

**QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES COM PESO NORMAL,
SOBREPESO E OBESIDADE: UMA PERSPECTIVA SUBJETIVA E INDIVIDUAL**Ana Flavia Gesser^aAmanda Magalhães Demartino^aDeise Ferreira de Oliveira^aNoé Gomes Borges Jr.^aSusana Cristina Domenech^aMonique da Silva Gevaerd^a**Resumo**

O objetivo deste estudo foi avaliar a qualidade de vida em mulheres com peso normal, sobrepeso e obesidade, em duas faixas etárias. Foram avaliadas 50 mulheres, distribuídas em dois grupos de diferentes faixas etárias (31–45 anos e 46–60 anos). Todas responderam uma ficha de identificação para caracterização sócio-demográfica e clínica, seguida da avaliação da massa corporal e estatura, para o cálculo do Índice de Massa Corporal e classificação do estado nutricional. A qualidade de vida foi avaliada por meio do Questionário de Qualidade de Vida. O primeiro grupo foi formado por sete mulheres com peso normal, sete com sobrepeso e onze obesas. O segundo grupo era composto por nove mulheres com peso normal, nove com sobrepeso e sete obesas. De modo geral, as participantes demonstraram uma boa qualidade de vida. Entretanto, o segundo grupo apresentou diferença significativa nos domínios Capacidade Funcional e Vitalidade, indicando que as obesas apresentaram prejuízo nas atividades físicas ou de vida diária e maior sensação de cansaço quando comparadas às mulheres com sobrepeso. Considera-se que a qualidade de vida seja uma percepção subjetiva e individual, pouco afetada pela obesidade. Contudo, não se descarta que a obesidade representa um fator de risco à saúde das mulheres.

Palavras-chave: Qualidade de vida. Sobrepeso. Obesidade. Mulheres. Saúde.

^aUniversidade do Estado de Santa Catarina – UDESC – Florianópolis (SC), Brasil.

Endereço para correspondência: Monique da Silva Gevaerd – Universidade do Estado de Santa Catarina – Rua Pascoal Simone, 358 – Coqueiros – CEP: 88080-350 – Florianópolis (SC), Brasil – E-mail: moniquegevaerd@yahoo.com.br

QUALITY OF LIFE OF WOMEN WITH NORMAL WEIGHT, OVERWEIGHT AND OBESITY: AN INDIVIDUAL AND SUBJECTIVE PERSPECTIVE

Abstract

The aim of this study was to evaluate the quality of life in of women with normal weight, overweight and obesity in two age groups. We evaluated 50 women, divided into two groups of different age brackets (31–45 years and 46–60 years). All the participants answered an identification form for socio-demographic and clinical aspects, followed by the evaluation of body weight and height to calculate the Body Mass Index and nutritional status classification. The quality of life was assessed by using the Quality of Life Questionnaire. The first group was composed of seven women with normal weight, seven with overweight and eleven obese participants. The second group – G2 – contained nine women with normal weight, nine with overweight and seven with obesity. Generally speaking, the participants evidenced a good quality of life. However, the second group showed significant difference in the Functional Capacity and Vitality, indicating that obese women showed impairment in physical activities or in daily life and a greater sense of fatigue when compared to women with overweight. Finally, the quality of life is a subjective and individual perception little affected by obesity. However, it is not implausible that obesity is a risk factor for women's health.

Keywords: Quality of life. Overweight. Obesity. Women. Health.

CALIDAD DE VIDA EN MUJERES CON PESO NORMAL, SOBREPESO Y OBESIDAD: UNA PERSPECTIVA INDIVIDUAL Y SUBJETIVA

Resumen

Este estudio evaluó la calidad de vida en mujeres con peso normal, sobrepeso y obesidad en diferentes edades. Se evaluaron 50 mujeres, divididas en dos grupos (31–45 años y 46–60 años). Los sujetos respondieron una hoja de identificación de datos socio-demográficos y clínicos, siguiente de la evaluación del peso corporal y la altura para calcular el Índice de Masa Corporal y la clasificación del estado nutricional. Se evaluó la calidad de vida mediante el cuestionario de calidad de vida. El primer grupo se compone de siete mujeres con peso normal, siete con sobrepeso y once obesas. El segundo grupo era compuesto por nueve mujeres con peso normal, nueve con sobrepeso y siete obesas. De manera general, las participantes demostraron una buena calidad de vida. Sin embargo, el

segundo grupo mostrou diferenças na capacidade funcional e vitalidade, lo que indica que las mujeres obesas mostraron deterioro en la actividad física o la vida diaria y un mayor sentido de fatiga en comparación con las mujeres con sobrepeso. Se considera que la calidad de vida es subjetiva y la percepción individual se ve poco afectada por la obesidad. Sin embargo, no se descartó que la obesidad es un factor de riesgo para la salud de las mujeres.

Palavras chave: Calidad de vida. Sobrepeso. Obesidad. Mujeres. Salud.

INTRODUÇÃO

A qualidade de vida é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como a percepção do indivíduo sobre a sua posição dentro do contexto cultural e do sistema de valores no qual sua vida está inserida em relação aos seus objetivos, expectativas e preocupações.¹ No entanto, entende-se que esse é um conceito subjetivo e multidimensional,^{2,3} determinado por condições e parâmetros sociais, econômicos e culturais, envolvendo ainda uma interpretação pessoal.⁴ Adicionalmente, a qualidade de vida relaciona-se diretamente ao estado de saúde, sendo uma expressão comumente utilizada na área de saúde.^{5,6}

A qualidade de vida pode ser comprometida pelo excesso de gordura corporal, a qual leva a um quadro de sobrepeso ou obesidade.^{4,5} Segundo a OMS, o estado nutricional pode ser classificado a partir do Índice de Massa Corporal (IMC) medido em kg/m². Esse índice está relacionado às condições de saúde do indivíduo.^{7,8} O sobrepeso e a obesidade são considerados como doenças crônicas não transmissíveis, de causas multifatoriais^{2,9} e de proporções epidêmicas em países desenvolvidos e em desenvolvimento.^{2,9-12} Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), nos anos de 2008/2009 a prevalência relativa de sobrepeso e obesidade no Brasil foi de 40,9% e 14,8%, respectivamente, sendo considerada mais frequente na região Sul. Também foi verificado que a prevalência de obesidade é maior nas mulheres (16,5%) do que em homens (12,5%), sendo que esta aumenta com o avanço da idade.¹³ Quanto ao sobrepeso, os homens constituem 50,1% e as mulheres 48,0% da população brasileira.¹³ O sobrepeso e a obesidade constituem fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, hipertensão, diabetes, problemas posturais e morte prematura.⁹ A frequência de surgimento dessas comorbidades é duas vezes maior em homens e quatro vezes maior em mulheres, quando comparados a indivíduos normais.^{4,14,15}

A avaliação da qualidade de vida pode ser mensurada por questionários, como o *Medical Outcomes Study 36-Item - Short-Form Health Survey* (SF-36). Esse instrumento é

amplamente utilizado para mensurar o estado de saúde física e mental, autorrelatada pelos indivíduos. A utilização desse questionário constitui um parâmetro adicional a ser utilizado na avaliação de diversas patologias, direcionando melhor os profissionais de saúde na compreensão integral do paciente, bem como na determinação de estratégias de tratamento mais individualizadas.^{7,16}

Diante do exposto, o presente estudo teve como objetivo avaliar a qualidade de vida em mulheres classificadas com peso normal, sobrepeso e obesidade, segundo os critérios da OMS para classificação de peso, em duas faixas etárias.

MATERIAL E MÉTODOS

Participaram do estudo 50 mulheres residentes da Grande Florianópolis, selecionadas por meio de amostragem não aleatória, que frequentavam o Projeto de Extensão “Bioquímica Preventiva”, desenvolvido no Centro de Ciências da Saúde e do Esporte (CEFID) da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). As mulheres participantes da pesquisa foram divididas em dois grupos de diferentes faixas etárias, por meio da classificação gerontológica da OMS para o envelhecimento.¹⁷ O Grupo 1 (G1) foi formado por 25 mulheres de idade madura, com faixa etária de 31 a 45 anos. O Grupo 2 (G2) constituiu-se de 25 mulheres na idade de mudança ou envelhecimento, com faixa etária de 46 a 60 anos. O ponto de corte para divisão da faixa etária dos grupos justificou-se pela ocorrência de mudanças hormonais significativas no organismo das mulheres no climatério.¹⁸ Esse critério foi adotado a fim de obter uma amostra mais homogênea para o estudo.

Como critérios de inclusão, as mulheres deveriam estar na faixa etária entre 31 e 60 anos, e estar com peso normal, sobrepeso ou obesidade. Foram excluídas do estudo as participantes que não responderam a todas as questões da avaliação.

As participantes avaliadas foram informadas sobre os objetivos do estudo e, aquelas que concordaram em participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas envolvendo Seres Humanos da UDESC (CEPSH/UDESC), o qual estava vinculado ao Projeto de Extensão “Bioquímica Preventiva” (Protocolo: 19/2005). Em seguida, as participantes foram submetidas a alguns procedimentos de avaliações laboratoriais.

Inicialmente foi aplicada uma ficha de identificação, em forma de entrevista, para levantamento dos dados sócio-demográficos das participantes (idade, etnia, escolaridade, situação profissional e estado civil) e informações sobre tabagismo e histórico progresso de

doenças (Diabetes Mellitus, Diabetes Gestacional, Hiperglicemia Frequente, Hipertensão, Doença Arterial Coronariana – DAC e Acidente Vascular Encefálico – AVE).

Na sequência, as participantes foram submetidas a uma avaliação antropométrica para obtenção dos dados de massa corporal e estatura, por meio de uma balança digital com estadiômetro acoplado (Toledo do Brasil, modelo 2096ppi2). Esses valores foram utilizados para o cálculo do IMC, por meio da fórmula: $IMC = \text{Peso}/\text{Altura}^2$. Os resultados do IMC foram utilizados para a classificação do estado nutricional das participantes do estudo, segundo classificação da OMS, conforme descrito: 25 a 29,9 kg/m² = sobrepeso; 30,0 a 34,9 kg/m² = obesidade grau I; 35,0 a 39,9 kg/m² = obesidade grau II; $\geq 40,0$ kg/m² = obesidade grau III.¹⁹

A qualidade de vida foi avaliada por meio da Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida (SF-36), aplicado na forma de entrevista, considerado um instrumento genérico para avaliação da qualidade de vida, sendo de fácil administração e compreensão. É um questionário multidimensional constituído por 36 questões acerca de percepção geral de saúde, subdivididas em oito domínios ou componentes: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos emocionais, aspectos sociais e saúde mental. Cada domínio apresenta um escore final, que varia de 0 a 100, no qual zero corresponde ao pior estado de saúde e 100 ao melhor estado de saúde.¹⁶

Os resultados obtidos foram analisados por meio de estatística descritiva, utilizando valores de frequência absoluta (n) e relativa (%) para as variáveis categóricas (profissão, grupo étnico, estado civil, grau de escolaridade, classificação do IMC, tabagismo, histórico progresso de doenças, e escore para cada domínio do SF-36 dividido em intervalos) e valores de tendência central e dispersão (média e desvio padrão) para as variáveis contínuas (idade, massa corporal, estatura e valor do IMC). Posteriormente, para comparar os resultados entre as participantes com classificações de IMC normal, sobrepeso e obesidade, para cada domínio do questionário SF-36, utilizou-se o Teste de Kruskal-Wallis, seguido do Teste U de Mann Whitney. A análise estatística foi realizada por meio do programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0 para *Windows*. Para todos os procedimentos, adotou-se nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$).

RESULTADOS

As características sócio-demográficas e clínicas das integrantes de ambos os grupos estão descritas na Tabela 1. As mulheres do G1 apresentavam em média $39,1 \pm 4,6$ anos e as do G2 $50,9 \pm 4,1$ anos. Em ambos os grupos a etnia das mulheres era predominantemente

branca, a maioria delas eram casadas, com nível de escolaridade que não ultrapassava o ensino médio completo, empregadas profissionalmente, não fumantes e apresentavam alguns casos de diabetes e hipertensão arterial.

Com relação às avaliações antropométricas, as médias de peso e estatura do G1 foram, respectivamente, $71,6 \pm 14,0$ kg e $1,57 \pm 0,1$ m, sendo a média do IMC desse grupo $28,9 \pm 5,2$ kg/m². No G2, a massa corporal média foi de $69,0 \pm 11,7$ kg e a estatura média foi de $1,58 \pm 0,04$ m. A média do IMC para o G2 foi $27,7 \pm 4,9$ kg/m². A classificação do estado nutricional, com base no IMC das mulheres de ambos os grupos está apresentada na Tabela 2, revelando predomínio de mulheres acima do peso normal em ambos os grupos.

No Gráfico 1, estão ilustradas as distribuições de frequências das participantes do G1 em intervalos de escores (0–24, 25–49, 50–74 e 75–100) para cada domínio do

Tabela 1 – Características sócio-demográficas e clínicas das participantes dos grupos G1 e G2

Variável	G1 n (%)	G2 n (%)
Etnia		
Branco	17 (68)	21 (84)
Pardo	5 (20)	2 (8)
Negro	3 (12)	2 (8)
Estado civil		
Solteiro	9 (36)	1 (4)
Casado	13 (52)	16 (64)
Divorciado	3 (12)	8 (32)
Escolaridade		
Ensino Fundamental Incompleto	10 (40)	4 (16)
Ensino Fundamental Completo	5 (20)	5 (20)
Ensino Médio Incompleto	1 (4)	1 (4)
Ensino Médio Completo	3 (12)	6 (24)
Ensino Superior Incompleto	0 (0)	1 (4)
Ensino Superior Completo	6 (24)	8 (32)
Situação profissional		
Empregados	22 (88)	21 (84)
Desempregados	3 (12)	4 (16)
Tabagismo		
Nunca fumou	19 (76)	20 (80)
Fumante	5 (20)	3 (12)
Ex-fumante	1 (4)	2 (8)
História pregressa de doenças		
Diabetes Mellitus	2 (8)	2 (8)
Diabetes Gestacional	1 (4)	0 (0)
Hiperglicemia frequente	1 (4)	2 (8)
Hipertensão Arterial	2 (8)	7 (28)
DAC	0 (0)	0 (0)
AVE	0 (0)	1 (4)

questionário SF-36, em função do IMC. No domínio Capacidade Funcional, a maior percentagem de mulheres nos escores mais baixos (≤ 24) pertence às obesas (18,2%), assim como nos domínios Aspecto Físico (36,4%), Dor (36,4%), Vitalidade (9,1%), Aspecto Social (9,1%) e Aspecto Emocional (18,2%). Analisando os escores mais altos do questionário (≥ 75), as mulheres com classificação de peso normal estavam em maior percentagem nos domínios Capacidade Funcional (100%), Aspecto Físico (85,7%), Dor (28,6%), Vitalidade (57,1%), e no domínio Saúde Mental a percentagem dessas mulheres foi semelhante àquelas com sobrepeso (42,9%). Além disso, as mulheres com sobrepeso também obtiveram maior percentagem nos maiores escores nos domínios Aspecto Social (71,4%) e Aspecto Emocional (57,1%). Já no domínio Estado Geral de Saúde, as mulheres obesas se apresentaram em maior frequência nos escores mais altos (27,3%).

Apesar de a distribuição de frequências nos diferentes domínios do questionário SF-36 ter apresentado variação entre cada intervalo no G1, a comparação entre as integrantes desse grupo, em função do IMC, não revelou diferenças estatisticamente significativas em nenhum domínio avaliado, segundo o teste de Kruskal-Wallis.

Para o G2, também se analisou a distribuição de frequências das mulheres em função do IMC, em cada domínio do questionário SF-36, as quais podem ser observadas no Gráfico 2. Nos escores abaixo de 25, houve um predomínio de mulheres com obesidade nos domínios: Aspecto Físico (14,3%), Dor (57,1%) e Aspecto Emocional (14,3%), sendo que o domínio Aspecto Social, apresentou maior percentagem de mulheres com sobrepeso em escores mais baixos (11,1%).

Observando-se os escores acima de 75, nota-se que as mulheres com peso normal apresentaram as maiores percentagens nos domínios Capacidade Funcional (100%) e Aspecto Emocional (88,9%), sendo que também obtiveram a mesma percentagem que as mulheres com sobrepeso nos domínios Aspecto Físico (88,9%) e Saúde Mental (66,7%). As mulheres com sobrepeso obtiveram, igualmente, escores mais altos nos domínios: Dor (22,2%), Estado Geral de Saúde (77,8%) e Vitalidade (77,8%). Já as participantes obesas, obtiveram os maiores escores apenas no domínio Aspecto Social (85,7%).

Tabela 2 – Classificação do estado nutricional com base no IMC dos grupos G1 e G2

Classificação	G1 n (%)	G2 n (%)
Peso normal	7 (28)	9 (36)
Sobrepeso	7 (28)	9 (36)
Obesidade I, II e III	11 (44)	7 (28)

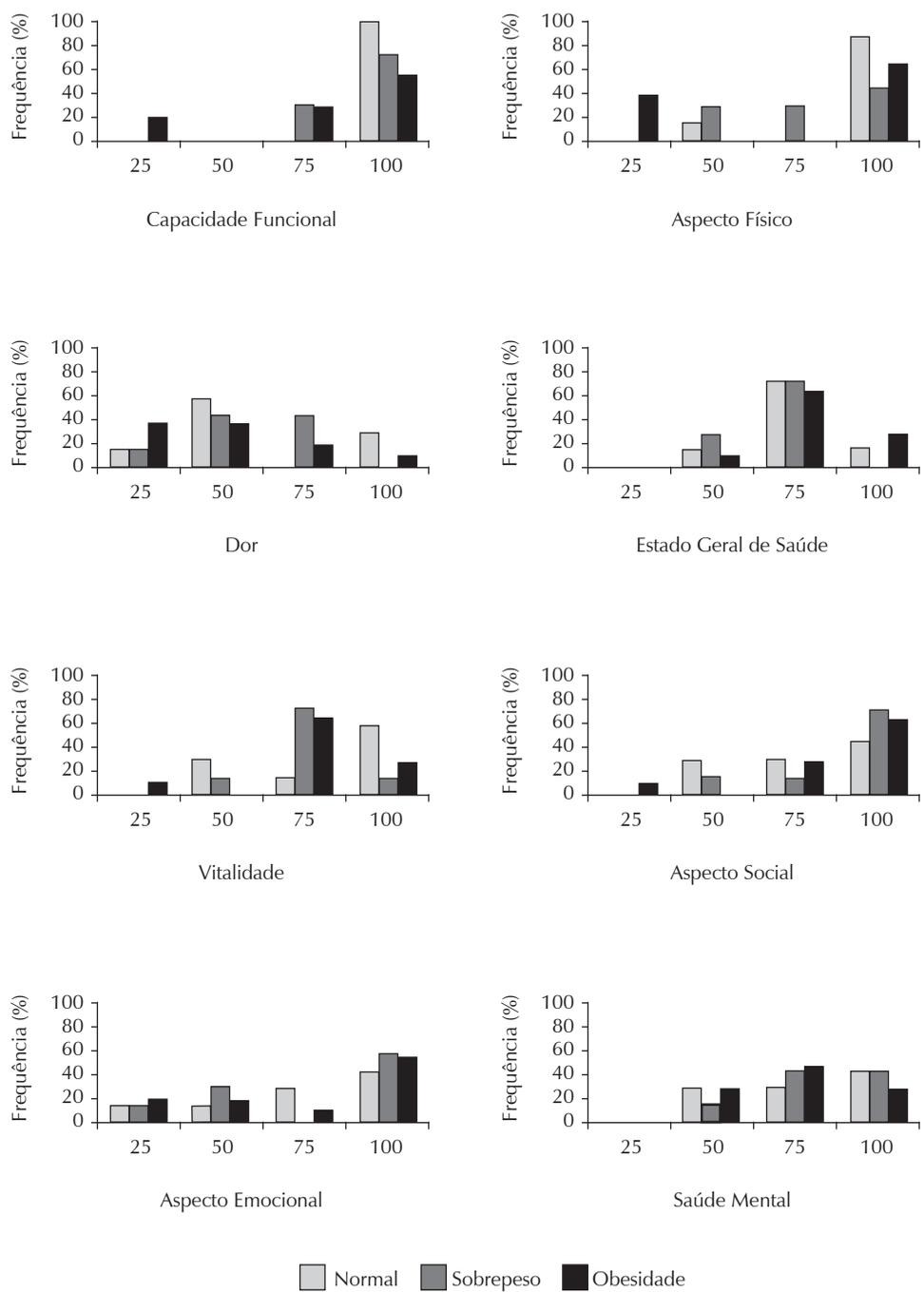


Gráfico 1 – Distribuição de frequências dos escores em cada domínio do SF-36 em relação à classificação do IMC das mulheres do G1

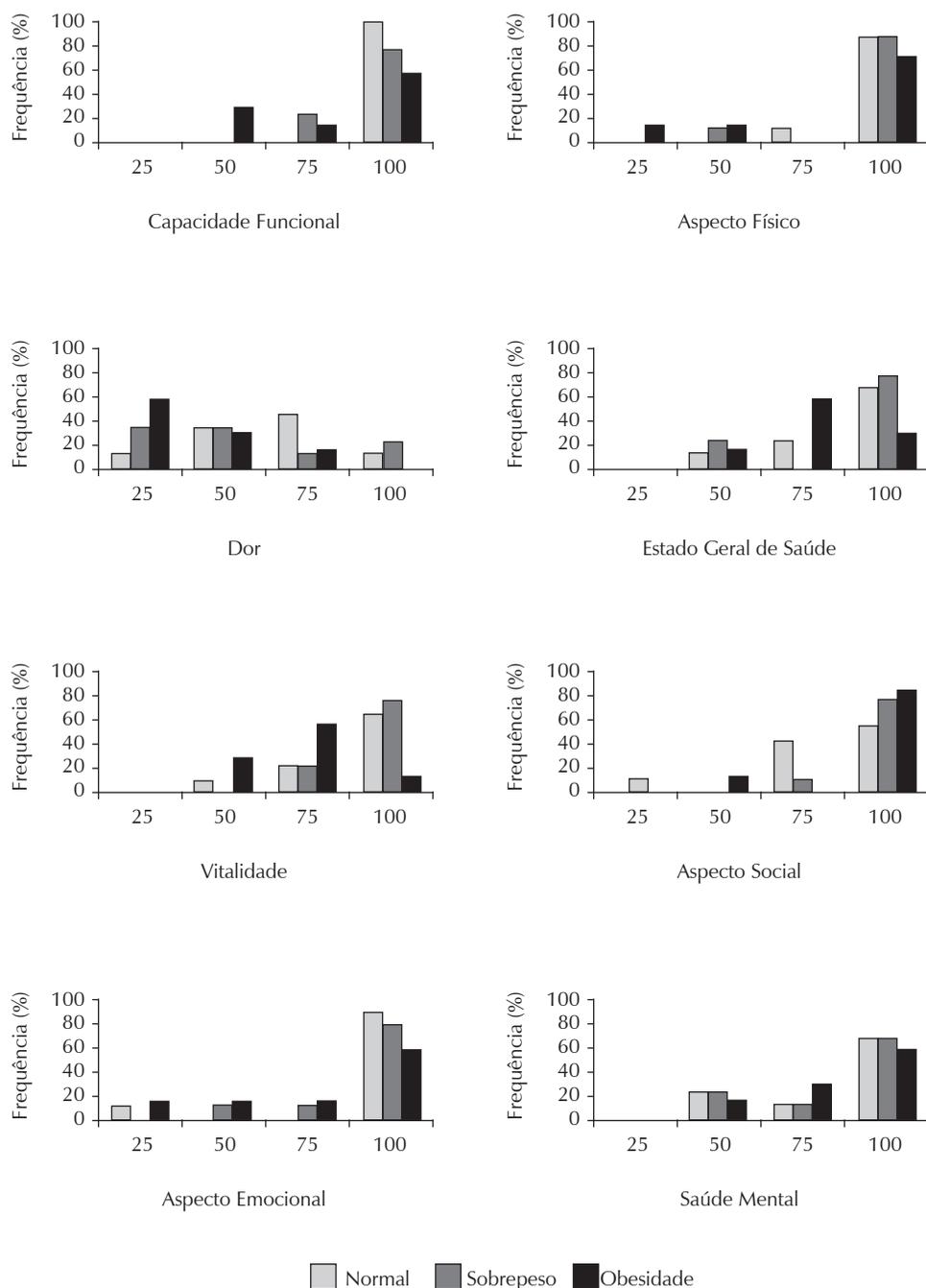


Gráfico 2 – Distribuição de frequências dos escores em cada domínio do SF-36 em relação à classificação do IMC das mulheres do G2

Diferentemente do G1, a comparação entre os níveis de IMC para cada domínio do SF-36 no G2 revelou diferenças significativas entre as mulheres com sobrepeso e obesidade nos domínios Capacidade Funcional e Vitalidade, conforme verificado pelo Teste Kruskal-Wallis, seguido pelo Teste U de Mann Whitney, $p=0,039$ e $p=0,048$, respectivamente (Tabela 3).

DISCUSSÃO

Inicialmente, além dos dados de identificação, foram avaliadas neste estudo algumas características clínicas para caracterizar cada grupo quanto ao seu estado nutricional. Dessa maneira, verificou-se a existência de mais mulheres com Hipertensão Arterial no G2 (28%), sendo que destas, duas estavam com peso normal, três com sobrepeso e duas eram obesas. Em um estudo realizado com mulheres obesas, algumas relataram que o aumento de peso passou a existir seguido de alguma complicação clínica, como a hipertensão ou dislipidemia.²⁰ Segundo a OMS, dentre os fatores de risco mais importantes para a morbimortalidade relacionada às doenças crônicas não transmissíveis estão a hipertensão arterial sistêmica, hipercolesterolemia, o sobrepeso e a obesidade.²¹

Em relação à avaliação dos diferentes domínios do questionário de qualidade de vida, o presente estudo demonstrou que as mulheres avaliadas apresentaram, em sua maioria, uma distribuição de frequência nos escores mais altos (≥ 75) da escala referente ao questionário de qualidade de vida em ambos os grupos, independentemente da classificação do estado nutricional. A única exceção se deu no domínio Dor, no qual a frequência de distribuição foi maior nas pontuações mais baixas da escala (≤ 50). De modo geral, esses resultados demonstram uma boa qualidade de vida entre as mulheres avaliadas. Entretanto, a ocorrência de resultados nos escores mais baixos evidenciam a necessidade de uma avaliação mais detalhada dos dados.

O domínio Capacidade Funcional está relacionado com o grau das limitações no desempenho de atividades físicas, desde aquelas de vida diária (vestir-se ou tomar banho) até as mais vigorosas (correr, levantar, objetos pesados e participar em esportes árduos).

Tabela 3 – Valores de p no Teste U de Mann Whitney para o Grupo 2 nos domínios em que foi detectado diferenças significativas

Domínio	Normal x Sobrepeso	Normal x Obesidade	Sobrepeso x Obesidade
Capacidade Funcional	0,128	0,181	0,016*
Vitalidade	0,153	0,181	0,020*

*Significa $p \leq 0,05$ no Teste U de Mann Whitney.

Em ambos os grupos, G1 e G2, as mulheres com peso normal mostraram frequência de 100% nos escores entre 75 e 100. Verificou-se que as mulheres com sobrepeso e obesidade também apresentaram distribuição de frequência nos escores entre 75 e 100. Entretanto, essa distribuição foi menor quando comparada à frequência das mulheres com IMC normal. A distribuição de frequência nos escores mais baixo desse domínio (≤ 50) também só foi verificada para as mulheres obesas. Contudo, os resultados revelaram diferença significativa em função do IMC somente no G2. Esses dados indicam que as mulheres obesas apresentaram um prejuízo no desempenho de atividades físicas e atividades de vida diária, quando comparadas às mulheres com sobrepeso. Resultados similares foram encontrados na literatura, demonstrando a influência do estado nutricional sobre a capacidade funcional em mulheres.²²

No domínio Aspecto Físico, que é indicativo das limitações diárias que o indivíduo sofre por problemas físicos, tanto no G1 quanto no G2 percebeu-se que as mulheres obesas foram as únicas que apresentaram frequência de distribuição nos escores abaixo de 25, no G1, e abaixo de 50, no G2. Além disso, a distribuição de frequência das mulheres obesas nos escores acima de 50 foi menor em comparação às mulheres com peso normal, tanto no G1 quanto no G2. Estudos referem que o excesso de peso gera uma tendência ao sedentarismo, ou seja, baixa atividade física, gerando impacto na aptidão física e capacidade funcional.^{4,22}

No domínio Vitalidade, que corresponde à sensação de disposição e nível de energia para realizar atividades físicas que compõem a rotina diária, as mulheres com peso normal, tanto no G1 quanto no G2, apresentaram maior frequência nos escores mais altos. O mesmo foi observado para as mulheres com sobrepeso do G2. Já as mulheres obesas apresentaram maior frequência nos escores intermediários, revelando diferença significativa no G2. Esses dados evidenciam maior sensação de cansaço e esgotamento das mulheres obesas em comparação às mulheres com sobrepeso no G2. Foram encontrados resultados semelhantes após aplicação do questionário SF-36 em adultos obesos entre 18 e 64 anos.²³

As limitações de natureza física são mais evidenciadas em indivíduos que apresentam obesidade e sobrepeso.²³ Adicionalmente, tem-se apontado que o desempenho físico relaciona-se com fatores como força, amplitude de movimentos, integridade neurológica e grau de motivação para execução das atividades.²² Esses achados podem justificar os resultados encontrados para as mulheres obesas deste estudo, nos domínios relacionados à capacidade funcional, aos aspectos físicos e à vitalidade.

No domínio Dor, que avalia a extensão da dor, severidade e limitação causada pela presença da dor, verificou-se uma distribuição de frequência mais equilibrada entre todos os escores da escala, tanto para o G1 quanto para o G2, evidenciando a presença deste

sintoma em diferentes proporções. No entanto, as mulheres obesas em sua maioria, tanto no G1 quanto no G2, referiram dores mais severas e muito limitantes. Dados da literatura apontam que a obesidade, além de estar associada ao aumento da prevalência de algumas doenças, também pode estar associada ao aumento dos níveis de dor,²⁴ conforme verificado no presente estudo. Também foi verificado que o declínio da qualidade de vida decorrente do aumento de dor, pode estar associado à carga de trabalho na faixa etária de 45 a 64 anos, na qual verifica-se que os indivíduos ainda estão em uma fase economicamente ativa.²⁵

No domínio Aspecto Social, que avalia as limitações da participação do indivíduo em atividades sociais, uma pequena percentagem de mulheres obesas do G1 e com sobrepeso do G2 apresentaram distribuição de frequência nos escores abaixo de 25. A maioria das mulheres classificadas com sobrepeso e obesidade, tanto no G1 quanto no G2, obtiveram maior frequência nos escores entre 75 e 100 em comparação às mulheres com peso normal, evidenciando aspecto positivo para esse domínio. Outros estudos também têm demonstrado resultados positivos no domínio Aspecto Social de mulheres obesas.^{2,3} Esses dados diferem bruscamente dos resultados encontrados em revisões que afirmam diminuição significativa nesse domínio, tais como tendências depressivas e problemas em relacionamentos sociais devido à exposição a situações humilhantes.^{4,26} Nesse mesmo contexto, também foi verificado que o estigma da obesidade influenciava nas relações sociais, familiares e de trabalho, causando prejuízos ao bem-estar psicológico e social dessas mulheres, pois não se consideram em um perfil de características corporais ideais determinadas por fatores sociais, influências socioculturais e pressões da mídia.^{20,27}

No domínio Aspecto Emocional, o qual é voltado para a avaliação das limitações de realização de trabalhos e atividades diárias devido a razões emocionais, as mulheres do G1 apresentaram uma distribuição de frequência mais equilibrada entre todos os escores da escala, mostrando a presença de problemas de ordem emocional em diferentes proporções, independentemente do nível de IMC. No G2, praticamente todas as mulheres com peso normal apresentaram distribuição de frequência nos escores entre 75 e 100. Já as mulheres com sobrepeso e obesidade, apesar de apresentarem uma maior frequência nos escores mais altos de Aspecto Emocional, foi menor em comparação às mulheres com peso normal. Além disso, elas também apresentaram distribuição de frequência nos demais intervalos da escala, sugerindo uma influência do IMC nas manifestações de problemas emocionais. Porém, como a visão de bem-estar é extremamente subjetiva, torna-se necessário considerar a visão individual de cada sujeito. Dessa maneira, o modelo no qual a pessoa se identifica determina a forma de se relacionar com o meio e ter um controle saudável sobre suas emoções. Sendo

assim, a interpretação dos dados que avaliam esse aspecto emocional limita-se a uma visão positiva ou negativa do indivíduo sobre sua condição.²⁸

No domínio Saúde Mental, que avalia as percepções de ansiedade, depressão, alterações do comportamento e bem-estar psicológico, nota-se que nenhuma das participantes dos dois grupos apresentou escore abaixo de 25, e que, em ambos os grupos, as mulheres com sobrepeso apresentaram a mesma frequência das mulheres com peso normal nos escores mais altos. As mulheres obesas do G1 e do G2, em sua maioria, se distribuíram, predominantemente, nos escores acima de 50, indicando uma boa percepção da saúde mental. Tal fato refere-se ao sentimento de tranquilidade e calma, com os quais o indivíduo enfrenta as situações de vida diária, o que é reflexo da personalidade de cada indivíduo. Em outro estudo, no qual foi avaliada a qualidade de vida de obesos antes da cirurgia bariátrica, foi encontrado resultado semelhante para o domínio Saúde Mental.²

No domínio Estado Geral de Saúde, avalia-se a percepção do indivíduo sobre seu estado de saúde como um todo. Nesse domínio, também verificou-se que nenhuma das mulheres apresentou distribuição de frequência nos escores abaixo de 25, em ambos os grupos, evidenciando que as participantes não percebem seu estado de saúde como sendo muito prejudicado. Os resultados obtidos no G1 mostraram uma percepção com relação ao estado de saúde em um nível satisfatório, em função do predomínio da distribuição de frequência nos escores entre 50 e 75, independentemente do IMC. No G2, essa percepção foi um pouco melhor em função de uma maior distribuição de frequência nos escores entre 75 e 100, principalmente para as mulheres com peso normal ou sobrepeso. As mulheres obesas do G2 apresentaram maior frequência nos escores entre 50 e 75. Resultados semelhantes são descritos na literatura, apontando os obesos com melhor Estado Geral de Saúde, quando comparado a indivíduos não obesos.³

Por outro lado, apesar de os resultados evidenciarem a ocorrência de diferença estatisticamente significativa entre mulheres com sobrepeso e obesidade do G2, nos domínios Capacidade Funcional e Vitalidade, o excesso de peso pode não ser o único fator determinante para a diferença entre esses dois grupos. Apesar de alguns estudos considerarem o excesso de gordura corporal como um fator determinante para a diminuição da capacidade funcional do indivíduo e maior sensação de cansaço,²² acredita-se que o impacto expressivo nesses domínios pode ser decorrente, também, das condições funcionais que são causadas pelo processo de envelhecimento.²⁵

Nesse sentido, o fato de as diferenças significativas encontradas nesses dois domínios, Capacidade Funcional e Vitalidade em relação ao IMC, terem sido observadas

apenas no G2, reforçam que essas diferenças podem estar relacionadas às mudanças encontradas no período de climatério. Durante o período da menopausa, a qualidade de vida das mulheres pode estar comprometida, pois existem influências advindas de fatores biológicos, culturais e psicossociais, gerando uma distorção na percepção das mulheres.¹⁸

Por fim, ressalta-se que por se tratar de aspectos subjetivos, os diferentes domínios de qualidade de vida devem ser avaliados a partir da perspectiva das participantes.

CONCLUSÃO

Verificou-se que os resultados demonstram estatísticas significantes, mas não em todos os domínios avaliados. Portanto, afere-se que não há existência de um grande impacto que diferencie a qualidade de vida de mulheres com peso normal, quando comparadas com mulheres com sobrepeso e obesidade, em ambos os grupos. A ausência de diferenças em função do IMC, pode ser decorrente do número reduzido de indivíduos avaliados, o que constituiu uma limitação do presente estudo. Portanto, sugere-se a realização de novas avaliações, englobando um número maior de indivíduos para melhor verificação da influência do excesso de gordura sobre a qualidade de vida.

Entretanto, não podemos desconsiderar os resultados alcançados no presente estudo, evidenciando prejuízo nos domínios Capacidade Funcional e Vitalidade nas mulheres obesas. Adicionalmente, não se pode descartar a obesidade e o sobrepeso como fatores de risco para a saúde, como verificado neste e em vários outros estudos.^{4,9,14,15}

Considera-se a satisfação pessoal e a subjetividade das percepções do indivíduo um fator determinante em sua qualidade de vida, visto que uma interpretação pessoal pode gerar resultados diferentes para cada grupo de pessoas.

REFERÊNCIAS

1. WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of life Assessment: Position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med.* 1995;41(10):1403-9.
2. Vasconcelos PO, Neto SBC. Qualidade de vida de pacientes obesos em preparo pra cirurgia bariátrica. *Psico.* 2008;39(1):58-65.
3. Santos ALP, Simões AC. Educação Física e Qualidade de Vida: reflexões e perspectivas. *Saúde Soc.* 2012;21(1):181-92.
4. Nahas MV. Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. 5ª ed. Londrina: Midiograf; 2010.

5. Tavares TB, Nunes SM, Santos MO. Obesidade e qualidade de vida: revisão de literatura. *Rev Med Minas Gerais*. 2010;20(3):359-66.
6. Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde; aspectos conceituais e metodológicos. *Cad. Saúde Pública*. 2004;20(2):580-588.
7. Soares A, Silva I. Qualidade de vida em mulheres que procuram tratamento para obesidade: estudo comparativo entre mulheres com diagnóstico de obesidade clinicamente grave propostas a tratamento cirúrgico e mulheres submetidas a cirurgia. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 2011;12(2):235-54.
8. Rezende FAC, Rosado LEFPL, Franceschini SCC, Rosado GP, Ribeiro RCL. Aplicabilidade do Índice de Massa Corporal na Avaliação de Gordura Corporal. *Rev Bras Med Esporte*. 2010;16(2):90-4.
9. Cristóvão MF, Sato APS, Fujimori E. Excesso de peso e obesidade abdominal em mulheres atendidas em Unidade de Estratégia de Saúde da Família. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(2):1667-72.
10. Pinheiro ARO, Freitas SFT, Corso ACT. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. *Rev. Nutr*. 2004;17(4):523-33.
11. Rosa MI, Silva FML, Girolodi SB, Antunes GN, Wendland EM. Prevalência e fatores associados à obesidade em mulheres usuárias de serviços de pronto-atendimento do Sistema Único de Saúde no sul do Brasil. *Cien Saude Colet*. 2011;16(5):2559-66.
12. Ng M, Fleming T, Robinson M, Thomson B, Graetz N, Margono C, et al. Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2014;384(9945):766-81.
13. Brasil. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009. Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Extraído de [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2008_2009_encaa/pof_20082009_encaa.pdf], acesso em [16 de Julho de 2013].
14. Santos AA, Carvalho CC, Chaves ECL, Goyatá SLT. Qualidade de vida de pessoas com obesidade grau III: um desafio Comportamental. *Rev Bras Clin Med*. 2012;10(5):384-9.
15. Gigante DP, Moura EC, Sardinha LMV. Prevalência de excesso de peso e obesidade e fatores associados, Brasil, 2006. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(2):83-9.
16. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para língua portuguesa e validação do questionário de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol*. 1999;39(3):143-50.

17. OMS – Organização Mundial da Saúde. Classificação Gerontológica. In: Terceira Idade – Qual a sua idade? Saúde em Movimento. Extraído de [www.saudeemmovimento.com.br/conteudos/conteudo_frame.asp?cod_noticia=97], acesso em [28 de Agosto de 2013].
18. Miranda JS, Ferreira MLSM, Corrente JE. Qualidade de vida em mulheres no climatério atendidas na Atenção Primária. Rev Bras Enferm. 2014;67(5):803-9.
19. ABESO – Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Diretrizes Brasileiras de Obesidade. Extraído de [http://www.abeso.org.br/pdf/diretrizes_brasileiras_obesidade_2009_2010_1.pdf], acesso em [19 de Junho de 2013].
20. Pinto MS, Bosi MLM. Muito mais do que pe(n)sam: percepções e experiências acerca da obesidade entre usuárias da rede pública de saúde de um município do Nordeste do Brasil. Physis: Rev Saúde Coletiva. 2010;20(2):443-57.
21. WHR The World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life. Genebra: WHO; 2002.
22. Orsi JVA, Nahas FX, Gomes HC, Andrade CHV, Veiga DF, Novo NF, et al. Impacto da obesidade na capacidade funcional de mulheres. Rev Assoc Med Bras. 2008;54(2):106-9.
23. Doll HA, Petersen SEK, Stewart-Brown SL. Obesity and Physical and Emotional Well-Being: Associations between Body Mass Index, Chronic Illness, and the Physical and Mental Components of the SF-36 Questionnaire. Obesity Research. 2000;8(2):160-70.
24. Silva MP, Jorge Z, Domingues A, Nobre EL, Chambel P, Castro JJ. Obesidade e qualidade de vida. Acta Med Port. 2006;19:247-50.
25. Oliveira Campos M, Rodrigues-Neto JF, Silveira MF, Neves DMR, Vilhena JM, Oliveira JF, et al. Impacto dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis na qualidade de vida. Cien Saude Colet. 2013;18(3):873-82.
26. Backes V, Olinto MTA, Henn RL, Cremonese C, Pattussi MP. Associação entre aspectos psicossociais e excesso de peso referido em adultos de um município de médio porte do Sul do Brasil. Cad Saúde Pública. 2011;27(3):573-80.
27. Conti, MA, Frutuoso MFP, Gambardella MD. Excesso de peso e insatisfação corporal em adolescentes. Rev Nutr. 2005;18(4):491-7.
28. Cataneo C, Carvalho AMP, Galindo EMC. Obesidade e aspectos psicológicos: Maturidade Emocional, Auto-conceito, Locus de Controle e Ansiedade. Psicol Refl Crit. 2005;18(1):39-46.

Recebido: 13.11.2013. Aprovado: 27.05.2015