	7,85	11,95	0,000

*Teste de Kruskal-Wallis

Observa-se na tabela 15 que as facetas 14 “Suporte (apoio) social”, 16 “Segurança física e proteção”, 17 “Ambiente físico e proteção”, 22 “Ambiente no lar” e 24 “Espiritualidade/ religiões e crenças pessoais” não apresentaram diferenças estatisticamente significantes.

As médias das demais facetas apresentaram diferenças significativas, mostrando que os aspectos relacionados à qualidade de vida sofrem modificações em função do grau de obesidade.

Tabela 16 – Média dos escores dos domínios da WHOQOL-100 dos grupos A,B e C

DOMÍNIOS	MÉDIA DOS ESCORES			Valor de P*
	A (n=15)	B (n=15)	C (n=15)	
1	0,35	0,22	0,46	0,012
2	0,45	0,35	0,56	0,000
3	0,50	0,34	0,56	0,001
4	0,64	0,53	0,72	0,001
5	0,54	0,48	0,63	0,000
6	0,78	0,71	0,83	0,138

*Teste do Kruskal-Wallis

Na tabela 16 estão apresentados os dados dos grupos A,B e C frente aos domínios. Nota-se que somente o Domínio 6 “**Aspectos espirituais/ religião/crenças pessoais**” não apresentou diferença estatisticamente significativa.

O gráfico 1 mostra as freqüências dos escores dos domínios dos grupos A, B e C:

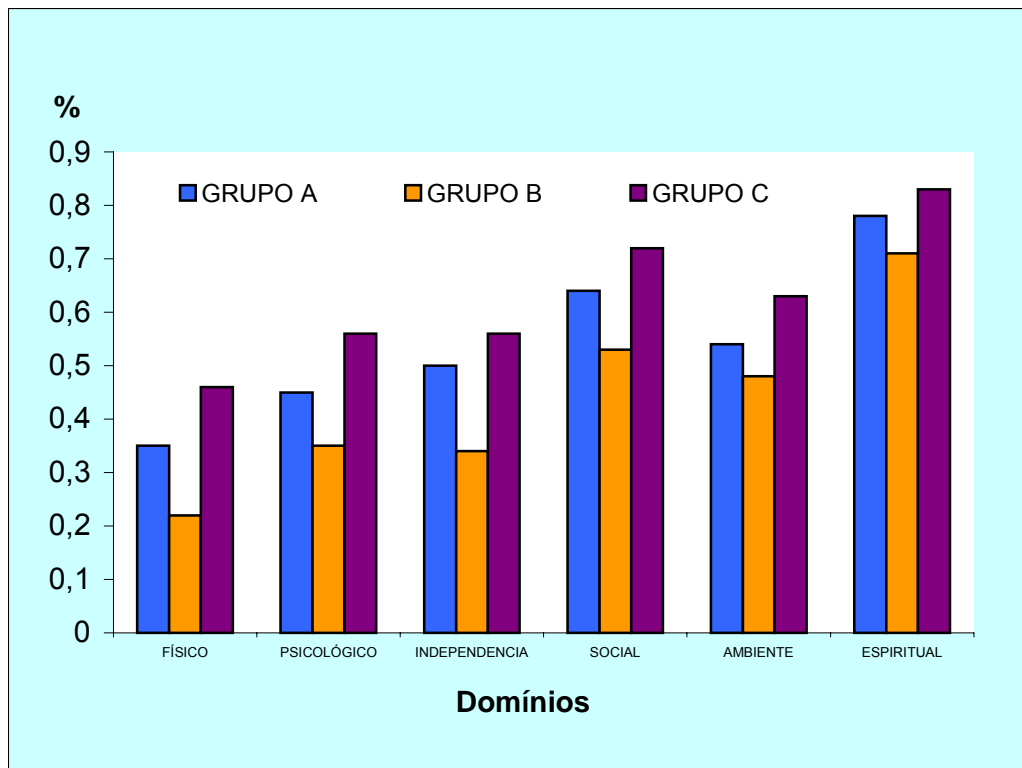


Gráfico 1- Frequência dos escores dos domínios da WHOQOL-100 dos grupos A,B e C

4.3- Avaliação do funcionamento ocupacional

A tabela 17 apresenta os resultados percentuais obtidos nos grupos estudados.

Tabela 17 – Distribuição de frequência relativa em cada grupo estudado, segundo repostas em cada item

ÁREAS e ÍTENS	GRUPO A			GRUPO B			GRUPO C		
	Forte	Adequ	Melhora	Forte	Adequ	Melhora	Forte	Adequ	Melhora
I- Causalidade pessoal									
1- Conhecer minhas...	20	20	60	20	20	60	26,7	40	33,3
2- Esperar sucesso...	46,7	26,7	26,7	33,3	6,7	60	60	6,7	33,3
3- Acreditar que eu...	40	40	20	53,3	13,3	33,3	60	20	20
II- Valores									
4- Fazer atividades...	53,3	13,3	33,3	33,3	13,3	53,3	53,3	20	26,7
5- Ter objetivos...	53,3	20	26,7	53,3	13,3	33,3	73,3	6,7	20
6- Ter expectativas...	33,3	20	46,7	26,7	20	53,3	66,7	20	13,3
III- Interesses									
7- Identificar...	40	26,7	33,3	33,3	33,3	33,3	73,3	13,3	13,3
8- Ter interesses...	40	33,3	26,7	20	33,3	46,7	60	20	20
9- Participar...	46,7	20	33,3	33,3	13,3	53,3	66,7	20	13,3
IV- Papéis									
10- Estar envolvido...	46,7	20	33,3	53,3	13,3	33,3	60	26,7	13,3
11- Conhecer...	20	33,3	46,7	13,3	53,3	33,3	66,7	20	13,3
12- Ter equilíbrio...	40	33,3	26,7	46,7	33,3	20	73,3	13,3	13,3
V- Hábitos									
13- Organizar ...	20	26,7	53,3	20	26,7	53,3	53,3	26,7	20
14- Ter hábitos...	20	40	40	33,3	40	26,7	46,7	40	13,3
15- Ser flexível...	20	20	60	40	20	40	33,3	26,7	40
VI- Habilidades									
16- Expressar-me...	20	26,7	53,3	6,7	46,7	46,7	40	33,3	26,7
17- Socializar-me...	40	33,3	26,7	33,3	33,3	33,3	66,7	13,3	20
18- Planejar...	53,3	26,7	20	26,7	33,3	40	73,3	20	6,7
19- Concentrar-me...	53,3	33,3	13,3	40	33,3	26,7	73,3	26,7	0
20- Identificar...	20	40	40	33,3	40	26,7	53,3	26,7	20
21- Desempenhar...	60	26,7	13,3	66,7	20	13,3	86,7	13,3	0
22- Ser fisicamente...	40	46,7	13,3	33,3	26,7	40	73,3	20	6,7
VII- Meio Ambiente									
23- Estar em...	40	33,3	26,7	33,3	46,7	20	73,3	20	6,7

A tabela 18 mostra a comparação das respostas entre os grupos A, B e C e os valores de p para cada item na resposta “**PONTO FORTE**”.

Tabela 18 - Comparação das respostas “PONTO FORTE” entre os grupos A,B e C

ÁREAS e ÍTENS				Valor de p*		
	A	B	C	A versus B	A versus C	B versus C
I- Causalidade pessoal						
1- Conhecer minhas...	20	20	26,7	0,50	0,33	0,33
2- Esperar sucesso...	46,7	33,3	60	0,77	0,23	0,06
3- Acreditar que eu...	40	53,3	60	0,23	0,13	0,35
II- Valores						
4- Fazer atividades...	53,3	33,3	53,3	0,87	0,50	0,12
5- Ter objetivos...	53,3	53,3	73,3	0,50	0,12	0,12
6- Ter expectativas...	33,3	26,7	66,7	0,65	0,02	0,00
III- Interesses						
7- Identificar...	40	33,3	73,3	0,64	0,02	0,00
8- Ter interesses...	40	20	60	0,88	0,13	0,00
9- Participar...	46,7	33,3	66,7	0,77	0,12	0,02
IV- Papéis						
10- Estar envolvido...	46,7	53,3	60	0,35	0,23	0,35
11- Conhecer...	20	13,3	66,7	0,68	0,00	0,00
12- Ter equilíbrio...	40	46,7	73,3	0,35	0,02	0,06
V- Hábitos						
13- Organizar ...	20	20	53,3	0,50	0,02	0,02
14- Ter hábitos...	20	33,3	46,7	0,20	0,05	0,22
15- Ser flexível...	20	40	33,3	0,11	0,20	0,64
VI- Habilidades						
16- Expressar-me...	20	6,7	40	0,86	0,11	0,00
17- Socializar-me...	40	33,3	66,7	0,64	0,06	0,02
18- Planejar...	53,3	26,7	73,3	0,93	0,12	0,00
19- Concentrar-me...	53,3	40	73,3	0,76	0,12	0,02
20- Identificar...	20	33,3	53,3	0,20	0,02	0,12
21- Desempenhar...	60	66,7	86,7	0,35	0,04	0,09
22- Ser fisicamente...	40	33,3	73,3	0,64	0,02	0,00
VII- Meio Ambiente						
23- Estar em	40	33,3	73,3	0,64	0,02	0,00

* teste t de Student

O teste t de Student, aplicado na comparação dos grupos, não mostrou diferenças significativas nos resultados das respostas “ADEQUADO” e “NECESSIDADE DE MELHORA”, com exceção do ítem 2 “Esperar sucesso de meus esforços ao invés de fracasso” ($p=0,02$) da área “CAUSALIDADE PESSOAL”.

Verifica-se que entre as mulheres obesas (Grupo A e B) não houve diferença significativa nas áreas e itens da resposta “PONTO FORTE” do funcionamento ocupacional, porém, quando comparados os grupos A e C ; B e C, observa-se que somente a área “causalidade pessoal” não mostrou resultado significativo em nenhum item.

5- DISCUSSÃO

A escolha de estudar somente mulheres decorreu do fato destas apresentarem maiores prejuízos na qualidade de vida em relação aos homens com obesidade. Ao contrário dos homens, as mulheres com sobrepeso, em tratamento para obesidade, relatam perda da vitalidade e percepção pior da saúde geral (Katz et al., 2000). Para alguns autores (Gutiérrez et al. 1998; Larsson & Mattsson, 2001), ser mulher, obesa, disfuncional nas atividades cotidianas e ter nível de escolaridade baixo, é uma combinação arriscada para a saúde biológica e social.

5.1- Aspectos sócio-demográficos e clínicos

A amostra estudada envolveu mulheres entre 38 e 45 anos, faixa etária de maior probabilidade da posição social estar

definida, assim como estado civil e número de filhos. Na tabela 1 observa-se que a proporção das solteiras é maior entre as mulheres com obesidade mórbida, assim como a porcentagem de negras, pardas e procedentes de outras cidades. Chama atenção também, que a renda familiar das mulheres deste grupo é menor do que a dos outros grupos.

A relação entre obesidade, sexo e baixo nível sócio-econômico é referida por diversos autores (Rissanen, 1996; Stunkard, 1996; Wamala et al. 1997; Gayoso, et al. 1999; Almeida, 2000) que ressaltam as dificuldades encontrada por mulheres obesas para conseguir emprego pela aparência e dificuldades no desempenho físico, maiores gastos com consultas médicas e medicamentos, aposentadoria precoce, repetidos afastamentos do trabalho

e conseqüentemente baixa mobilidade social. No entanto, esses autores mostram que a relação entre obesidade e nível sócio-econômico é bi-direcional, ou seja, se por um lado a obesidade dificulta a ascensão social e econômica, o nível sócio-econômico também determina a prevalência da obesidade. Wamala et al. (1997), ressaltam que as mulheres de nível sócio econômico alto são menos propensas a desenvolverem obesidade, pois têm mais acesso a alimentos pouco calóricos, orientação especializada para o controle de peso, maiores oportunidades e tempo para lazer, atividades esportivas e recreacionais.

Wamala et al. (1997) mencionam que as causas constantemente associadas ao desenvolvimento de obesidade, como hábitos alimentares não saudáveis, consumo de álcool, história reprodutiva e estresse psicossocial, são também associados ao baixo nível sócio-econômico. Os autores encontraram que o consumo aumentado de carboidratos, proteínas e açúcares, bem como menarca precoce e múltiplos partos, baixa auto-estima, pouco suporte social, baixa qualidade de vida, trabalho estressante e poucos recursos emocionais para lidar com problemas, são fatores que influenciam fortemente o desenvolvimento da obesidade.

Concordando com a literatura, neste estudo a maioria das mulheres estudadas era casada e as com obesidade leve referiram maior quantidade de filhos em relação ao grupo de comparação. Porém, entre as morbidamente obesas observou-se menor número de casadas e menor número de filhos (tabela 3). Esse menor número de filhos pode estar associado com a menor proporção de casadas, assim como com as

alterações endócrino-metabólicas que acompanham a presença da obesidade mórbida e que afetam a fecundidade.

Observa-se na tabela 1 que a renda familiar é acentuadamente menor no grupo das mulheres com obesidade mórbida quando comparado ao com obesidade leve e ao de não obesas. Estas informações podem estar relacionadas tanto com as dificuldades no desempenho do trabalho (físicas, emocionais e de conseguir emprego) quanto ao fato destas mulheres apresentarem menor número de filhos e de pessoas vivendo na casa, conseqüentemente, menor número de pessoas contribuindo para a renda familiar (tabela 3).

Na literatura, o baixo grau de escolaridade é fortemente relacionado ao desenvolvimento da obesidade (Stunkard, 1996; Wamala et al., 1997). Na amostra estudada, não se observou essa associação, ou seja, houve até uma maior proporção de mulheres obesas mórbidas que completaram a 8ª série.

O fato de 80% das mulheres obesas mórbidas serem procedentes de cidades próximas, comprometendo-se a viajar e freqüentar semanalmente o ambulatório para o tratamento da obesidade, pode ter selecionado pessoas de maior nível educacional.

Em relação à situação profissional, os dados encontrados na tabela 4, confirmam as conclusões de Livingston & Ko (2002); Larsson & Matsson (2001); Rissanen (1996), onde mulheres com obesidade apresentam limitações no desempenho das atividades profissionais devido à obesidade e suas conseqüências psicossociais e físicas. Essas dificuldades parecem ser

mais acentuadas no grupo das obesas mórbidas, pelo excesso de gordura corporal.

A grande porcentagem encontrada de mulheres obesas que referiram trabalhar em casa ou ter como ocupação atual o trabalho doméstico, conforme mostra a tabela 5, parece relacionada às dificuldades em conseguir emprego e desempenhar as atividades profissionais fora do lar. Outra possibilidade de trabalho, encontrada por algumas mulheres com obesidade leve e mórbida, foi o trabalho autônomo, como vendas de produtos de catálogos, de comida pronta, de artesanato. Entre as mulheres obesas mórbidas aparecem a inatividade e a restrição ao lar, sugerindo dificuldades no desempenho de atividades profissionais e na participação social.

É importante ressaltar que não somente pela dificuldade em conseguir emprego, ou ainda no desempenho físico das tarefas profissionais, mas também pela insegurança por serem desrespeitadas e desmoralizadas, consideradas sem força de vontade, pessoas de ego fraco e fora de moda (Campos, 1995). Fatores como estes dificultam os relacionamentos com colegas de trabalho, com as pessoas em geral e com familiares.

Observa-se que o trabalho manual está presente e inserido no cotidiano de grande parte das mulheres estudadas, podendo ser entendido como uma atividade possível de ser realizada no ambiente doméstico e também como auxiliar no aumento de renda da família, tanto para mulheres obesas quanto para às não obesas.

Gayoso et al. (1999); Seidell (1995); Laitinen et al. (2002), encontraram alta freqüência de morbidades associadas a obesidade, principalmente em indivíduos com obesidade mórbida. Como mostra a tabela 6, este estudo constatou que os grupos de mulheres com obesidade leve e mórbida apresentam maior freqüência de doenças relacionadas à obesidade e de distúrbios do sono. Quanto à dislipidemia, a freqüência foi um pouco maior nas obesas mórbidas e semelhante entre as com obesidade leve e não obesas. Esses resultados confirmam a maior morbidade associada à presença da obesidade, o que implica maior absenteísmo ao trabalho, maior procura por consultas e conseqüente dificuldade para manter o emprego.

Quando se compara mulheres obesas com não obesas, destaca-se a diferença acentuada em relação à sonolência diurna, sendo que as obesas ocupam mais o tempo livre dormindo, conforme dados apresentados na tabela 7. Resta et al. (2003), em um estudo sobre qualidade do sono e sonolência diurna, em pessoas obesas que não apresentavam síndrome obstrutiva de apnéia noturna, mostraram que a obesidade *per se* é associada a alterações no sono, resultando em sonolência diurna, baixa qualidade de vida, prevalência de complicações médicas, dificuldades no desempenho do trabalho, além de problemas nas relações sociais e familiares.

Vários autores, entre eles Rotkoff (1999); Larsson & Mattson (2001); Stunkard (1996); Campos (1995) e Almeida (2000), discutem as dificuldades na participação social e as conseqüentes tentativas de minimizá-la evitando

situações onde a gordura é um problema. Estes dados podem ser observados na tabela 7, nos indicadores de ocupação do tempo livre, onde as mulheres morbidamente obesas relataram que passeiam menos e dormem mais.

Tanto as mulheres obesas quanto as não obesas referiram, em grande parte, ocupar o tempo livre assistindo televisão. Dados como este podem ser relacionados às mudanças no estilo de vida, influenciado pela modernização e outras mudanças sociais e culturais que contribuem para uma vida sedentária, onde a televisão e o computador dominam o tempo de lazer (WHO, 2002).

Deve-se ressaltar que a compreensão do significado de tempo livre mostrou-se diferente para as mulheres entrevistadas, provavelmente porque o conceito de tempo livre é subjetivo e heterogêneo. Concordando com Ferrari (1996), tempo livre pode ser entendido como um tempo disponível para uma ação prazerosa ou um fazer prazeroso, onde cozinhar, arrumar a casa, cuidar dos netos, escrever, realizar trabalhos manuais, são momentos de participação consciente e voluntária na vida social e familiar. Por outro lado, pode também ser entendido como um momento de ausência de trabalho, de obrigações familiares, domésticas, religiosas, portanto um tempo desocupado, de descanso, de recolhimento da vida social e familiar, resultando em diferentes respostas de acordo com a interpretação individualizada.

Quanto à evolução da obesidade ao longo do desenvolvimento (tabela 8), observa-se que grande parte das obesas mórbidas era considerada

“gorda” já quando criança e referem peso elevado aos 18 anos, mostrando que o sobrepeso ou a obesidade acompanhou sua infância e adolescência. Este fato pode contribuir negativamente no desenvolvimento da auto-estima, reconhecimento de habilidades, funções corporais e na discriminação de seu papel sexual devido às dificuldades em participar de atividades esportivas e recreacionais, por ser motivo de apelidos e piadas e por ser desvalorizado socialmente, como encontrado nos estudos de Rissanen (1996); Campos (1995).

Em relação à satisfação com o peso (tabela 9), observa-se que as obesas mórbidas se mostraram mais insatisfeitas em relação ao peso corporal, assim como as com obesidade leve, porém, observa-se que mesmo no grupo das mulheres não obesas, pode-se observar pessoas muito insatisfeitas ou pouco satisfeitas, desejando perder peso. Estes indicadores parecem estar associados ao esforço das mulheres para se adaptar às expectativas sociais e culturais relacionadas aos padrões de beleza corporal.

Observando a tabela 10, cabe ressaltar que a ligeira diferença na avaliação do peso ideal, observada na comparação entre os grupos, sugere que as pessoas obesas têm a informação sobre o peso ideal, referem estar fazendo dieta (tabela 11) e, em sua maioria, reconhecem e avaliam que o excesso de alimentação e a falta de atividade física são os motivos do aumento de peso (tabela 12). Além disso, como mostra a tabela 13, identificam que preocupação com problemas e estados emocionais, como ansiedade e tristeza, desencadeiam aumento da ingestão de alimentos.

Laitinen et al. (2002) estudando a relação entre estresse e aumento do consumo de alimentos e bebidas alcoólicas, constataram que o IMC é maior entre pessoas, principalmente entre as mulheres, que referem ter hábito de comer e beber quando têm que lidar com situações estressantes. Campos (1995), estudando aspectos psicológicos da obesidade, discute que sentimentos ambíguos com relação à maternidade, pode levar algumas mães a superalimentar seus filhos, buscando a tranquilidade de serem boas mães porque seus filhos estão fortes e saudáveis, ou oferecendo alimentos em momentos onde o bebê expressa qualquer desconforto. Este comportamento pode desencadear no filho um mecanismo, onde o conforto para sentimentos e situações desagradáveis é buscado no alimento.

Como mostra a tabela 14, uma maior proporção de mulheres com obesidade mórbida avalia que o excesso de peso tem influência negativa nas relações interpessoais. Não foi observada diferença entre os dois grupos de obesas, nas respostas sobre a interferência da obesidade no relacionamento do casal, porém, pode-se observar que 13,3% das obesas mórbidas não sabiam responder a esta pergunta. Este fato pode estar relacionado à ausência de parceiros e à menor quantidade de mulheres obesas mórbidas casadas.

A maior porcentagem de respostas afirmativas entre as mulheres com obesidade mórbida quanto à interferência da obesidade no relacionamento sexual, confirma dados da literatura, onde mulheres obesas sentem-se pouco atrativas, rejeitadas e desvalorizadas (Casares, 1999; Campos, 1995).

Embora as mulheres com obesidade tenham conhecimento sobre o peso ideal, doenças relacionadas à obesidade, orientação nutricional, e reconheçam os prejuízos acarretado pelo excesso de gordura, todas estas informações parecem não ser suficientes para impedir o exagero, tampouco motivar o controle do desejo de hiperalimentação.

5.2- A qualidade de vida

Tendo em vista os resultados apresentados na tabela 15 e no gráfico 1, bem como os dados da literatura, pode ser observado que vários fatores envolvem a obesidade e podem influenciar negativamente na qualidade de vida das mulheres obesas.

A análise dos resultados relativos ao WHOQOL-100, mostra que as mulheres com obesidade leve e mórbida apresentaram maiores dificuldades e limitações na qualidade de vida em todos os domínios, com exceção do relacionado a aspectos religiosos e espirituais, quando comparadas às mulheres sem obesidade. Observa-se que o grau de obesidade tem diferença acentuada no impacto sobre a qualidade de vida das mulheres, causando prejuízos no funcionamento físico, no bem estar psicológico, na independência para as atividades da vida cotidiana, nas relações sociais e na participação em atividades de lazer e recreação, quando se compara com as mulheres sem obesidade. Resultados semelhantes foram encontrados por Livingston & Ko (2002) e Casares (1999), que verificaram que a qualidade de vida diminui conforme o aumento do índice de massa corporal.

As mulheres obesas referiram presença de dor e desconforto físico, fadiga, falta de energia, cansaço e dificuldades com o sono, dificultando fazer o que precisava ser feito durante o dia. Esses resultados confirmam os descritos por alguns estudos que objetivaram avaliar a qualidade de vida de pessoas obesas, como os de Katz et al. (2000), Resta et al.(2003), Gutiérrez et al. (1998), que relatam prejuízos em áreas de mobilidade física, presença de dor, reações emocionais e dificuldades de convivência social, quando comparadas às pessoas com peso normal.

Ao se tratar de aspectos relacionados ao domínio psicológico, as mulheres obesas mórbidas mostraram escores significativamente mais baixos que as com obesidade leve e estas em relação às mulheres sem obesidade. Este resultado parece estar relacionado à dor pela imagem corporal e pelo sentimento de fracasso, para conseguir um corpo magro, particularmente para as mulheres, pois sofrem maior pressão social, como ressaltam os estudos de Barros (1990), Astudillo et al. (1996) e Grilo et al. (1994). Além disso, os sentimentos relacionados à baixa auto-estima, sentimentos negativos e percepção negativa da imagem corporal, podem estar associados às dificuldades nas relações sociais, na participação em atividades de lazer e nas relações sexuais como apontaram Gayoso et al. (1999) e Casares (1999).

Em relação ao nível de independência para atividades da vida cotidiana e capacidade para o trabalho, pode-se observar que as mulheres com obesidade diferiram das mulheres com peso normal, sendo as obesas mórbidas acentuadamente mais comprometidas nesta área que as com

obesidade leve. Estes dados estão provavelmente relacionados à perda precoce da produtividade, afastamento do trabalho, dificuldades para conseguir emprego e conseqüente diminuição de renda entre pessoas obesas.

Os estudos de Lahteenkorva et al. (1995), Larsson & Mattsson (2001), Seidell (1995), Rissanen (1996) e Stunkard (1996), apontam que pessoas obesas têm maiores gastos com remédios, consultas médicas e medicações para controle e tratamento das doenças associadas à obesidade. Além disso, os dados relativos ao impacto da obesidade nas atividades ocupacionais e de rotina diária de mulheres parecem concordantes e complementares com os encontrados por Larsson & Matsson (2001) e Livingston & Ko (2002), onde habilidades como abaixar, curvar-se, ajoelhar, agachar, assim como atividades que requeriam função motora fina ou associadas a lazer, eram acentuadamente prejudicadas, conforme o aumento do peso corporal.

A maioria das mulheres obesas mórbidas referiu dificuldades no desempenho dos serviços domésticos, dificuldades físicas para fazer as atividades do dia-a-dia e pouca participação nas atividades de lazer. Resultados semelhantes a estes foram encontrados por Larsson & Mattsson (2001) e Seidell (1995) que verificaram que mulheres obesas mórbidas, quando comparadas àquelas sem obesidade, referiram dificuldades para caminhar, subir em escadas e degraus, desempenhar tarefas de rotina diária, carregar sacolas, agachar, levantar-se de sofás e poltronas, entrar e sair de carros, dirigir, pegar utensílios em armários baixos, assim como

dificuldades em amarrar sapatos, vestir-se e lavar partes baixas como, por exemplo, pernas e pés. Estas mulheres também referiram evitar as poltronas de aviões, assim como se levantar e caminhar em público, pois têm medo de cair, sentem-se desajeitadas e observadas por todos.

Em relação aos aspectos relacionados à segurança, proteção no ambiente em que vivem e crenças pessoais, este estudo não mostrou diferença significativa entre as pessoas obesas e não obesas, provavelmente porque são aspectos relacionados ao bem estar e qualidade de vida que independem do peso e tamanho corporal.

Katz et al. (2000) demonstraram que níveis modestos de sobrepeso estão associados com significativa redução na qualidade de vida, o que também foi observado neste estudo, que mulheres com obesidade leve apresentaram menores escores na avaliação da qualidade de vida, quando comparadas às mulheres sem obesidade.

5.3- O funcionamento ocupacional

Diversos aspectos devem ser considerados em relação à escala de Auto Avaliação do Funcionamento Ocupacional (SAOF). Entre eles, a dificuldade para entender o formato da escala, onde frases afirmativas necessitam ser entendidas, avaliadas e respondidas através de uma “auto-pergunta”: Isto é um “**ponto forte**” em mim, está “**adequado**” ou “**necessita de melhora**” ? No entanto, esta pergunta necessária para a resposta, fica implícita e o paciente deve a cada item, transformar a afirmação em uma pergunta. Outra dificuldade que interfere na compreensão, é a classificação

em “**ponto forte**”, “**adequado**” e “**necessidade de melhora**”. Um bom desempenho deve ser respondido como “**ponto forte**”; um desempenho ruim ou fraco, como “**necessidade de melhora**” e um desempenho mediano deve ser classificado como “**adequado**”. Facilitaria a compreensão e a resposta se as afirmativas fossem apresentadas como perguntas e as opções de respostas fossem substituídas por: **bastante, mais ou menos e dificuldade**. Outro aspecto já apontado por Tedesco (2000) foi a presença de diferentes variáveis no mesmo item, como por exemplo no item 21 “desempenhar tarefas cotidianas” que agrega cuidados com a higiene e organização com gastos de dinheiro.

A tabela 17 apresenta os resultados das freqüências das respostas dos três grupos de mulheres para todas as áreas e itens da SAOF. Como só a resposta “**ponto forte**” apresentou diferenças com significância estatística, os resultados são destacados na tabela 18.

A comparação entre os grupos de mulheres com obesidade leve, obesidade mórbida e não obesas na resposta “**ponto forte**”, resultou em dados relevantes para todas as áreas, com exceção da área 1: “**causalidade pessoal**”. Este dado significa que as mulheres dos três grupos estudados, têm dificuldade em conhecer suas habilidades, esperar sucesso de suas ações e acreditar que podem realizar coisas na vida cotidiana. Este fato pode estar relacionado à situação profissional, pois a maioria das mulheres estudadas referiu que o trabalho doméstico era a principal atividade desempenhada na vida cotidiana, visto que este pode ser entendido como uma atividade pouco valorizada atualmente.

Em relação à comparação de mulheres com obesidade na resposta “**ponto forte**”, nota-se que as com obesidade leve e mórbida têm uma percepção parecida em relação ao que consideram ponto forte no funcionamento ocupacional. No entanto, áreas como “habilidades” e “causalidade pessoal”, também exploradas nos outros instrumentos, tiveram diferenças significativas na comparação entre obesidade leve e mórbida. Este fato pode ser entendido como possível maior sensibilidade do instrumento, detectando diferenças menores.

As mulheres não obesas avaliaram como significativamente melhor a capacidade de identificar e participar das atividades que gostam, envolver-se em vários papéis em sua vida, estabelecer objetivos para si próprias e organizar as tarefas do cotidiano.

Em relação às habilidades físicas e mentais, as mulheres com obesidade referiram maior dificuldade para identificar problemas e solucioná-los, maior dificuldade em se expressar para os outros, socializar-se, planejar antes de agir e concentrar-se no trabalho que as mulheres não obesas.

Estes dados parecem estar relacionados às dificuldades apresentadas por pessoas obesas em relação à auto-estima e autoconfiança, sentimentos de inadequação devido a sua aparência e dificuldades no funcionamento social, como salientado por Lahteenkorva et al.(1995).

O dado relativo à capacidade física de fazer o que precisa ser feito, foi concordante e complementar aos encontrados neste estudo na avaliação da

qualidade de vida, mostrando que a obesidade, mesmo em grau leve, dificulta o desempenho físico.

A investigação dentro de cada grupo, conhecendo como as mulheres com obesidade leve, as morbidamente obesas e as não obesas vivem seu cotidiano, necessita estudos mais específicos, particularmente os estudos qualitativos.

É importante apontar ainda que o pequeno número de mulheres em cada grupo, pode não ter permitido identificar significância estatística em algumas diferenças entre os três grupos.

6- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os prejuízos causados pela obesidade têm sido amplamente discutidos em razão do grande e crescente número de pessoas obesas na

maioria dos países, das dificuldades na obtenção de sucesso no tratamento a longo prazo, dos altos custos e das limitações incapacitantes causadas por esta doença.

Os dois instrumentos utilizados (WHOQUOL-100 e SAOF) tiveram concordância em identificar as limitações que a obesidade provoca na vida cotidiana das mulheres, mostrando ser instrumentos úteis para serem utilizados em pesquisas similares.

Como pode ser visto nos resultados apresentados, mesmo as mulheres com obesidade leve já apresentam dificuldades no trabalho, insatisfação com sua aparência, problemas nas relações pessoais e sexuais, dificuldades na realização e participação nas atividades da vida cotidiana. Em se tratando de mulheres com obesidade mórbida, a ausência ou desorganização das atividades que sustentam o cotidiano, mostram-se fortemente acentuadas.

A vida cotidiana é a vida do homem inteiro, que participa ativamente colocando em funcionamento no dia-a-dia todas as suas capacidades, habilidades manipulativas, sentimentos, idéias e ideologias (Heller, 2000).

Bianco (1999), em seu estudo, entende que as pessoas se conhecem e são reconhecidas pela ação ou pelas ações que desenvolvem no dia-a-dia.

“É neste viver diário que estão as pessoas concretas, é nele que se desenrolam histórias de vida, onde reside a possibilidade de uma autonomia do sujeito, de

escolher entre alternativas que se mostram viáveis...”

(Bianco, 1999, p. 23).

Entendendo que o cotidiano é aquilo que se faz todos os dias, ou a unidade de medida de sucessão da vida, Takatori (2001), ressalta que o cotidiano inclui espaços sociais, projetos pessoais, tempos diversos, pessoas e objetos variados que se interagem no dia-a-dia.

Para Moraes et al. (2002), pessoas com obesidade mórbida encontram-se distantes das relações sociais e pessoais, com a vida produtiva empobrecida, passam o dia na cama ou em sofás e em geral são dependentes para a realização das atividades do dia-a-dia.

Observa-se na presente pesquisa que a obesidade e suas repercussões impedem indivíduos de participar ativamente do dia-a-dia, vivenciando um cotidiano marcado pelo empobrecimento de projetos pessoais, de amigos, de passeios, de trabalho, de preencher cotidianamente a vida.

Almeida (2000); Benez (2003); Tanco (1998) discutem em seus estudos os benefícios de terapias que não objetivem diretamente a perda de peso e desta forma diminuem o estresse psicológico, beneficiam o bem-estar emocional e potencializam os resultados dos programas para redução de peso. Tanco (1998) propõe que frente às infinitas dificuldades que as mulheres com obesidade enfrentam e os achados em pesquisas que mostram que as obesas mórbidas não mantêm o peso normal, é importante que estas mulheres gostem e se sintam bem em sua vida no aqui e agora e

vivam saudavelmente o presente, ao invés de esperar indefinidamente o emagrecimento futuro de seus sonhos.

É importante ressaltar que a influência da obesidade na vida das pessoas deve ser entendida e avaliada em suas particularidades sociais, emocionais e culturais, só assim, faz sentido o planejamento de tratamentos, orientações para mudanças nos hábitos, a assistência especializada na construção ou reconstrução de um cotidiano inserido numa realidade pessoal e social.

Morais et al. (2002) propõe que a assistência da terapia ocupacional para pessoas com obesidade mórbida objetive a diminuição do estresse do tratamento restritivo, tendo em vista que este processo terapêutico pode facilitar a inclusão em novos ambientes; ajudar no resgate das capacidades e habilidades perdidas com o ganho de peso ou não desenvolvidas ao longo da vida; motivar uma postura ativa, criativa e independente; ampliar o funcionamento dual "eu-alimento" para "eu-atividades" que possibilite o "eu-relações sociais" e possibilitar outras vivências que possibilitem outras satisfações além da comida.

Considerando as particularidades de cada indivíduo, a assistência da terapia ocupacional, criando espaços saudáveis no acontecer do dia-a-dia, permite que o indivíduo necessitado crie novamente uma relação individualizada com seu fazer e com aquilo que precisa ou quer realizar em seu cotidiano, podendo portanto, contribuir no tratamento de pessoas com obesidade.

7 – Referências Bibliográficas

ALMEIDA, G. A. N. Obesidade mórbida em mulheres: a imagem de si, os estilos alimentares e a qualidade de vida. 2000. 122 p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE (ABESO). Consenso Latino Americano sobre Obesidade. 2000. Disponível em: <http://www.abeso.org.br>. Acesso em: 15 jul. 2001.

ASTUDILLO, R. B. et al. Insatisfacción corporal en los transtornos del hábito del comer. Rev. Psiquiatr., Santiago, v. 3-4, p. 200-204, jul-dez, 1995.

BARROS, C. A. S. M. A imagem corporal dos obesos em psicoterapia de grupo. HFA Publ. Téc. Cient., Rio de Janeiro, v. 5, n. 1/2, p. 9-12, jan./jun.1990.

BENETTON, M. J. A terapia ocupacional como instrumento nas ações de saúde mental. 1994. 190 p. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas.

BENETTON, M. J. et al. Terapia ocupacional - 40 anos. Rev. Cent. Estud. Ter. Ocup., São Paulo, n. 5, p. 3-5, set. 2000.

BENETTON, M. J. Editorial. Rev. Cent. Estud. Ter. Ocup., São Paulo, ano 6, n. 6, p. 1, 2001.

BENEZ, M. S. L. Psicoterapia breve em grupo associada a grupo de educação em saúde no tratamento de pacientes obesos mórbidos. 2003. 102 p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

BERQUÓ, E. S.; SOUZA, J. M. P.; GOTLIEB, S. L. D. Bioestatística. São Paulo: EPU, 1981.

BIANCO, M. H. B. C. Construção da autonomia do enfermeiro no cotidiano. 1999. 178 p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

BRAY, G. A. Classification and evaluation of the obesities. Med. Clin. North Am., Los Angeles, v. 73, n. 1, p. 161-184, 1989.

CALDANA, A. C. F. Desemprego e qualidade de vida: estratégias de inclusão social e sobrevivência. 2000. 213 p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

CAMPOS, A. L. R. Aspectos psicológicos da obesidade. In: FISBERG, M. Obesidade na infância e adolescência. São Paulo: Fundo Editorial Byk, 1995. p. 71-79.

CASARES, M. L. T. Obesidad y calidad de vida. Nutr. Hosp., Granada, v.14, n. 5, p. 177-183,1999.

CHANDARANA, P. C. et al. A prospective study of psychosocial aspects of gastric stapling surgery. Psychiatr. J. Univ. Ott., Ottawa, v.15, n.1, p. 32-35, 1990.

CORMILLOT, A. et al. A multiple approach to the treatment of obesity using fasting or a very-low-calorie diet. Int. J. Obes., Buenos Aires, v. 5, p. 297-304, 1981.

DURÕES, M. I. C. et al. Qualidade de vida em TMO: estudo comparativo, randomizado quanto ao tipo de fonte de células progenitoras (CPP XMO) em pacientes com neoplasias hematológicas. Universidade Estadual de Campinas, Hemocentro, Unidade de TMO, Campinas. In: CONGRESSO SOBRE TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA E HEMOPATIAS MALÍGNAS, 5.; ENCONTRO SOBRE TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA, 2.; SESSÃO DE ENFERMAGEM EM TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA, 4., 2001, Curitiba. Anais... Curitiba, 2001.

FERRARI, M. A .C. Lazer e ocupação do tempo livre na terceira idade. In: PAPALÉO NETTO, M. Gerontologia. São Paulo: Atheneu, 1996, cap.10, p. 98-104.

FLECK, M. P. A. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de qualidade de vida da organização mundial de saúde (WHOQOL-100). Rev. Bras. Psiquiatr., São Paulo, v. 21, n. 1, p. 19-28, 1999a.

FLECK, M. P. A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da organização mundial de saúde (WHOQOL-100). Rev. Saúde Pública, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 198-205, 1999b.

FLECK, M. P. A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da organização mundial da organização mundial da saúde (WHOQOL-100):

características e perspectivas. Ciênc. Saúde Coletiva, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 33-38, 2000.

FONTAINE, K. R. et al. Health – related quality of life in obese persons Seeking Treatment. J. Fam. Pract., Baltimore, v. 43, p. 3, p. 265-270, 1996.

FRIEDMAN, M. A.; Brownell, K. D. Psychological correlates of obesity: moving to the next research generation. Psychol. Bull., New Haven, v.117, n.1, p. 3-20, 1995.

GAYOSO, M. H. et al. Obesidade: epidemiologia, fisiopatologia e avaliação clínica. Ars Cvrandi Rev. Clín. Méd., Rio de Janeiro, p. 24-28, out. 1999.

GRILO, C. M. et al. Teasing, body image, self-esteem in a clinical sample of obese women. Addict. Beba., Yale, v. 19, n. 4, p. 443-450, 1994.

GUTIÉRREZ, M. A. B. Calidad de vida relacionada con la salud y obesidad en un centro de atención primaria. Rev. Esp. Salud Publica, Madrid, v. 72, n. 3, p. 1-15, May/Jun., 1998.

HALPERN, A . et al. Obesidade. São Paulo: Lemos, 1998.

HELLER, A. O cotidiano e a história. 6^a. ed. Filosofia. Editora Paz e Terra. São Paulo, 2000.

ISACSSON, A. et al. Quality of life after gastroplasty is normal: a controlled study. Eur. J. Surg., Lund, v. 163, p. 181-186, 1997.

KATZ, D. A.; COLLEEN, A. M.; ATKINSON, R. L. Impact of obesity on health-related quality of life in patients with chronic illness. J. Gen. Intern. Med., Madison, v. 15, p. 789-796, 2000.

LÄHTEENKORVA, S. S. Psychosocial factors and quality of life in obese. Int. J. Obes., Helsinki, v. 19, S1-S5, 1995. Supplement 6.

LAITINEN, J.; EK, E.; SOVIO, U. Stress-related eating and drinking behavior and body mass index and predictors of this behavior. Prev. Med., Oulu, v. 34, p. 29-39, 2002.

LARSEN, F. Psychosocial function before and after gastric banding surgery for morbid obesity. A prospective psychiatric study. Acta Psychiatr. Scand. Suppl., Risskov, v. 82, p. 1- 57, 1990.

LARSSON, U. E.; MATTSSON, E. Perceived disability and observed functional limitations in obese women. Int. J. Obes., Huddinge, v. 25, p. 1705-1712, 2001.

LIVINGSTON, H. E.; KO, C.Y. Use of the health and activities limitation index as a measure of quality of life in obesity. Obes. Res., Los Angeles, v. 10, p. 824-832, 2002.

MORAIS, L. V. et al. A vida cotidiana na obesidade mórbida: um espaço para a assistência da terapia ocupacional. Diagn. Tratamento, São Paulo, v. 7, p. 18-21, 2002.

PIZZINATO, V. T. Obesidade infantil. São Paulo: Sarvier, 1992.

PÓVOA, L. C. Custo da obesidade. In: HALPERN, A. et al. Obesidade. São Paulo: Lemos, 1998. cap. 1, p.55-64.

RISSANEN, A. M. The economic and psychosocial consequences of obesity. Ciba Found Symp., Helsinki, v. 201, p. 194-201, 1996.

RESTA, O., et al. Low sleep quality and daytime sleepiness in obese patients without obstructive sleep apnoea syndrome. J. Intern. Med., Bari, v. 253, p. 536-543, 2003.

ROSS, C. E. Overweight and depression. J. Health Soc. Behav., Columbus, v. 35, n.1, p. 63-79, 1994.

ROTKOFF, N. Care of the morbidly obese patient in a long-term care facility. Geriatr. Nurs., New York, v. 20, n. 6, p. 309-313, 1999.

SEGRE, M.; FERRAZ, C. F. O conceito de saúde. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 31, n. 5, p. 538-542, 1997.

SEIDELL, J. C. The impact of obesity on health status: some implications for health care costs. Int. J. Obes., Copenhagen, v. 19, p. S13-S16, 1995. Supplement 6.

SIEGEL, S. Estatística não paramétrica. São Paulo, McGraw hill Book, 1975.

SOUZA, L. B. Organização do trabalho, qualidade de vida e subjetividade: um estudo sobre representações e crenças de profissionais da Universidade de São Paulo - Campus Ribeirão Preto. 2001. 326 p. Tese (Doutorado) –

Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

STUNKARD, A. J. Socioeconomics status and obesity. Ciba Found. Symp., Philadelphia, v. 201, p. 174-182, 1996.

TANCO, S.; LINDEN, W. ; EARLE, T. Well-being morbid obesity in women: a controlled therapy evaluation. Int J. Eat Disord, Vancouver, v. 23, p.325-339. 1998.

TAKATORI, M. A terapia ocupacional no processo de reabilitação: construção do cotidiano. Mundo Saúde, São Paulo, v. 25. n. 4, p. 371-383, 2001.

TEDESCO, S. A. Estudo da validade e confiabilidade de um instrumento de Terapia Ocupacional: auto-avaliação do funcionamento ocupacional (SAOF). 2000. 133 p. Dissertação (Mestrado) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.

TEDESCO, S. A. ; FERRARI, S. M. L. Acesso à teoria da técnica trilhas associativas. Rev. Cent. Estud. Ter. Ocup., São Paulo, n. 5, p. 32-35, 2000.

TEDESCO, S. A. O desenvolvimento e estudo de instrumentos de avaliação em Terapia Ocupacional. Mundo Saúde, São Paulo, v. 25, 2001. (No prelo).

WAMALA, S. P.; WOLK, A.; ORTH-GOMÉR, K. Determinants of obesity in relation to socioeconomic status among middle-ages swedish women. Prev. Med., Stockholm, v. 26, p. 734-744, 1997.

WELINGER, K.; KING, T. K.; CLARK, M. M.; PERA, V.; WINCZE, J. P.
Perceived changes in sexual and body image following weight loss in an
obese female population: a pilot study. J. Sex Marital Ther., Montreal, v. 23 ,
n.1, p. 74-78, 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Obesity: preventing and managing the
global epidemic. Geneva, 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Obesity: preventing and managing the
global epidemic. Geneva, 2000.

8- Bibliografia Consultada

BENETTON, M. J. Trilhas associativas: ampliando recursos na clínica da Terapia Ocupacional. São Paulo: Diagrama & Texto/CETO, 1999.

CABRERA, S.P. ET AL. Modelos alternativos para el análisis epidemiológico de la obesidad como problema de salud pública. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 33, n. 3, jun, 1999.

HALPERN, A.; MANCINI, M.C. Obesidade na mulher. Rev. Bras. Med., São Paulo, v. 58, p. 205-213, dez. 2001, edição especial.

LEAN, M. E. J.; HAN, T. S.; SEIDELL, J. C. Impairment of health and quality of life using new us federal guidelines for the identification of obesity. Arch. Intern. Med., Glasgow, v. 159, n. 26, p. 837-843, 1999.

MARTINS, I.S. et al. Hábitos alimentares aterogênicos de grupos populacionais em área metropolitana da região sudeste do Brasil. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v.28, n.5, p.349-356, 1994.

PIERGROSSI, C. J.; GILBERTONI, C. A importância da transformação interna no processo de atividade. Rev. Cent. Estud. Ter. Ocup., São Paulo, v. 2, n. 2, p. 36-37,1997.

REPETTO, G. Histórico da obesidade. In: HALPERN, A. et al. Obesidade. São Paulo: Lemos, 1998, cap. 1, p. 55-64.

STEWART, A. L.; BROOK, R. H. Effects of being overweight. Am. J. Public Health, Washington, v. 73, p. 171-178, 1983.

TANAKA, A. C. A. Saúde da mulher brasileira. In: CINCIARULLO, T. I.; GUALDA, D. M. R.; MELLEIRO, M. M. Indicadores de qualidade: uma abordagem perinatal. São Paulo: Ícone, 1999. p. 6-19.

9 - ANEXOS

Anexo A:



Universidade de São Paulo
 FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
 CENTRO DE SAÚDE ESCOLA
 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS
 Telefone PABX: (016) 633-2331 / 4480 - FAX: (016) 633-2331
 Rua Terezina, 690 - CEP 14055-370 - Ribeirão Preto - SP

DIREÇÃO ACADÊMICA DE ENSINO E PESQUISA

LIBERAÇÃO DE PESQUISA Nº 10/2003

Em: 10/03/2003

Para:

Comunicamos que a (o) pesquisadora (or)
Cláudia Jaccara de Moraes cumpriu as exigências
 operacionais e legais, podendo dar início à sua coleta de dados para o trabalho
A vida cotidiana de mulheres com
diabetes: a percepção da qualidade
de vida e da atividade física relacionada

Atenciosamente,

Profª. Maria do Carmo Guimarães G. Caccia Bava
 Diretora Acadêmica de Ensino e Pesquisa
 Centro de Saúde Escola-FMRP-USP.

Anexo B

CÓPIA

57
4135/02
A

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

CAMPUS UNIVERSITÁRIO - MONTE ALEGRE
FONE: 602-1000 - FAX (016) 633-1144

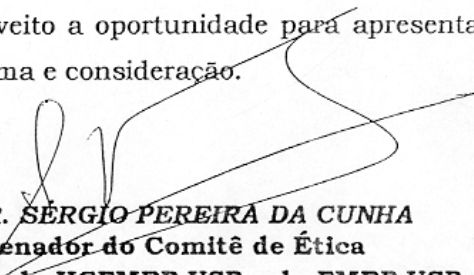
Ribeirão Preto, 20 de junho de 2002

Ofício nº 1584/2002
CEP/SPC

Prezada Senhora:

O trabalho intitulado "**A VIDA COTIDIANA DE MULHERES COM OBESIDADE: A PERCEPÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E DO DESEMPENHO OCUPACIONAL**", foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 133ª Reunião Ordinária realizada em 17/06/2002, e enquadrado na categoria: **APROVADO**, de acordo com o Processo HCRP nº 4135/2002.

Aproveito a oportunidade para apresentar a Vossa Senhoria protestos de estima e consideração.



PROF. DR. SÉRGIO PEREIRA DA CUNHA
Coordenador do Comitê de Ética
em Pesquisa do HCFMRP-USP e da FMRP-USP

Ilustríssima Senhora
LUCIENE VACCARO DE MORAIS
Depto. de Medicina Social
Em mãos

ESCLARECIMENTO AO SUJEITO DA PESQUISA

O projeto de pesquisa “ **A vida cotidiana de mulheres com obesidade : a percepção da saúde do funcionamento ocupacional**” está sendo desenvolvido pela terapeuta ocupacional **Luciene Vaccaro de Moraes** (Crefito: 3/3961 –TO) e pelo **Professor Dr. Laércio Joel Franco** (CRM: 16730), do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Esta pesquisa consistirá na aplicação de três questionários às pacientes atendida no Ambulatório de Distúrbios da Conduta Alimentar do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP e no Núcleo de Saúde da Família 1.

As participantes serão entrevistadas no próprio local de atendimento, sendo a entrevista devidamente marcada em horários previamente definidos pelas mesmas. A entrevista durará em torno de 1 (uma) hora e consistirá de perguntas sobre a percepção da saúde física, emocional, a relação com os amigos e familiares e a percepção do funcionamento diário. Os participantes responderão também perguntas sobre dados sócio-demográficos, por exemplo: estado civil, ocupação, renda mensal, procedência.

Pretende-se com a pesquisa identificar problemas na vida cotidiana relacionados à obesidade, bem como obter informações de como as mulheres com obesidade percebem sua qualidade de vida e seu desempenho na vida ocupacional. O objetivo final é melhorar a eficácia da assistência prestada à esta população.

Telefone para contato: (16) 602-2837.

Prof. Dr. Laércio Joel Franco

Terapeuta Luciene Vaccaro de Moraes

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE

Eu, _____,

tendo sido devidamente esclarecida sobre os objetivos, procedimentos e as condições sobre minha participação no estudo “A vida cotidiana de mulheres com obesidade: a percepção da saúde e do funcionamento ocupacional”, que consistirá em responder dois questionários aplicado pela pesquisadora, a terapeuta ocupacional Luciene Vaccaro de Moraes.

Declaro que estou ciente de que:

1. Minha participação é voluntária e contribuirá para melhorar os serviços de saúde do município;
2. Não terei nenhum prejuízo ou punição por participar, ou deixar de participar deste estudo;
3. Terei a liberdade de não responder alguma ou algumas das questões se assim o desejar, bem como terei a liberdade de desistir de minha participação no estudo, sem sofrer punição ou prejuízo por isso;
4. Minha participação na entrevista não me prejudicará na forma de atendimento médico que utilizo;
5. As informações que darei serão confidenciais e minha identidade jamais será conhecida ou divulgada para outra pessoa;

-
6. Todas as informações que fornecer serão anotadas em um formulário, mantendo o meu anonimato, e que posteriormente serão codificadas e analisadas de uma forma coletiva, agrupando todos os participantes;
7. Não recebi qualquer incentivo direto pela minha participação na entrevista.

Declaro, ainda, que concordo inteiramente com as condições que foram apresentadas e que, livremente, manifesto minha vontade em participar do referido projeto.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 200__.

Anexo C

Questionário semi-estruturado para classificação dos dados sócio demográficos

Nome completo: _____

Endereço: _____

_____ No. _____

Bairro: _____

Cidade: _____ Telefone: () _____

Questionário para classificação dos dados sócio demográficos

No. _____

Critério de Inclusão:

Peso: _____ Altura: _____ IMC: _____

No. da Entrevista: _____ No. do Prontuário: _____

Início: _____

Término _____

Data da entrevista: _____ / _____ / _____
d m a

I. Identificação:

1. Idade completa: _____ Data de nascimento: ____/____/____

2. Naturalidade: _____

3. Procedência _____

1. () Urbana

2. () Rural

4. Cor da pele:

1. () Branca

2. () Parda

3. () Preta

4. () Oriental

5. () Indígena

5. Religião atual:

1. () Católico

2. () Espírita

3. () Evangélica

4. () Protestante

5. () Outras. Especifique: _____

6. Qual foi a última série que você completou ?

1. () 4^a. série completa
2. () 5^a. série completa
3. () 6^a. série completa
4. () 7^a. série completa
5. () 8^a. série completa

7. Estado civil:

1. () Solteira
2. () Casada
3. () Vivendo como casada
4. () Divorciada/ Separada
5. () Viúva

8. Composição familiar:

1. Quantos filhos vivos você tem ? _____ filho (s).

2. Quantas pessoas moram em sua residência (excluindo você)? _____
pessoa(s).

9. Escreva no quadro abaixo a situação das pessoas que moram com você:

Grau de Parentesco	Idade	Obesidade Sim / Não

10. Habitação:

1. () Própria
2. () Financiada
3. () Alugada
4. () Cedida
5. () Outras (barraco/ favela)

II . Ocupação

1. Atualmente você está:

1. () Trabalhando com registro em carteira
2. () Trabalhando como autônoma
3. () Trabalhando em casa
- 4 () Desempregada.
5. () Afastada. Por quê ? _____
6. () Aposentada por problema de saúde ? Quais? _____
7. () Aposentada por tempo de serviço ou idade.
8. () Não trabalha . Por que ? _____
9. () Outros: _____

2. Ocupação atual: _____

3. Qual é a renda de sua família? ____ ____ ____ ____ reais.

III. Situação clínica atual:

Podem ser assinaladas mais de uma alternativa

1. Você sofre de alguma destas doenças citadas a seguir ?

1. () Hipertensão Arterial
2. () Diabetes Mellitus
3. () Colesterol aumentado
4. () Angina/ Infarto
5. () Problemas com relação ao sono ? Quais ? _____
6. () Doença da tireóide
7. () Outras. Especifique: _____

IV – Vida Cotidiana:

Podem ser assinaladas mais de uma alternativa

1. Como você ocupa a maior parte do seu tempo livre ?

1. () assistindo TV.
2. () dormindo durante o dia.
3. () realizando trabalhos manuais.
4. () passeando.
5. () visitando amigos, parentes, etc

6. () Outras Atividades: _____

V- História Nutricional

1. Como você era considerada quando criança?

1. () Magra

2. () Com peso ideal

3. () Gorda

2. Qual era seu peso aos 18 anos ? _____ kgs

3. Qual foi seu peso máximo na idade adulta ? _____ kgs

4. Quantos anos você tinha na época do seu peso máximo ? _____ anos

5. Como você se sente com seu peso atual ?

1.() Muito Insatisfeita

2.() Insatisfeita

3.() Nem satisfeita / Nem insatisfeita

4.() Satisfeita

5.() Muito satisfeita

6. Quantos quilos você gostaria de pesar atualmente ? _____kgs.

7. Você tem experimentado mudanças de peso no último ano?

1. Não 2. Sim : Perda _____ Kgs.

Ganho _____ Kgs.

8. No momento você está fazendo dieta para perder peso ?

1. Não Sim

As questões abaixo são para pessoas com excesso de peso (grupos A e B), podendo ser assinaladas mais de uma alternativa:

9. Por que você acha que engordou ou continua engordando ?

1. () Excesso de alimentação
2. () Gravidez
3. () Casamento
4. () Falta de atividade física.
5. () Doença . Qual ? _____
6. () Uso de medicamento. Qual? _____
7. () Menopausa
8. () Outras causas. Especifique; _____

10. Quais as situações em que você come mais ?

1. () Quando está com algum problema. Especifique: _____
2. () Quando está ansiosa.
3. () Quando está se sentindo triste.
4. () Quando está sozinha em casa.
5. () Não existem situações específicas.
6. () Outras. Especifique: _____
7. () Não sabe.

VI – Relacionamento Interpessoal:

1. Você acha que a obesidade interfere no seu relacionamento com:

1. pessoas em geral

1. () sim 2. () não 3. () não sabe

2. amigos

1. () sim 2. () não 3. () não sabe

3. familiares

1. () sim 2. () não 3. () não sabe

2. Você acha que a obesidade interfere no relacionamento do casal ?

1. () sim 2. () não 3. () não sabe

3. Você acha que a obesidade interfere no relacionamento sexual ?

1. () sim 2. () não 3. () não sabe

Anexo D

SAOF

PRONTUARIO No. : _____

NOME: _____

DATA: ____/____/____

LOCAL DA ENTREVISTA: _____

AUTO-AVALIAÇÃO DO FUNCIONAMENTO OCUPACIONAL

O OBJETIVO DESTA AVALIAÇÃO É:

*Identificar os **PONTOS FORTES** no seu funcionamento diário;
(áreas em que você tem um desempenho muito bom)

*Identificar **ÁREAS ADEQUADAS DE FUNCIONAMENTO**;
(áreas em que você tem desempenho bom)

*Identificar **ÁREAS PROBLEMÁTICAS** no seu funcionamento diário;
(áreas em que você apresenta dificuldade)

INSTRUÇÕES

Nesta avaliação pede-se para você pensar sobre 7 categorias de funcionamento. Siga os seguintes passos para **cada uma** dessas categorias:

1. Leia a definição de categoria de funcionamento ocupacional.
2. Considere a lista de áreas de funcionamento ocupacional que se relacionam com a definição.
3. Ao lado de cada afirmação, assinale apenas um espaço indicando se esta área é:

***SEU PONTO FORTE**

***ÁREA ADEQUADA DE FUNCIONAMENTO**

***ÁREA QUE NECESSITA SER MELHORADA**

AUTO-AVALIAÇÃO DO FUNCIONAMENTO OCUPACIONAL

I. Definição de Causalidade Pessoal

Essa área de funcionamento refere-se à forma como você vê a si mesmo e as suas experiências de falhar ou ter sucesso em suas ações. Esta área também inclui a sua opinião sobre suas capacidades de auto- controle, inclusive como você lida com acontecimentos frustrantes e como você toma suas decisões.

II. Definição de Valores

Esta área é definida pelas atividades que são importantes para você e os padrões e os objetivos que você estabelece para si próprio.

III. Definição de seus Interesses

Esta área está relacionada às atividades que você gosta.

IV. Definição de Papéis

Esta área abrange os vários papéis que você desempenha em sua vida, tais como ser estudante ou trabalhador. Também inclui o conhecimento e o desempenho de comportamentos e habilidades necessárias a cada atuação. Os papéis podem funcionar de maneira a tornar a vida mais agradável ou a desencadear problemas e estresse.

V. Definição dos Hábitos

Esta área refere-se aos atos rotineiros, tais como cuidar da higiene pessoal, estudar ou cumprir seus horários. Os hábitos ajudam você a se organizar e executar as tarefas do cotidiano. Os hábitos também auxiliam o funcionamento dos seus papéis. Por exemplo, bons hábitos de estudo ajudam o desempenho do papel de estudante. Essa área também envolve sua capacidade para ser flexível quando as coisas não acontecem conforme o planejado.

VI. Definição das Habilidades

Estas são suas habilidades físicas e mentais que ajudam você a se expressar, a estabelecer contatos sociais e a agir.

VII. Definição do Meio Ambiente

Esta área refere-se à variedade de locais onde você passa o seu tempo. Esses locais podem incluir pessoas (por ex., familiares, amigos), objetos (por ex., móveis como sofá, mesa), recursos da comunidade (por ex., igreja, clube). Os locais podem tanto ajudar como atrapalhar a sua capacidade de desenvolvimento e funcionamento.

Auto- Avaliação do Funcionamento Ocupacional

Folha de Resposta – Versão completa

I- A. Definição de Causalidade Pessoal: Esta área refere-se á forma como você vê a si mesmo e as suas expectativas de falhar ou ter sucesso em suas ações. Esta área também inclui a sua opinião sobre sua capacidade de auto-controle, inclusive como você lida com acontecimentos frustrantes e como você toma suas decisões.

I-B. Avalie o seu funcionamento:

ÁREA DE FUNÇÃO OCUPACIONAL	PONTO FORTE	ADEQUADA	NECESSIDADE DE MELHORA
<u>I. Causalidade Pessoal</u>			
1. Conhecer minhas habilidades			
2. Esperar sucesso dos meus esforços ao invés do fracasso			
3. Acreditar que eu posso realizar coisas no trabalho, na escola, em casa ou em momento de lazer			

II- A. Definição de Valores: Esta área é definida pelas atividades que são importantes para você e os padrões e os objetivos que você estabelece para si próprio.

II-B. Avalie o seu funcionamento

ÁREA DE FUNÇÃO OCUPACIONAL	PONTO FORTE	ADEQUADA	NECESSIDADE DE MELHORA
II. Valores			
4. Fazer atividades que tenham significado para mim			
5. Ter objetivos para o futuro			
6. Ter expectativas realistas a meu respeito.			

III-A. **Definição de Interesses:** Esta área está relacionada as atividades que você gosta

III-B. – Avalie seu funcionamento

ÁREA DE FUNÇÃO OCUPACIONAL	PONTO FORTE	ADEQUADA	NECESSIDADE DE MELHORA
III. Interesses			
7. Identificar meus interesses.			
8. Ter interesses variados.			
9. Participar de meus interesses			

IV-A. **Definição de Papéis:** Esta área abrange os vários papéis que você desempenha em sua vida, tais como ser estudante ou trabalhador. Também inclui o conhecimento e o desempenho de comportamentos e habilidades necessárias a cada atuação. Os papéis podem funcionar de maneira a tornar a vida mais agradável ou a desencadear problemas e estresse.

IV- B. Avalie o seu funcionamento

ÁREA DE FUNÇÃO OCUPACIONAL	PONTO FORTE	ADEQUADA	NECESSIDADE DE MELHORA
IV. Papéis			
10. Estar envolvido em papéis. Ex: de estudante, de trabalhador, de amigo, de familiar, de alguém que sustenta o lar.			
11. Conhecer e atingir as expectativas de meus papéis.			
12. Ter um equilíbrio saudável dos papéis na minha vida.			

V- A. **Definição de Hábitos:** Esta área refere-se aos atos rotineiros, tais como cuidar de higiene pessoal, estudar ou cumprir seus horários. Os hábitos ajudam você a se organizar e executar as tarefas do cotidiano. Os hábitos também auxiliam o funcionamento dos seus papéis. Por exemplo: bons hábitos de estudo ajudam o desempenho do papel de estudante. Esta área também envolve sua capacidade para ser flexível quando as coisas não acontecem conforme o planejado.

V- B. – Avalie seu funcionamento

ÁREA DE FUNÇÃO OCUPACIONAL	PONTO FORTE	ADEQUADA	NECESSIDADE DE MELHORA
V. Hábitos			
13. Organizar meu tempo			
14. Ter hábitos que ajudem no sucesso dos meus papéis.			
15. Ser flexível a respeito das mudanças na minha rotina.			

VI-A. **Definição de Habilidades**: Estas são suas habilidades físicas e mentais que ajudam a se expressar, a estabelecer contato social e a agir.

VI- B. – Avalie seu funcionamento

ÁREA DE FUNÇÃO OCUPACIONAL	PONTO FORTE	ADEQUADA	NECESSIDADE DE MELHORA
VI. Habilidades			
16. Expressar-me para os outros.			
17. Socializar- me com outra pessoa ou em grupo.			
18. Planejar antes de agir.			
19. Concentrar-me e completar meu trabalho.			
20. Identificar problemas, as suas soluções e agir.			
21. Desempenhar tarefas cotidianas (por ex., cuidar da minha higiene pessoal, cozinhar, lavar roupa, organizar gastos de dinheiro).			
22. Ser fisicamente capaz de fazer o que precisar ser feito.			

VII- A. **Definição do Meio Ambiente**: Esta área refere-se à variedade de locais onde você passa seu tempo. Esses locais podem incluir pessoas (por ex.: familiares, amigos), objetivos (por ex: móveis como sofá, mesa), e recursos da comunidade (por ex.: igreja, clube). Os locais podem tanto ajudar como atrapalhar a sua capacidade de desenvolvimento.

VII- B. – Avalie seu funcionamento

ÁREA DE FUNÇÃO OCUPACIONAL	PONTO FORTE	ADEQUADA	NECESSIDADE DE MELHORA
<u>VII. Meio Ambiente</u> 23. Estar em ambientes favoráveis.			

Anexo E

WHOQOL-100

Versão em português
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA

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:

Quanto você se preocupa com sua saúde?				
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) impede você de fazer o que você precisa?

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

F2.2 Quão facilmente você fica cansado(a)?

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

F2.4 O quanto você se sente incomodado(a) pelo cansaço?

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

F3.2 Você tem alguma dificuldade para dormir (com o sono)?

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

F3.4 O quanto algum problema com o sono lhe preocupa?

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

F4.1 O quanto você aproveita a vida?

nada	muito pouco	mais ou menos	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	2	3	4	5

F4.4 O quanto você experimenta sentimentos positivos em sua vida?

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

F5.3 O quanto você consegue se concentrar?

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

F6.1 O quanto você se valoriza?

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

F6.2 Quanta confiança 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
1	2	3	4	5

F7.3 Há alguma coisa em sua aparência que faz você não se sentir bem?

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

F8.2 Quão preocupado(a) você se sente?

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 Quão seguro(a) você se sente 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 você 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 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 Quanto 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 Quanto 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?

nada	muito pouco	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?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

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

nada	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

F20.1 Quão disponível para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F20.2 Em que medida você tem oportunidades de adquirir informações que considera necessárias?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F21.1 Em que medida você tem oportunidades de atividades de lazer?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F21.2 Quanto você é capaz de relaxar e curtir você mesmo?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F23.1 Em que medida você tem meios de transporte adequados?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre o quão *satisfeito(a)*, *feliz ou bem* você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas. Por exemplo, na sua vida familiar ou a respeito da energia (disposição) que você tem. Indique quão satisfeito(a) ou não satisfeito(a) você está em relação a cada aspecto de sua vida e coloque um círculo no número que melhor represente como você se sente sobre isto. As questões se referem às **duas últimas semanas**.

G2 Quão satisfeito(a) você está com a qualidade de sua vida?

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

G3 Em geral, quão satisfeito(a) você está com a sua vida?

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

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

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

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

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

F3.3 Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?

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

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

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

F5.4 Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de tomar decisões?

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

F6.3 Quão satisfeito(a) você está consigo 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

F17.3 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	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 vida sexual?

Muito ruim	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 / 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	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 necessite 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