

QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES COM EXCESSO DE PESO

QUALITY OF LIFE OF OVERWEIGHT WOMEN

CALIDAD DE VIDA DE LAS MUJERES CON SOBREPESO

Catia Suely Palmeira¹
Jessica Cruz da Silva Monteiro²
Natalia Vieira de Jesus³
Fernanda Santos Oliveira⁴
Tassia Teles Santana de Macedo⁵
Fernanda Carneiro Mussi⁶

Como citar este artigo: Palmeira CS, Monteiro JCS, Jesus NV, Oliveira FS, Macedo TTS, Mussi FC. Qualidade de vida de mulheres com excesso de peso. Rev baiana enferm. 2023; 37: e47257.

Objetivos: Identificar características sociodemográficas e clínicas de mulheres com excesso de peso e descrever a associação entre qualidade de vida e estado nutricional. **Método:** estudo transversal, com 82 mulheres de ambulatório público, na Bahia. Utilizou-se formulários sociodemográfico e clínico, o SF-36, a estatística descritiva, o teste de Kruskal Wallis e significância estatística de 5%. **Resultados:** A maioria era negra (92,7%), tinha de 40 a 59 anos (85,4%), companheiro (51,2%), até o ensino médio (61,0%), trabalho remunerado (52,4%) e renda mensal ≤ 3 salários-mínimos (86,6%). Tinha obesidade grau I 34,1% e III 31,7% e duas comorbidades 32,9%. Os domínios dor, estado geral de saúde e vitalidade foram mais comprometidos, com medianas de 51, 52, e 55, respectivamente. Mulheres com obesidade III apresentaram pior qualidade de vida nos domínios capacidade funcional, aspectos físicos e dor ($p \leq 0,05$). **Conclusão:** O excesso de peso afeta a qualidade de vida, especialmente, em mulheres com obesidade III.

Descritores: Qualidade de Vida. Sobrepeso. Obesidade. Mulheres. Saúde da Mulher.

Objectives: To identify overweight women's sociodemographic and clinical characteristics and describe the association between quality of life and nutritional status. Method: a cross-sectional study with 82 women from a public outpatient clinic in Bahia. We used sociodemographic and clinical forms, the SF-36, descriptive statistics, the Kruskal Wallis test, and a statistical significance of 5%. Results: The majority were black (92.7%), had 40 to 59 years (85.4%), had a partner (51.2%), up to high school (61.0%), paid work (52.4%) and had monthly income 3 minimum wages (86.6%). She had obesity grade I 34.1%, III 31.7%, and two comorbidities 32.9%. The domains of pain, general health status, and vitality were more compromised, with medians of 51, 52, and 55, respectively. Women with obesity III had worse quality of life in the functional capacity, physical aspects and pain domains ($p \leq 0.05$). Conclusion: Overweight affects quality of life, especially in women with obesity III.

Autor (a) Correspondente: Catia Suely Palmeira, catia_palmeira@yahoo.com.br

¹ Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Salvador, BA, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-6328-8118>

² Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Salvador, BA, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-3810-4708>

³ Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Salvador, BA, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-0696-4666>

⁴ Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Salvador, BA, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-4094-2302>

⁵ Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Salvador, BA, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-2423-9844>

⁶ Universidade Federal da Bahia. Salvador, BA, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-0692-5912>

Descriptors: Quality of Life. Overweight. Obesity. Women. Women's Health.

Objetivos: Identificar características sociodemográficas y clínicas de mujeres con sobrepeso y describir la asociación entre calidad de vida y estado nutricional Método: estudio transversal, con 82 mujeres de ambulatorio público, en Babía. Se utilizó formularios sociodemográfico y clínico, el SF-36, la estadística descriptiva, el test de Kruskal Wallis y significación estadística del 5%. Resultados: La mayoría era negra (92,7%), tenía de 40 a 59 años (85,4%), compañero (51,2%), hasta la enseñanza media (61,0%), trabajo remunerado (52,4%) e ingreso mensual 3 salarios-mínimos (86,6%). Tenía obesidad grado I 34,1% y III 31,7% y dos comorbilidades 32,9%. Los dominios dolor, estado general de salud y vitalidad fueron más comprometidos, con medianas de 51, 52, y 55, respectivamente. Mujeres con obesidad III presentaron peor calidad de vida en los dominios capacidad funcional, aspectos físicos y dolor (p 0,05). Conclusión: El sobrepeso afecta la calidad de vida, especialmente en mujeres con obesidad III.

Descriptoros: Calidad de Vida. Sobrepeso. Obesidad. Mujeres. Salud de la Mujer.

Introdução

Atualmente, o excesso de peso representado pelo sobrepeso e obesidade é um dos maiores problemas de saúde pública devido a rápida evolução e alcance mundial da doença⁽¹⁾. No mundo, em 2016, mais de 1.9 bilhões de adultos tinham excesso de peso, dos quais mais de 650 milhões eram obesos⁽¹⁾. No Brasil, em 2019, mais de 55,4%, da população estava com sobrepeso ou obesidade⁽²⁾.

O excesso de peso, definido como acúmulo de gordura anormal ou excessiva, ocasiona danos à saúde e decorre, na maioria dos casos, do desequilíbrio energético entre calorias consumidas e gastas⁽¹⁾. Representa uma condição complexa associada às doenças crônicas e a uma série de agravos socioeconômicos e psicossociais que comprometem a saúde. Pode gerar incapacidades funcionais levando as pessoas a experimentar piores resultados no funcionamento físico e engajamento na vida social, redução da expectativa de vida e aumento da mortalidade⁽³⁾. Desse modo, pode prejudicar a percepção de saúde, afetar o bem-estar e a qualidade de vida^(4,5).

A qualidade de vida trata de uma concepção subjetiva e multidimensional que o ser humano atribui a sua existência e as experiências vividas, que envolve particularidades psicossociais, culturais, ambientais, espirituais e condições de saúde⁽⁸⁾. A qualidade de vida quando relacionada à saúde (QVRS), refere-se à percepção que a pessoa possui associada ao seu bem-estar físico, funcional, emocional e social⁽⁹⁾ e pode ser afetada pelo excesso de peso.

O impacto do excesso de peso na saúde e na qualidade de vida (QV) tem sido focalizado em alguns estudos. Por exemplo, uma investigação com pacientes em ambulatório de obesidade na Turquia mostrou a melhora da QV com a diminuição do peso. Além disso, o estigma da baixa autoestima e a insatisfação corporal causada pela obesidade diminuíram com a redução do peso⁽⁶⁾. Outro estudo mostrou que o sobrepeso e a obesidade estavam negativamente associados a piores resultados na qualidade de vida⁽⁷⁾.

Embora o interesse na relação entre excesso de peso e qualidade de vida esteja se tornando mais comum, estudos sobre esta relação em mulheres adultas são escassos. É válido destacar que essa relação pode guardar especificidades devido às construções sociais de gênero e do ser mulher obesa em uma sociedade brasileira diante dos padrões de beleza atuais.

A mensuração da qualidade de vida vem sendo considerada um importante indicador de saúde, pois proporciona informações relacionados à saúde física, social, mental, crenças e comportamentos do indivíduo que podem contribuir para intervenções de cuidados de saúde específicos e ainda ajudar na tomada de decisões de profissionais de saúde, de gestores e alocação de recursos⁽¹⁰⁾. A importância dessa avaliação cresce expressivamente nos últimos 50 anos, dada às evidências de que é uma medida válida, confiável e sensível às mudanças clínicas⁽¹¹⁾. Um dos instrumentos amplamente utilizados em todo o mundo para avaliar a qualidade de vida e mensurar o estado de saúde física

e mental autorrelatada é o questionário *Medical Outcomes Study 36-Item - Short-Form Health Survey* (SF-36)⁽¹²⁾.

Desta forma, conhecer a relação da qualidade de vida em saúde, juntamente com a questão do excesso de peso de mulheres, orientará uma melhor abordagem terapêutica, visando ajudá-las a tomar decisões relacionadas ao cuidado à saúde e promover uma melhor satisfação com a vida. Além disso, dará visibilidade a esse relevante problema de saúde pública e o impacto na vida de mulheres, fortalecendo as políticas públicas de apoio à prevenção e ao controle do excesso de peso.

Nesse contexto, o presente estudo teve como objetivos identificar características sociodemográficas e clínicas de mulheres com excesso de peso e descrever a associação entre a qualidade de vida e estado nutricional.

Método

Trata-se de um estudo transversal, integrante de um projeto matriz, desenvolvido em um ambulatório de referência em obesidade, na cidade de Salvador, Bahia. Neste serviço ambulatorial é desenvolvido o projeto “Estudo do Excesso de Peso e Doença Cardiometabólica”, denominado PEPE, no qual pessoas com excesso de peso são acompanhadas por uma equipe multiprofissional composta por médico endocrinologista, enfermeira, psicóloga, nutricionista e discentes de graduação e pós-graduação da área de saúde.

Cento e uma mulheres foram recrutadas para o projeto matriz cujos critérios de inclusão foram: mulheres com índice de massa corporal (IMC) ≥ 25 kg/m², idade superior a 18 e inferior a 60 anos e comparecimento a pelo menos uma consulta nos últimos 12 meses. Os critérios de exclusão foram: mulheres com condições impeditivas de responder aos questionários e realizar medidas antropométricas, bem como em uso de drogas para perda de peso e submetidas à cirurgia bariátrica.

No presente estudo foram utilizados dois instrumentos, sendo um referente à caracterização sociodemográfica e clínica, composto por questões fechadas para levantamento de dados

como idade, raça/cor autodeclarada, escolaridade, atividade laboral, renda familiar mensal e comorbidades.

Para avaliar a qualidade de vida foi utilizado o SF-36, que é um instrumento psicométrico multidimensional utilizado em diversas condições de saúde e validado para uso na população brasileira⁽¹³⁾. Constitui-se em um parâmetro adicional na avaliação de diversas doenças, direcionando melhor os profissionais de saúde na avaliação integral do paciente, bem como na determinação de estratégias de tratamento mais individualizadas⁽¹⁴⁾. O SF-36 permite avaliar a qualidade de vida de pessoas submetidas a determinados tratamentos e programas assistenciais dirigidos a grupos com diversos agravos de saúde⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

O SF-36 é constituído por 36 perguntas e dessas, uma mede a transição do estado de saúde no período de um ano e não é empregada no cálculo das escalas. As demais estão agrupadas em oito domínios (capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos emocionais, aspectos sociais e saúde mental)⁽¹²⁾. As pontuações mais altas indicam melhor qualidade de vida em saúde. O escore final varia de 0 a 100, no qual zero corresponde ao pior estado geral de qualidade de vida e 100 ao melhor.

A coleta de dados foi realizada pelas pesquisadoras, previamente treinadas, entre os meses de março a maio de 2017. As participantes receberam esclarecimentos sobre os objetivos e procedimentos do estudo e quanto aos riscos decorrentes de sua participação. Posteriormente, assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de forma voluntária.

Os dados foram coletados em consultórios ambulatoriais, de atendimento individual, para assegurar maior privacidade a participante. Os formulários sociodemográficos e o SF 36 foram aplicados mediante entrevista. Os dados antropométricos foram aferidos, sendo o peso calculado em quilogramas, com o auxílio de uma balança digital com a participante descalça, vestindo roupas leves e com os braços paralelos ao corpo. A medida da altura foi calculada em metros, utilizando-se um estadiômetro portátil (graduado a

cada 0,5 cm), com a participante de pé, cabeça e dorso encostados na régua do estadiômetro, abaixo da haste horizontal, braços paralelos ao corpo, ombros, omoplatas, nádegas, calcanhares encostados na parede e os pés apoiados no chão. O peso e a altura foram usados para determinar o IMC, cuja fórmula é a razão entre o peso em quilogramas e o quadrado da altura em metros. O IMC foi classificado em: sobrepeso (IMC=25 a 29,9 kg/m²), obesidade I (IMC = 30 e 34,9 kg/m²), obesidade II (35 e 39,9 kg/m²) e obesidade III (≥40 kg/m²)⁽¹⁶⁾.

Para análise dos dados foi construído um banco de dados no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (BM SPSS versão 18.0). As variáveis categóricas foram analisadas em frequências absolutas e relativas, com intervalo de confiança de 95%. As variáveis e as contínuas foram analisadas por meio da média, desvio-padrão, medianas e intervalo interquartil. O teste de Kolmogorov-Smirnov foi utilizado para verificar a distribuição das variáveis contínuas, sendo constatado que os domínios do SF 36 não tinham distribuição normal. Desse modo, o teste

de Kruskal Wallis foi utilizado para comparação dos escores dos domínios do SF-36 com sobrepeso, obesidade grau I, II e III. Adotou-se o pós-teste de Dull e o nível de significância estatística de 5%.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, parecer no 1.152.259, estando de acordo com as exigências da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

Das 101 mulheres recrutadas para o projeto matriz, 82 responderam ao SF 36 constituindo a amostra do estudo. A média de idade foi de 48,6 (dp=8,6), sendo a idade mínima de 27 e máxima de 59 anos, com maior frequência na faixa etária ≥50 anos (50,0%). A maioria era da raça/cor autodeclarada negra (92,7%), tinha ensino médio completo ou incompleto (61,0%), vivia com companheiro (51,2%), tinha atividade laboral remunerada (52,4%) e renda mensal familiar ≤ 3 salários-mínimos (86,6%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica das mulheres com excesso de peso. Salvador, BA, Brasil – 2017.

Características sociodemográficas	n	%	IC 95%*
Faixa etária			
20-29	4	4,9	1,8 - 11,3
30-39	8	9,8	4,6 - 17,7
40-49	29	35,4	25,6 - 46,1
50-59	41	50,0	39,3 - 60,7
Raça/cor autodeclarada			
Negra (pretas /pardas)	76	92,7	85,4 – 97,0
Branca	6	7,3	3,0 – 14,0
Escolaridade			
Até fundamental complete	26	31,7	22,3 - 42,3
Ensino médio completo ou incompleto	50	61,0	50,1 - 71,1
Superior completo ou incomplete	6	7,3	3,0 – 14,0
Situação conjugal			
Sem companheiro	40	48,8	38,1 -59,5
Casada/ com companheiro	42	51,2	40,4 - 61,9
Atividade laboral remunerada			
Sim	43	52,4	41,6 - 63,1
Não	39	47,6	36,9 - 58,4
Renda familiar mensal (salários-mínimos)			
≤ 3	71	86,6	77,9 – 92,7
> 3	11	13,4	07.3 - 22,1

* IC 95%: intervalo de confiança de 95%.

Fonte: Elaboração própria

A média do IMC foi 36,5 kg/m² (dp=5,7). Maior percentual das mulheres estava com IMC compatível com obesidade grau I (34,1%), seguida da obesidade grau III (31,7%). O número médio de morbidades foi de 1,7 (dp=1,1), tendo

32,9% duas comorbidades, cuja mais frequente foi a hipertensão arterial sistêmica (61,0%). No que diz respeito ao estado de saúde percebido, a maioria o considerou regular (58,5%) (Tabela 2).

Tabela 2 – Caracterização das mulheres com excesso de peso segundo variáveis antropométricas, comorbidades e estado de saúde percebido. Salvador, BA, Brasil – 2017.

Variável	n	%	IC -95%*
IMC			
Sobrepeso	9	11,0	5,5 - 19,2
Obesidade I	28	34,1	24,5 - 44,9
Obesidade II	19	23,2	15,0 - 33,2
Obesidade III	26	31,7	22,3 - 42,3
Comorbidades			
Hipertensão arterial sistêmica	50	61,0	50,1 - 71,1
Diabetes Mellitus Tipo 2	29	35,4	25,6 - 46,1
Dislipidemia	32	39,0	28,9 - 49,9
Artrose	29	35,4	25,6 - 46,1
Número de comorbidades			
Nenhuma	12	14,6	8,2 - 23,5
Uma	24	29,3	20,2 - 39,8
Duas	27	32,9	23,4 - 43,6
Três	14	17,1	10,1 - 26,4
Quatro	5	6,1	2,3 - 13,0
Estado de saúde percebido			
Muito bom	1	1,2	0,1 - 5,9
Bom	21	25,6	17,1 - 35,9
Regular	48	58,5	47,7 - 68,8
Ruim	8	9,8	4,6 - 17,7
Muito ruim	4	4,9	1,8 - 11,3

* IC 95%: intervalo de confiança de 95%.

Fonte: Elaboração própria

Na tabela 3, encontram-se as medianas obtidas para os domínios da qualidade de vida, segundo o SF 36, para a amostra das mulheres estudadas. Maior mediana foi identificada para o domínio: aspectos físicos, seguido dos domínios capacidade funcional e aspectos sociais.

Ao comparar os domínios do SF-36 com o grau de obesidade, notou-se menor mediana em todos os domínios para as mulheres com obesidade grau III. Houve dependência entre os domínios capacidade funcional, aspectos físicos e dor e excesso de peso.

No pós-teste de Dull, observou-se diferença estatisticamente significativa no domínio capacidade funcional, notando-se menor mediana para mulheres com obesidade III comparadas aquelas com obesidade I. Além disso, notou-se no domínio aspectos físicos, menor mediana, para mulheres com obesidade III comparadas aquelas com obesidade II, com diferença estatisticamente significativa.

Tabela 3 – Medianas obtidas para os domínios do SF-36 segundo a amostra e comparação das medianas obtidas por domínio com sobrepeso e grau de obesidade das mulheres. Salvador, BA, Brasil – 2017.

Domínios do SF 36	Amostra	Sobrepeso	Obesidade			p-valor†	p-valor‡
			I	II	III		
Mediana (I e III Q) ‡							
Capacidade funcional	75 (40-90)	75 (70-90)	77 (52-93)	80 (55-90)	45 (25-80)	0,018	0,031
Aspectos físicos	100(25-100)	100 (50-100)	100 (25-100)	100 (87-100)	25 (0-100)	0,011	0,012
Dor	51 (39-62)	61(41-61)	51(41-72)	61 (41-62)	40 (20-61)	0,053	
Estado geral de saúde	52 (39-67)	50 (47-67)	57(42-67)	52 (42-67)	48 (30-67)	0,660	
Vitalidade	55 (30-80)	45 (30-70)	52(32-73)	60 (50-80)	50 (20-80)	0,801	
Aspectos sociais	75 (50-87)	87 (87-87)	75 (50-87)	75 (50-93)	62 (50-75)	0,369	
Aspectos emocionais	67 (0-100)	100 (100-100)	66 (33-100)	100 (16-100)	33 (0-100)	0,097	
Saúde mental	68 (52-81)	76 (68-80)	66 (56-76)	64 (42-90)	56 (40-80)	0,493	

Nota: †Teste de Kruskal Wallis; ‡Intervalo interquartil; †† Teste Dull

Fonte: Elaboração própria

Discussão

Os resultados do presente estudo referem-se a um grupo de mulheres em maior proporção com idade acima de 50 anos, com renda familiar mensal inferior a três salários-mínimos e baixo nível de escolaridade. Essas características socio-demográficas estão de acordo com a literatura que aponta que a frequência do excesso de peso na população brasileira é maior com o aumento da idade e entre pessoas com menor condição socioeconômica e escolaridade⁽²⁾.

Com o avanço da idade, as pessoas tendem a desenvolver agravos à saúde, como incapacidades funcionais e doenças crônicas⁽¹⁷⁾. Fatores sociais e econômicos estão presentes na determinação da obesidade, bem como na qualidade de vida, sendo os níveis de escolaridade e renda aspectos importantes. Essas variáveis podem influenciar a compreensão das pessoas sobre

seu processo de adoecimento e impactar no enfrentamento e seguimento do tratamento, assim como refletem condições de vida, acesso a bens e serviços e, conseqüentemente, em melhores condições de saúde⁽¹⁸⁾.

Apesar de mais da metade das mulheres desempenharem alguma atividade laboral remunerada, a predominância foi de rendimento familiar mensal inferior a três salários-mínimos. Ressalta-se que a maioria das mulheres tinha até o ensino médio, o que abre um leque de ocupações com menor retorno salarial. A ocupação, assim como a educação, representam meios de acesso à renda e a serviços sociais básicos e relacionam-se diretamente com a pior autoavaliação do estado de saúde⁽¹⁹⁾. Estudos apontam que o nível escolaridade e renda baixa, assim como a moradia em áreas residenciais pobres estão associados a pior percepção de saúde e, conseqüentemente, ao aumento do risco de doenças⁽²⁰⁻²¹⁾.

Neste estudo, os resultados mostraram que dentre as doenças crônicas apresentadas a hipertensão arterial sistêmica foi mais frequente. Essa comorbidade é aproximadamente três vezes maior em pessoas obesas comparadas aquelas com IMC situado na faixa de normalidade^(6,9). O perfil sociodemográfico das mulheres com excesso de peso e a alta proporção de comorbidades como diabetes mellitus tipo II, dislipidemia e doenças osteomusculares, encontradas neste estudo, está de acordo com as evidências científicas que afirmam que o acúmulo de peso é um dos principais fatores de risco para o surgimento e agravamento desses problemas de saúde⁽²¹⁾.

A proporção elevada de mulheres com estado de saúde percebido regular, ruim e muito ruim corrobora com a literatura que destaca que as mulheres apresentam maior sobrevivência do que os homens e experimentam mais anos com doenças e incapacidades⁽²²⁾. De acordo com estes autores, em razão desta condição, elas tendem a avaliar mais negativamente a saúde. Assim, a auto avaliação negativa da saúde pode estar mais associada a prejuízos na qualidade de vida. Sabe-se também, que o aumento do IMC e a insatisfação pela obesidade podem reduzir as chances de uma melhor percepção da saúde⁽²³⁾.

No que diz respeito à classificação do IMC, uma minoria das mulheres encontrava-se na condição de sobrepeso e a obesidade grau III ocupou o segundo lugar em termos de frequência. Estes achados são críticos, à medida que se sabe que a obesidade tem significativo impacto na saúde, bem-estar psicológico, longevidade e qualidade de vida⁽⁶⁾.

Analisando os diferentes domínios da escala de qualidade de vida para as mulheres, os maiores comprometimentos recaíram nos domínios “dor”, “estado geral de saúde” e vitalidade, corroborando com outros estudos que utilizaram o SF-36^(5,7). Como a obesidade é amplamente associada a incapacidades físicas, doenças articulares e osteomusculares, principalmente osteoartrite do joelho, justifica este resultado⁽²⁴⁾.

Os demais domínios, com exceção do aspecto físico, apresentaram também valores de

mediana que expressaram qualidade de vida comprometida, sugerindo o impacto negativo do excesso de peso, por sua complexidade e implicações clínicas e psicossociais. O impacto negativo da obesidade na perda significativa de capacidade física, no prejuízo da marcha e sintomas relacionados ao joelho está evidenciado na literatura⁽²⁴⁾.

Ao se comparar os domínios do SF-36 com o IMC, as mulheres com maior grau de obesidade, ou seja, grau III apresentaram menor qualidade de vida em todos os domínios, com as menores medianas nos domínios capacidade funcional, aspectos físicos e saúde mental. Esses achados mostram que o excesso de peso traz mudanças na qualidade de vida das mulheres.

As menores medianas constatadas nos domínios capacidade funcional, aspectos físicos e dor para as mulheres com obesidade III, indicam que o maior grau de obesidade pode gerar efeitos danosos relacionados às condições de saúde. Autores mostraram o impacto negativo da obesidade na capacidade funcional, uma vez que está fortemente ligada a várias comorbidades clínicas e influencia em questões socioeconômicas e psicológicas assim como no aumento dos níveis de dor, como as síndromes de dor crônica^(21,25).

A baixa mediana para o domínio: aspectos emocionais é crítico e corrobora com investigações que afirmam que o excesso de peso não está associado apenas ao aumento da prevalência de algumas doenças e síndromes da dor crônica, mas também a alteração da imagem corporal e consequente sofrimento psicológico^(6,23). Outro estudo que avaliou a distribuição de frequências para cada domínio do questionário SF-36, em função do IMC, verificou que as mulheres eutróficas apresentaram maior frequência nos escores mais altos de aspecto emocional em comparação as mulheres com sobrepeso e obesidade, sugerindo uma influência do IMC nas manifestações de problemas emocionais⁽¹²⁾.

Outro aspecto, não menos relevante, são os achados referentes ao domínio aspectos sociais, cuja mediana foi menor para mulheres com grau III de obesidade. A pessoa com excesso de peso pode ter seu corpo depreciado, sofrer

discriminação por parte da sociedade e optar pelo isolamento social, o que pode comprometer a qualidade de vida⁽²³⁾.

Portanto, os dados obtidos na presente pesquisa mostraram que o excesso de peso pode comprometer a qualidade de vida das mulheres. Nesse sentido, é de suma importância identificar quais são as alterações na QV, considerando os domínios que impactam diretamente na saúde e no bem-estar dessas mulheres e planejar estratégias conjuntas capazes de contribuir significativamente para a melhora da sua QV.

Os resultados permitem a reflexão de que os profissionais de saúde que trabalham com mulheres com excesso de peso precisam ser capazes de avaliar os problemas físicos, psicológicos, sociais e biológicos relacionados a elas para identificar e criar junto as mesmas estratégias de cuidado, considerando a perspectiva que possuem para o cuidado de si, o sentido do excesso de peso em suas vidas e a realidade social de cada uma. O cuidado à saúde extrapola o controle do peso e deve envolver aspectos da qualidade de vida que precisam ser melhorados.

Com relação às limitações do estudo, destaca-se o fato da amostra estudada ser constituída por um número relativamente pequeno de mulheres de um único centro de estudo. Ressalta-se, porém, que os achados têm relevância científica e social por proporcionar melhor conhecimento e compreensão da interferência da obesidade na qualidade de vida de mulheres com excesso de peso e podem subsidiar o planejamento do cuidado em saúde voltado a esse público com foco no controle do peso, na prevenção de suas complicações e, conseqüentemente, na melhora da qualidade de vida.

Conclusão

Os resultados mostraram que as mulheres com excesso de peso tinham um perfil socio-demográfico, clínico e antropométrico similar a maioria dos estudos realizados em serviços públicos de saúde, com maior frequência de mulheres na faixa etária ≥ 50 anos, raça/cor auto-declarada negra, baixa escolaridade e baixa renda

familiar, as quais convivem com dificuldades socioeconômicas e outras comorbidades, além do excesso de peso.

Concluiu-se que neste grupo o excesso de peso afetou a qualidade de vida na maioria dos domínios do SF 36. As mulheres com obesidade grau III apresentaram as menores medianas em todos os domínios da escala, evidenciando o impacto negativo do grau de obesidade na qualidade de vida.

Colaborações:

1 – concepção e planejamento do projeto: Catia Suely Palmeira, Natalia Vieira de Jesus e Fernanda Carneiro Mussi;

2 – análise e interpretação dos dados: Catia Suely Palmeira, Natalia Vieira de Jesus, Jessica Cruz da Silva Monteiro, Fernanda Santos Oliveira e Fernanda Carneiro Mussi;

3 – redação e/ou revisão crítica: Catia Suely Palmeira, Natalia Vieira de Jesus, Jessica Cruz da Silva Monteiro, Fernanda Santos Oliveira, Tassia Teles Santana de Macedo e Fernanda Carneiro Mussi;

4 – aprovação da versão final: Catia Suely Palmeira, Natalia Vieira de Jesus, Jessica Cruz da Silva Monteiro, Fernanda Santos Oliveira, Tassia Teles Santana de Macedo e Fernanda Carneiro Mussi.

Conflitos de interesse

Não há conflitos de interesses.

Financiamento

Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Bahia, Brasil - 2016/2017 e de auxílio financeiro do CNPQ, processo nº 421599/2016-2.

Referências

1. World Health Organization/WHO. Obesity and overweight. Geneva: World Health Organization; 2018 [cited 2021 Jan 1]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>

2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. *Vigilância Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2019 – Brasília: Ministério da Saúde, 2020. 137p:il.*
3. Lartey S, Si L, Lung T, Magnussen CG, Boateng GO, Minicuci N, et al. Impact of overweight and obesity on life expectancy, quality-adjusted life years and lifetime costs in the adult population of Ghana. *BMJ Glob Health* 2020; 5(9): e003332. doi.org/10.1136/bmjgh-2020-003332
4. Ramasamy S, Joseph M, Jiwanmall SA, Kattula D, Nandyal MB, Abraham V, Samarasam I, Paravathareddy S, Paul TV, Rajaratnam S, Thomas N, Kapoor N. Obesity Indicators and Health-related Quality of Life - Insights from a Cohort of Morbidly Obese, Middle-aged South Indian Women. *Eur Endocrinol.* 2020 Oct;16(2):148-151. doi: 10.17925/EE.2020.16.2.148.
5. Fieira k, Silva LL. Obesidade: Um estudo sobre a adesão ao tratamento medicamentoso e a percepção da qualidade de vida relacionada à saúde. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento.* 2018; 12 (75):920-926. [cited 2021 Jan 17] Available from: <http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/819>
6. Ongan D, Kus AD, Ongan E, kilic, Demet. Results of an adult weight-management program and reflections as the influence of weight on quality of life in patients with obesity. *Progress in Nutrition.* 2019 Dec 1;21(4):943-51. DOI: 10.23751/pn.v21i4.7764
7. Zhu Y, Wang Q, Pang G, Lin L, Origasa H, Wang Y, Di J, Shi M, Fan C, Shi H. Association between Body Mass Index and Health-Related Quality of Life: The “Obesity Paradox” in 21,218 Adults of the Chinese General Population. *PLoS One.* 2015 Jun 18;10(6):e0130613. DOI: 10.1371/journal.pone.0130613.
8. Pinto S, Fumincelli L, Mazzo A, Caldeira S, Martins JC. Comfort, well-being and quality of life: Discussion of the differences and similarities among the concepts. *Porto Biomed J.* 2017 Jan 1;2(1):6-12. DOI: 10.1016/j.pbj.2016.11.003
9. Lu Y, Hajifathalian K, Ezzati M, Woodward M, Rimm EB, Danaei G. Metabolic mediators of the effects of body-mass index, overweight, and obesity on coronary heart disease and stroke: a pooled analysis of 97 prospective cohorts with 1· 8 million participants. *Lancet (London, England).* 2014; 383(9921):970-83. DOI: 10.1016/s0140-6736(13)61836-x.
10. Bayán-Bravo A, Pérez-Tasigchana RF, Sayón-Orea C, Martínez-Gómez D, López-García E, Rodríguez-Artalejo F, Guallar-Castillón P. Combined impact of traditional and non-traditional healthy behaviors on health-related quality of life: a prospective study in older adults. *PloS one.* 2017;12(1). DOI:10.1371/journal.pone.0170513 J
11. Serpa MA, Lima AA, Guimarães AC, Carrilo MR, Coura-Vital W, Veloso VM. Fatores associados à qualidade de vida em mulheres no climatério. *Reprodução & Climatério.* 2016; 31(2):76-81. DOI: 10.1016/j.recli.2016.04.001
12. Gessera AF, Demartino AM, Oliveira DF, Noé Gomes Borges Jr NG, Domenecha SC, Gevaerda MS. Qualidade de vida em mulheres com peso normal, sobrepeso e obesidade: uma perspectiva subjetiva e individual. *Rev. Baiana de Saúde Pública;* 2014; 38(4):897-912. DOI: 10.5327/Z0100-0233-2014380400009
13. Ciconelli RM, Ferrá, MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol.* 1999; 39(3):143-50. [cited 2021 Mar 22] Available from: https://www.ufjf.br/renato_nunes/files/2014/03/Valida%C3%A7%C3%A3o-do-Question%C3%A1rio-de-qualidade-de-Vida-SF-36.pdf
14. Clennin MN, Payne JP, Rienzi EG, Lavie CJ, Blair SN, Pate RR, Sui X. Association between cardiorespiratory fitness and health-related quality of life among patients at risk for cardiovascular disease in Uruguay. *PloS one.* 2015;10(4). DOI: 10.1371/journal.pone.0123989
15. Lins L, Carvalho FM. SF-36 total score as a single measure of health-related quality of life: Scoping review. *SAGE open medicine.* 2016 Sep 30;4: DOI: 10.1177/2050312116671725
16. WHO. Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation. Geneva, Switzerland. 2004: 268 p.: il. [cited 2021 Mar 21] Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42330>
17. Cruz MF, Ramires VV, Wendt A, Mielke GI, Martinez-Mesa J, Wehrmeister FC. Simultaneidade de fatores

- de risco para doenças crônicas não transmissíveis entre idosos da zona urbana de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2017; 33(2): e00021916. DOI:10.1590/0102-311x00021916.
18. Marija S, Dragan V, Svetlana R, Nela D. Socioeconomic inequalities in overweight and obesity in serbia: data from 2013 national health survey. *Frontiers in pharmacology*. 2018 Jan 8;8:967. DOI: 10.3389/fphar.2017.00967
19. Burkert NT, Freidl W. Pronounced social inequality in health-related factors and quality of life in women and men from Austria who are overweight or obese. *PeerJ*. 2019 May 7;7:e6773. DOI: 10.7717/peerj.6773
20. Marcacine PR, Castro SS, Castro SS, Meirelles MCCC, Haas VJ, Walsh IAP. Qualidade de vida, fatores sociodemográficos e ocupacionais de mulheres trabalhadoras. *Cien Saude Colet*. 2019; 24(3):749-60. DOI: 10.1590/1413-81232018243.31972016.
21. Précoma DB, Fuchs SC, Moriguchi EH, Stein R. Atualização da Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia: 2019. *Arq Bras Cardiol* 2019; 113(4):787-891. DOI: 10.5935/abc.20190204
22. Belém LO, Melo RLP, Pedraza DF, Menezes TNe. Autoavaliação do estado de saúde e fatores associados em idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família de Campina Grande, Paraíba. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*. 2016; 19(2): 265-76. DOI:10.1590/1809-98232016019.140206.
23. Taroço, Maraisa e Pessa, Rosane Pilot Impacto das Consequências Psicossociais do Estigma do Peso no Tratamento da Obesidade: uma Revisão Integrativa da Literatura. *Psicologia: Ciência e Profissão* 2020; 40, e190910. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003190910>.
24. Tamura LS, Cazzo E, Chaim EA, Piedade SR. Influence of morbid obesity on physical capacity, knee-related symptoms and overall quality of life: A cross-sectional study. *Rev. Assoc. Med. Bras*. 2017; 63(2): 142-47. DOI: 10.1590/1806-9282.63.02.142
25. Kolotkin RL, Andersen JR. A systematic review of reviews: exploring the relationship between obesity, weight loss and health-related quality of life. *Clinical obesity*. 2017;7(5):273-89. DOI: 10.1111/cob.12203

Recebido: 6 de dezembro de 2021

Aprovado: 19 de agosto de 2022

Publicado: 19 de dezembro de 2022



A Revista Baiana de Enfermagem utiliza a Licença Creative Commons - Atribuição-NãoComercial 4.0 Internacional. <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0>

Este artigo é de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons (CC BY-NC)

Esta licença permite que outros remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho para fins não comerciais. Embora os novos trabalhos tenham de lhe atribuir o devido crédito e não possam ser usados para fins comerciais, os usuários não têm de licenciar esses trabalhos derivados sob os mesmos termos.