

**QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE EM INDIVÍDUOS
COM OBESIDADE NA REGIÃO SUL DO ESPÍRITO SANTO**

Patrícia Silva Bazoni^{1,2}, Ronaldo José Faria^{1,2}, Jéssica Barreto Ribeiro dos Santos²
Michael Ruberson Ribeiro da Silva^{1,2}

RESUMO

Introdução: A obesidade é considerada um dos problemas de saúde pública mais relevantes na sociedade, na medida em que constitui um fator de risco para o desenvolvimento de diversas doenças. O impacto negativo da obesidade na qualidade de vida dos indivíduos tem sido alvo de diversas investigações. **Objetivo:** Avaliar a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) em indivíduos com obesidade, bem como os seus fatores associados em um município da região sul do Espírito Santo. **Materiais e Métodos:** Foi conduzido um estudo epidemiológico com delineamento transversal, por meio de inquérito domiciliar, no município de Alegre, Espírito Santo, entre os meses de novembro e dezembro de 2021. Em uma amostra representativa e probabilística da população urbana, coletou-se dados sociodemográficos, clínicos e hábitos relacionados à saúde. A QVRS foi mensurada pelo instrumento European Quality of Life 5 Dimensions 3 Levels (EQ-5D-3L) e os fatores associados foram obtidos por meio de regressão Tobit. **Resultados:** Participaram do estudo 645 indivíduos, dos quais 178 (27,6%) apresentaram obesidade. Verificou-se uma qualidade de vida média de 0,862 (Desvio-padrão = 0,150), além disso, 52,8% consideram o seu estado de saúde como muito bom ou bom. Fatores associados a menores níveis de QVRS incluíram pior autopercepção de saúde, consultas médicas frequentes, problemas de adesão à farmacoterapia e diagnóstico de ansiedade. **Conclusão:** A prevalência de obesidade reflete a tendência crescente na população brasileira, e a QVRS reduzida nos obesos está especialmente associada a comorbidades, dificuldades na adesão à farmacoterapia e autopercepção de saúde negativa.

Palavras-chave: Obesidade. Qualidade de vida relacionada à saúde. Prevalência. Epidemiologia.

1 - Universidade Federal do Espírito Santo, Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica, Alegre, Espírito Santo, Brasil.

ABSTRACT

Health-related quality of life in individuals with obesity in the south region of Espírito Santo

Introduction: Obesity is considered one of the most relevant public health problems in society, as it constitutes a risk factor for the development of several diseases. The negative impact of obesity on individuals' quality of life has been the subject of several investigations. **Objective:** To evaluate the Health-Related Quality of Life (HRQoL) in individuals with obesity, as well as its associated factors in a municipality in the southern region of Espírito Santo. **Materials and Methods:** An epidemiological study with a cross-sectional design was conducted, through a household survey, in the municipality of Alegre, Espírito Santo, between the months of November and December 2021. In a representative and probabilistic sample of the urban population, a sociodemographic, clinical data and health-related habits. HRQOL was measured using the European Quality of Life 5 Dimensions 3 Levels (EQ-5D-3L) instrument and associated factors were obtained using Tobit regression. **Results:** 645 individuals participated in the study, of which 178 (27.6%) were obese. There was an average quality of life of 0.862 (Standard deviation = 0.150), in addition, 52.8% consider their health status to be very good or good. Factors associated with lower levels of HRQOL included worse self-perceived health, frequent medical appointments, problems adhering to pharmacotherapy and a diagnosis of anxiety. **Conclusion:** The prevalence of obesity reflects the growing trend in the Brazilian population, and reduced HRQOL in obese people is especially associated with comorbidities, difficulties in adhering to pharmacotherapy and negative self-perception of health.

Key words: Obesity. Health-related quality of life. Prevalence. Epidemiology.

2 - Universidade Federal do Espírito Santo, Grupo de Avaliação, Tecnologia e Economia em Saúde, Alegre, Espírito Santo, Brasil.

INTRODUÇÃO

A obesidade é um problema de saúde que afeta uma grande parte da população mundial, sendo reconhecida como um grave problema de saúde pública devido ao seu impacto significativo na saúde das pessoas, aos custos elevados para a sociedade e à marginalização social que está associada a ela (Mohd-Sidik, Lekhraj, Foo, 2021; Costa e colaboradores, 2023).

Conforme a definição da Organização Mundial da Saúde (OMS), a obesidade é o acúmulo anormal ou excessivo de gordura que pode prejudicar a saúde, no qual o indivíduo apresenta um Índice de Massa Corporal (IMC) acima de 30 kg/m², sendo considerada obesidade mórbida quando o IMC ultrapassa 40 kg/m² (WHO, 2021).

No Brasil, em 2023, de acordo com a Pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), 24,3% dos adultos apresentaram obesidade, sendo observada uma prevalência maior entre as mulheres (24,8%) quando comparada aos homens (23,8%) (Brasil, 2023).

É uma condição de saúde que aumenta significativamente a probabilidade de desenvolvimento de diversas doenças, como: diabetes mellitus tipo 2 (DM2), doenças cardiovasculares (DCV), síndrome metabólica (SM), doença renal crônica (DRC), hiperlipidemia, hipertensão arterial, doença hepática gordurosa não alcoólica (DHGNA), certos tipos de câncer, apneia obstrutiva do sono, osteoartrite e depressão (Lin, Li, 2021; Stephenson e colaboradores, 2021).

Desta forma, a obesidade reduz diretamente a expectativa de vida, além de afetar a qualidade de vida e o bem-estar psicológico do indivíduo (Castanha e colaboradores, 2018; Milaneschi e colaboradores, 2018).

A obesidade gera um impacto negativo em muitos aspectos da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS), um conceito abrangente e subjetivo que engloba tanto a saúde física quanto a mental, as quais mantêm relações complexas com diversos fatores externos, tais como saúde, status socioeconômico e meio ambiente, que são marcados, por exemplo, por desafios na interação social, autoestima reduzida, isolamento social, estresse, depressão e impactos negativos no desempenho

profissional (Ul-Haq e colaboradores, 2013; Taylor e colaboradores, 2013; Castanha e colaboradores, 2018).

É possível observar que o aumento da obesidade está correlacionado com uma redução na qualidade de vida, e os índices de qualidade de vida mais baixos são observados em indivíduos com IMC mais elevado (Kolotkin, Andersen, 2017).

Sendo assim, o presente estudo teve como objetivo avaliar a QVRS em indivíduos com obesidade, bem como os seus fatores associados em moradores da região sul do estado do Espírito Santo.

MATERIAIS E MÉTODOS

Desenho e área do estudo

Foi realizado um estudo epidemiológico com delineamento transversal, por meio de um inquérito domiciliar, no município de Alegre, Espírito Santo, entre os meses de novembro e dezembro de 2021.

O município está situado na região sul do estado do Espírito Santo com população estimada de 29.177 habitantes no ano de 2022, distribuídos entre a sede do município e os distritos de Anutiba, Araraí, Café, Celina, Rive, Santa Angélica e São João do Norte (IBGE, 2022).

População do estudo e seleção da amostra

A população do estudo foi constituída por indivíduos residentes no município de Alegre, incluindo a sede e os distritos, com idade mínima de 18 anos, e que concordaram em participar da pesquisa através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A amostra do estudo foi selecionada considerando-se o perímetro urbano do município. A população urbana de Alegre no último censo, em 2010, foi de 21.512 habitantes, sendo que 16.179 residiam na sede do município (IBGE, 2010).

O cálculo do tamanho amostral foi realizado considerando como referência a população urbana do município, de 21.512 habitantes, a um nível de confiança de 95% (erro $\alpha = 0,05$), prevalência estimada de 50% para diferentes desfechos de prevalência do estudo e efeito de desenho de 1,5.

A partir desses parâmetros, a amostra mínima final foi estimada em 567 indivíduos, ao qual se acrescentou 10% para cobrir possíveis

perdas, totalizando 624 indivíduos a serem entrevistados (Charan, Biswas, 2013).

Para identificar os indivíduos a serem entrevistados, adotou-se o método de amostragem por conglomerados com Probabilidades Proporcionais ao Tamanho.

Essa técnica estatística baseia-se na probabilidade de seleção de cada elemento, sendo diretamente proporcional ao seu tamanho ou proporção na população.

Tal abordagem garante uma representação mais precisa de subgrupos de diferentes magnitudes, contribuindo para uma amostra mais abrangente e representativa (Centers for Disease Control and Prevention, 2022).

No primeiro estágio, foram sorteados aleatoriamente 10 dos 37 setores censitários urbanos do município de Alegre. No segundo estágio, uma mesma quantidade de indivíduos deveria ser entrevistada em cada setor.

Coleta de dados

Para a realização das entrevistas, foi utilizado um questionário estruturado, pré-codificado, composto de questões, divididas nos seguintes blocos: dados sociodemográficos, saúde em geral, COVID-19, uso de serviços de saúde, uso de medicamentos, uso de chás e plantas medicinais, hábitos de vida e qualidade de vida utilizando-se o instrumento European Quality of Life 5 Dimensions 3 Levels (EQ-5D-3L), um questionário padronizado elaborado pelo grupo de pesquisa colaborativo EuroQol, sendo um dos mais utilizados em avaliações de QVRS no mundo.

Esse instrumento é composto por questões descritivas envolvendo cinco dimensões: mobilidade, autocuidado, atividades habituais, dor/desconforto e ansiedade/depressão. Essas dimensões são avaliadas pelos entrevistados em três níveis: sem problemas, alguns problemas e problemas extremos (Reenen e colaboradores, 2018).

Antes de iniciar o trabalho de campo, os pesquisadores passaram por um treinamento prático no qual receberam informações detalhadas sobre o instrumento de coleta de dados e os procedimentos a serem seguidos durante o trabalho em campo.

Além disso, foi conduzido um estudo piloto para testar e avaliar o questionário. Com o objetivo de reduzir a exposição dos pesquisadores durante a pandemia de COVID-

19, todos os membros da equipe seguiram protocolos de segurança, incluindo a higienização das mãos com álcool, o uso de máscaras faciais e a utilização de equipamentos de proteção individual (EPI).

Variáveis do estudo

A variável “obesidade” foi obtida a partir do IMC do entrevistado. Esse índice foi calculado a partir do peso em quilos dividido pelo quadrado da altura em metros, ambos autorreferidos, conforme as questões: “O(a) Senhor(a) sabe seu peso (mesmo que seja valor aproximado)?”, “O(a) Senhor(a) sabe sua altura?”. Foi considerado “sem obesidade” aqueles indivíduos que possuíam $IMC < 30 \text{ Kg/m}^2$ e com obesidade aqueles indivíduos com $IMC \geq 30 \text{ Kg/m}^2$ (Brasil, 2020).

A variável dependente neste estudo foi o valor da QVRS em indivíduos com obesidade, obtido por meio da atribuição de escores de utilidade, previamente estabelecidos no estudo de Santos e colaboradores (2015) aos estados de saúde apresentados pela população por meio do sistema descrito no formulário EQ-5D-3L.

As variáveis independentes foram faixa etária, sexo, raça, região de residência, estado civil, religião, escolaridade, renda, autopercepção de saúde, qualidade de vida, consultas médicas, odontológicas e com nutricionista no último ano, plano de saúde particular, prática regular de atividade física, uso de bebida alcoólica, fumo, horas de sono diário, COVID-19, automedicação, polifarmácia, problemas de adesão à farmacoterapia, uso de plantas medicinais e presença de comorbidades.

Análise dos dados

A análise descritiva foi realizada por distribuição de frequência para variáveis categóricas e por média e desvio-padrão (DP) para variáveis contínuas (Kwak, Kim, 2017). Os fatores associados à obesidade foram analisados por regressão Tobit bivariada e multivariada. As variáveis com valor de $p \leq 0,20$ na análise bivariada foram incluídas na análise multivariada. No modelo final, permaneceram apenas as variáveis com valor de $p \leq 0,05$. A regressão Tobit foi truncada em 1 como limite superior para minimizar o efeito teto, comum ao usar o EQ-5D-3L na população brasileira (Cheng e colaboradores, 2024; Thompson,

Turner, 2020; Oliveira Junior e colaboradores, 2020; Mata e colaboradores, 2016). Todos os dados foram analisados utilizando-se do software Jamovi versão 2.2.5, exceto pela regressão de Tobit realizada no software Stata 16.1.

Considerações éticas

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), sob parecer consubstanciado número 4.732.878. O TCLE foi devidamente aprovado e assinado por todos os entrevistados. Todos os procedimentos seguiram os padrões éticos do comitê de pesquisa em seres humanos e a Declaração de Helsinque de 1964, revisada em 2013 (World Medical Association, 2013).

RESULTADOS

Foram entrevistados 645 indivíduos, dos quais 178 foram classificados com obesidade (27,6%).

A idade média dos indivíduos com obesidade foi de 51,8 anos (DP = 17,2), com peso médio em quilogramas (Kg) de 87,6 (DP = 13,0), altura média em metros de 1,61 (DP = 0,08) e IMC médio de 34,1 (DP = 4,57). A maioria era do sexo feminino (80,3%) e autodeclarados brancos (38,8%). Em relação a região de residência, observou-se que 71,2% residiam na sede do município, 47,8% eram casados, 46,6% autodeclarados católicos, 53,9% tinham o ensino médio completo e 49,1% recebiam até um salário-mínimo (Tabela 1).

Tabela 1 - Características sociodemográficas da população de Alegre, Espírito Santo.

Variáveis	Obesidade (n = 178)
Idade em anos (média, DP)	51,8 (17,2)
Peso em Kg (média, DP)	87,6 (13,0)
Altura em metros (média, DP)	1,61 (0,08)
IMC (média, DP)	34,1 (4,57)
Sexo	
Feminino (n, %)	143 (80,3)
Masculino (n, %)	35 (19,7)
Cor da pele	
Branco (n, %)	69 (38,8)
Pardo (n, %)	66 (37,1)
Outros (n, %)	43 (24,2)
Região de residência	
Sede (n, %)	126 (71,2)
Distrito (n, %)	51 (28,8)
Estado civil	
Solteiro (n, %)	49 (27,5)
Casado (n, %)	85 (47,8)
Outros (n, %)	44 (24,7)
Religião	
Sem religião (n, %)	11 (6,2)
Católico (n, %)	83 (46,6)
Protestante (n, %)	72 (40,4)
Outros (n, %)	12 (6,7)
Escolaridade	
Até fundamental incompleto (n, %)	62 (34,8)
Até médio completo (n, %)	96 (53,9)
Técnico ou superior (n, %)	20 (11,2)
Renda	
Até 1 salário-mínimo (n, %)	82 (49,1)
Até 2 salários-mínimos (n, %)	72 (43,1)
> 2 salários-mínimos (n, %)	13 (7,8)

Legenda: DP: Desvio Padrão; n: número de entrevistados por variável em relação ao total de entrevistados; %: porcentagem da variável em relação ao total de entrevistados.

Verificou-se uma qualidade de vida média de 0,862 (DP = 0,150) entre os indivíduos que apresentaram obesidade, além disso, 52,8% consideram o seu estado de saúde como muito bom ou bom. Observou-se que 79,8% passaram por consultas médicas, 39,1% passaram por consultas odontológicas e 3,6% consultaram com algum nutricionista no último ano.

Aproximadamente, 19% tinham plano de saúde privado, 32,8% praticavam atividades

físicas regularmente, 27,7% declararam fazer o uso de bebidas alcoólicas, 14,1% eram fumantes, 33,3% dormiam de 7 a 8 horas por dia, 74,1% faziam o uso de medicamentos por conta própria (automedicação), 21,5% estavam em polifarmácia (uso de cinco ou mais medicamentos, simultaneamente), 6,3% declararam possuir problemas de adesão à farmacoterapia e 42,5% utilizavam plantas medicinais (Tabela 2).

Tabela 2 - Características clínicas e de saúde da população de Alegre, Espírito Santo

Variáveis	Obesidade (n = 178)
Qualidade de vida (média, DP)	0,862 (0,150)
Autopercepção de saúde	
Muito bom/ bom (n, %)	94 (52,8)
Regular (n, %)	76 (42,7)
Muito ruim/ ruim (n, %)	8 (4,5)
Consultas médicas no último ano	
Sim (n, %)	142 (79,8)
Não (n, %)	36 (20,2)
Consultas odontológicas no último ano	
Sim (n, %)	68 (39,1)
Não (n, %)	106 (60,9)
Consultas com nutricionista no último ano	
Sim (n, %)	22 (3,6)
Não (n, %)	149 (24,1)
Plano de saúde privado	
Sim (n, %)	34 (19,1)
Não (n, %)	144 (80,9)
Faz atividade física regular	
Sim (n, %)	58 (32,8)
Não (n, %)	119 (67,2)
Bebida alcoólica	
Sim (n, %)	49 (27,7)
Não (n, %)	128 (72,3)
Fumante	
Sim (n, %)	25 (14,1)
Não (n, %)	152 (85,9)
Sono	
< 6 horas (n, %)	49 (27,7)
De 6 a 7 horas (n, %)	45 (25,4)
De 7 a 8 horas (n, %)	59 (33,3)
> 8 horas (n, %)	24 (13,6)

Teve Covid-19

Sim (n, %)	41 (23,6)
Não (n, %)	133 (76,4)

Se vacinou (Covid-19)

Sim (n, %)	169 (94,9)
Não (n, %)	9 (5,1)

Automedicação

Sim (n, %)	126 (74,1)
Não (n, %)	44 (25,9)

Medicamentos em uso

Sem polifarmácia (< 5) (n, %)	139 (78,5)
Polifarmácia (≥ 5) (n, %)	38 (21,5)

Problemas de adesão à farmacoterapia

Sim (n, %)	38 (6,3)
Não (n, %)	129 (21,5)

Uso de plantas medicinais

Sim (n, %)	74 (42,5)
Não (n, %)	100 (57,5)

Legenda: DP: Desvio Padrão; n: número de entrevistados por variável em relação ao total de entrevistados; %: porcentagem da variável em relação ao total de entrevistados.

A QVRS média dos indivíduos com obesidade foi de 0,815 (DP = 0,175). A prevalência das doenças e o seu impacto no valor médio dos escores de utilidade obtidos encontram-se dispostos na Tabela 3. Foi observado que hipertensão arterial e ansiedade foram as doenças mais prevalentes (56,7% e 51,1%, respectivamente), ao passo que doenças cardíacas, diabetes mellitus,

ansiedade, hipertensão, dislipidemia e artrites reduziram significativamente a QVRS dos pacientes com obesidade (valor-p ≤ 0,05).

Em contrapartida, a depressão, refluxo gastroesofágico, doenças renais, hipotireoidismo, asma e câncer não alteraram o valor da QVRS de forma significativa (valor-p > 0,05).

Tabela 3 - Prevalência da obesidade, comorbidades autorreferidas e média dos escores de utilidades pela população de Alegre, Espírito Santo

Doenças	n (%)	Escore de utilidade		Δ	Valor-p
		Sem a doença Média (DP)	Com a doença Média (DP)		
Obesidade	178 (27,6)	0,817 (0,202)	0,815 (0,175)	-0,002	0,912
Obesidade com					
Hipertensão arterial	101 (56,7)	0,853 (0,154)	0,787 (0,186)	-0,066	0,013*
Ansiedade	91 (51,1)	0,864 (0,169)	0,769 (0,169)	-0,095	<0,001*
Dislipidemia	42 (23,6)	0,835 (0,163)	0,750 (0,198)	-0,085	0,006*
Depressão	38 (21,3)	0,825 (0,175)	0,777 (0,175)	-0,048	0,135
Diabetes mellitus	35 (19,7)	0,839 (0,161)	0,719 (0,198)	-0,119	<0,001*
Refluxo gastroesofágico	28 (15,7)	0,819 (0,176)	0,793 (0,174)	-0,027	0,459
Artrites	25 (14,0)	0,831 (0,168)	0,720 (0,192)	-0,111	0,003*
Doenças renais	24 (13,5)	0,820 (0,167)	0,782 (0,224)	-0,038	0,320
Hipotireoidismo	17 (9,6)	0,817 (0,178)	0,798 (0,154)	-0,019	0,672
Asma	16 (9,0)	0,823 (0,171)	0,734 (0,199)	-0,089	0,052
Doenças cardíacas	15 (8,4)	0,827 (0,162)	0,683 (0,257)	-0,144	0,002*
Câncer/tumor/neoplasia	5 (2,8)	0,817 (0,173)	0,752 (0,255)	-0,064	0,419

Legenda: *Apresentaram diferenças estatisticamente significativas (valor-p <0,05, Teste t student).

Na figura 1 estão apresentadas as frequências dos níveis de problemas relatados em cada dimensão do EQ-5D-3L. Dos 178 entrevistados que relataram obesidade, a maioria (60,1%) relatou possuir ao menos algum problema em alguma das dimensões avaliadas. A maior frequência de problemas foi observada na dimensão dor/mal-estar (42,1%), seguida por ansiedade/depressão (35,4%).

Problemas graves foram identificados apenas nas dimensões atividades habituais, dor/mal-estar e ansiedade/depressão variando de 1,7% na dimensão atividades habituais a 9,0% na dimensão dor/mal-estar. O estado de saúde perfeita (11111), ou seja, ausência de problemas em todas as dimensões, foi obtido para 39,9% dos entrevistados e, ao todo, foram identificados 29 estados de saúde diferentes, sendo que o pior estado de saúde encontrado entre os indivíduos com obesidade foi o 22222.

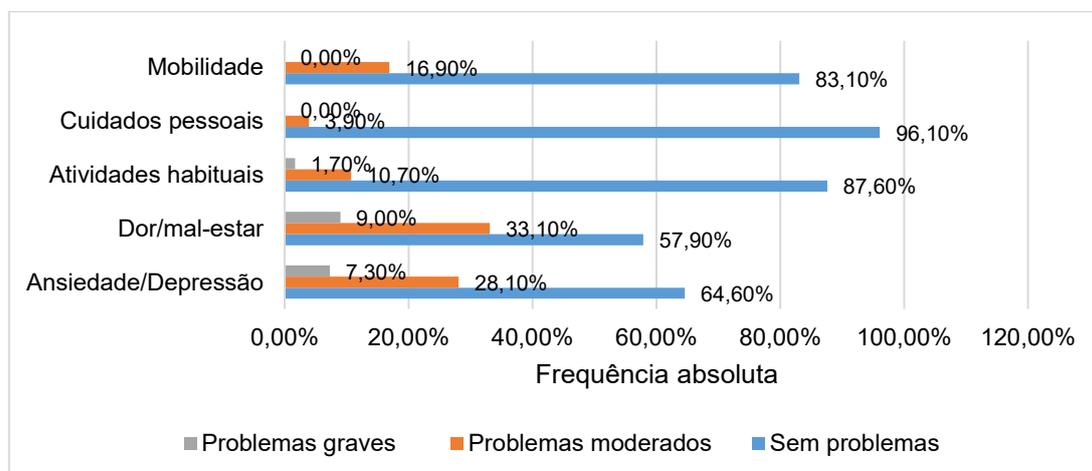


Figura 1 - Distribuição de frequências dos níveis de resposta por dimensão avaliada pelo EQ-5D-3L na população de Alegre, Espírito Santo.

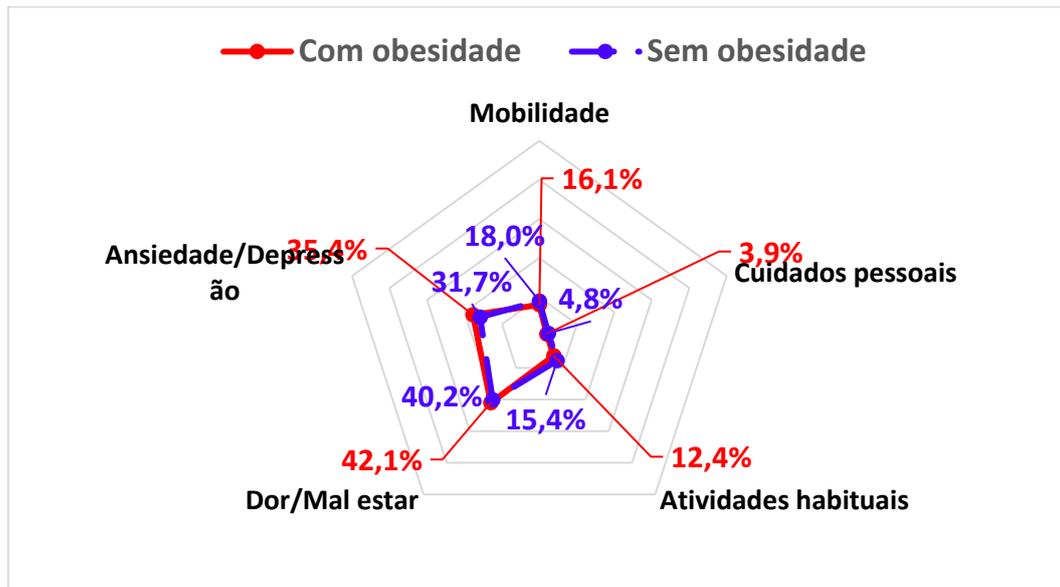


Figura 2 - Problemas relatados pelos entrevistados conforme domínios do EQ-5D-3L na população de Alegre, Espírito Santo. Fonte: Elaboração própria.

Entre os indivíduos que relataram obesidade, observou-se que 16,1% apresentavam algum problema quanto a mobilidade, 3,9% possuíam algum problema em relação a execução dos seus cuidados pessoais, 12,4% tinham problemas para realizar atividades habituais, 42,1% relataram problemas com dor/mal-estar e 35,4% relataram problemas relacionados com ansiedade/depressão (figura 2).

As análises bivariada e multivariada da regressão Tobit estão apresentadas na Tabela 4. No modelo final, apresentaram redução significativa na QVRS: ter passado por consultas médicas no último ano, apresentar problemas de adesão à farmacoterapia, possuir diagnóstico de ansiedade e apresentar pior autopercepção de saúde.

Tabela 4 - Fatores associados a QVRS em indivíduos com obesidade na amostra da população de Alegre, Espírito Santo

Variáveis	Análise bivariada				Análise multivariada			
	β_1	IC (95%)		Valor-p	β_1	IC (95%)		Valor-p
		Inf.	Sup.			Inf.	Sup.	
Idade	0,000	-0,003	0,002	0,627	-	-	-	-
IMC	-0,010	-0,019	0,001	0,028*	-	-	-	-
Sexo (feminino)	-0,091	-0,200	0,017	0,097*	-	-	-	-
Raça (brancos)	-0,013	-0,100	0,074	0,771	-	-	-	-
Local de residência (sede)	-0,080	-0,174	0,101	0,099*	-	-	-	-
Estado civil (solteiros)	-0,079	-0,163	0,005	0,066*	-	-	-	-
Sem religião	-0,022	-0,193	0,153	0,805	-	-	-	-
Escolaridade (técnico/superior)	-0,069	-0,200	0,062	0,301	-	-	-	-
Renda (< 1 SM)	-0,032	-0,121	0,056	0,470	-	-	-	-
Autopercepção de saúde (pior/ruim ou muito ruim)	-0,169	-0,249	-0,089	<0,001*	-0,107	-0,183	-0,031	0,006
Consultas médicas (sim)	-0,157	-0,266	-0,049	0,005*	-0,141	-0,238	-0,043	0,005
Consultas odontológicas (não)	-0,018	-0,104	0,069	0,689	-	-	-	-
Consultas com nutricionista (sim)	-0,038	-0,163	0,096	0,547	-	-	-	-
Plano de saúde (não)	-0,045	-0,154	0,064	0,416	-	-	-	-

Atividade física (não)	-0,053	-0,144	0,038	0,251	-	-	-	-
Uso de álcool (sim)	-0,030	-0,125	0,065	0,537	-	-	-	-
Fumo (sim)	-0,074	-0,195	0,046	0,222	-	-	-	-
Dormir (< 7 horas)	-0,095	-0,180	-0,010	0,028*	-	-	-	-
Contraiu Covid-19 (não)	-0,026	-0,126	0,074	0,609	-	-	-	-
Vacinou-se (Covid-19) (sim)	-0,220	-0,444	0,04	0,054*	-	-	-	-
Automedicação (sim)	-0,048	-0,148	0,049	0,331	-	-	-	-
Polifarmácia (sim)	-0,195	-0,291	-0,099	<0,001*	-	-	-	-
Falhas de adesão (sim)	-0,188	-0,281	-0,095	<0,001*	-0,155	-0,240	-0,070	<0,001
Uso de plantas medicinais (sim)	-0,053	-0,139	0,033	0,223	-	-	-	-
Hipertensão (sim)	-0,099	-0,183	-0,014	0,022*	-	-	-	-
Ansiedade (sim)	-0,165	-0,248	-0,083	<0,001*	-0,101	-0,178	-0,024	0,010
Dislipidemia (sim)	-0,126	-0,222	-0,030	0,010*	-	-	-	-
Depressão (sim)	-0,073	-0,175	-0,028	0,154*	-	-	-	-
Diabetes mellitus (sim)	-0,172	-0,272	-0,072	0,001*	-	-	-	-
Refluxo gastroesofágico (sim)	-0,048	-0,162	0,067	0,414	-	-	-	-
Artrites (sim)	-0,154	-0,269	-0,038	0,010*	-	-	-	-
Doenças renais (sim)	-0,048	-0,171	0,075	0,439	-	-	-	-
Hipotireoidismo (sim)	-0,044	-0,187	0,098	0,542	-	-	-	-
Asma (sim)	-0,126	-0,269	0,016	0,082*	-	-	-	-
Doenças cardíacas (sim)	-0,181	-0,325	-0,037	0,014*	-	-	-	-
Câncer/tumor/neoplasia (sim)	-0,072	-0,325	0,182	0,577	-	-	-	-

Legenda: IC - Intervalo de confiança; IMC - Índice de Massa Corporal. Utilizado modelo de regressão Tobit com níveis de significância $p \leq 0,20$ na análise bivariada e $p \leq 0,05$ na análise multivariada.

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo indicaram uma prevalência de obesidade ligeiramente superior às relatadas em pesquisas recentes, como o VIGITEL de 2023 (24,3% versus 27,6%) e a Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 (25,9% versus 27,6%) (Brasil, 2023; Ferreira e colaboradores, 2021).

Isso é particularmente relevante, pois corrobora uma tendência no aumento da prevalência da obesidade na população brasileira nos últimos anos.

Além disso, foi observada uma maior prevalência de obesidade entre os indivíduos do sexo feminino (31,0%).

Esses achados estão alinhados com resultados de outros estudos que também constataram uma maior prevalência de obesidade entre mulheres (Barros e colaboradores, 2015; Kovaleski e colaboradores, 2016), principalmente as negras (pretas ou pardas) (Ferreira e colaboradores, 2021).

Com relação às principais comorbidades relatadas pelos indivíduos com obesidade, as doenças mais prevalentes foram

hipertensão arterial, ansiedade, dislipidemia, depressão e diabetes mellitus.

De acordo com Fieira e Silva (2018), a relação entre o IMC e o risco de desenvolver outras doenças pode estar relacionada à forma como a gordura se distribui no corpo. Isso porque as principais complicações da obesidade, como doenças cardiovasculares, diabetes mellitus, hipertensão arterial e dislipidemia, estão ligadas ao aumento da gordura na região abdominal.

Ademais, foi observado no presente estudo que aqueles indivíduos que possuíam obesidade somada a outras comorbidades como hipertensão arterial, ansiedade, dislipidemia, diabetes mellitus, artrite reumatoide e doenças cardíacas, apresentaram redução da QVRS.

Banegas e colaboradores (2007) conduziram um estudo a fim de avaliar os fatores de risco cardiovascular em todas as dimensões da QVRS entre os idosos com obesidade e diabetes. Os autores observaram que a associação de hipertensão arterial e diabetes mellitus potencializa os efeitos negativos da obesidade na QVRS.

Os resultados deste estudo apontam que não houve diferenças estatisticamente

significativas nos escores de utilidade entre os indivíduos que apresentaram obesidade ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$) e aqueles que não apresentaram obesidade.

Em estudos que investigaram a relação entre QVRS e obesidade em diferentes grupos populacionais antes ou sem intervenção, foi observado que o aumento da obesidade está ligado à redução da QVRS, especialmente entre indivíduos com obesidade classe III ($IMC \geq 40 \text{ kg/m}^2$) (UI-Haq e colaboradores, 2013) e aqueles que consideram a cirurgia bariátrica (Battisti e colaboradores, 2017), indicando que a baixa QVRS está associada principalmente ao IMC mais elevado, o que pode ser um incentivo para esses pacientes optarem por uma intervenção mais invasiva.

O presente estudo avaliou a qualidade de vida através do instrumento EQ-5D-3L, que evidenciou o maior número de problemas relatados pelos entrevistados nas dimensões dor/mal-estar e ansiedade/depressão.

O estudo de Battisti e colaboradores (2017) que buscaram traçar o perfil funcional e de qualidade de vida de pacientes obesos mórbidos verificou maiores déficits nos escores de qualidade de vida nas dimensões relacionadas a capacidade funcional e aspectos físicos.

Os resultados deste estudo evidenciaram uma correlação positiva entre a presença de obesidade com maior número de problemas relatados na dimensão que envolve a saúde mental (ansiedade/depressão), denotando que a obesidade compromete de forma negativa a qualidade de vida desses pacientes.

Um estudo de meta-análise conduzido por UI-Haq e colaboradores (2013) compararam a qualidade de vida de indivíduos eutróficos e com obesidade grau III evidenciando que a população obesa apresenta limitações funcionais que pioram aspectos físicos e mentais, além disso, verificaram que os indivíduos com IMC grau III apresentam valores significativamente mais baixos de saúde mental.

Na literatura é observada uma estreita relação entre obesidade e o declínio na qualidade de vida. A alteração da imagem corporal provocada pelo aumento do peso gera uma desvalorização no seu autoconceito psicológico. Em consequência, podem surgir sintomas depressivos e ansiosos, redução da sensação de bem-estar e aumento da

sensação de inadequação social (Tavares, Nunes, Santos, 2010).

Uma pesquisa que investigou uma intervenção para a redução de peso em adultos demonstrou melhorias na qualidade de vida em áreas como autoimagem, interações sociais, saúde física e esforços para perder peso, mesmo entre os participantes que alcançaram uma redução de peso mínima (Ambak e colaboradores, 2018).

A associação entre falhas na adesão à farmacoterapia e níveis mais baixos de QVRS corrobora com os achados de Fieira e Silva (2018), que avaliaram a associação da obesidade com a adesão ao tratamento farmacológico e a percepção da QVRS. Os autores verificaram que 66,6% dos participantes apresentavam problemas de adesão ao tratamento.

As comorbidades têm um impacto significativo e abrangente nos índices de qualidade de vida dos pacientes (Castanha e colaboradores, 2018), como observado para ansiedade e dislipidemia no presente estudo.

De acordo com Castanha e colaboradores (2018), esses dados são relevantes, pois se espera que, com a perda de peso e melhoria e/ou resolução das comorbidades, haja um impacto positivo não só na saúde física, como também na saúde mental, refletindo positivamente na qualidade de vida dos pacientes.

Mond e Baune (2009) destacaram a possível influência de fatores psicológicos e emocionais que podem influenciar a relação entre obesidade e QVRS. Os resultados deste estudo apoiam essa hipótese, já que a presença de sintomas de ansiedade demonstrou ter um efeito negativo na QVRS.

Um outro estudo identificou impacto negativo de condições psicológicas na QVRS, especialmente no caso da depressão (Mannucci e colaboradores, 2010). Esses achados reforçam a importância de examinar os aspectos psicológicos de pessoas com obesidade e a urgência de adotar intervenções terapêuticas para tratar a depressão nessa população.

A falta de associações consistentemente comprovadas entre perda de peso e melhoria na QVRS em Ensaios Clínicos Randomizados (ECR) pode ser atribuída aos seguintes fatores: uso de diversas medidas de QVRS; heterogeneidade nas intervenções para perda de peso, algumas mais eficazes na promoção da perda de peso do que outras;

possíveis limitações nos estudos para identificar diferenças significativas nos resultados de QVRS; e relatórios deficientes dos resultados de QVRS, uma vez que a perda de peso, não a QVRS, costuma ser o desfecho primário avaliado (Kolotkin, Andersen, 2017).

Para tornar esses resultados mais claros, os autores de duas revisões sistemáticas recomendam que pesquisas futuras foquem em estudos prospectivos de longo prazo, especialmente ECR ou estudos observacionais amplos e bem elaborados, com alta taxa de retenção, grupos de controle, seleção cuidadosa de intervenções genéricas e medidas específicas de QVRS para a obesidade (Warkentin e colaboradores, 2013; Andersen e colaboradores, 2015).

Em relação às limitações do presente estudo, é importante notar que o desenho transversal não permite estabelecer relações de causa e efeito. A coleta de dados ocorreu durante o horário de trabalho habitual das pessoas, o que pode ter levado a uma maior seleção de indivíduos não ativos laboralmente.

Além disso, vieses de memória e de desejo ou preferências podem ter influenciado nas respostas. Por outro lado, é relevante destacar que o tamanho da amostra foi consideravelmente maior do que o necessário, garantindo assim uma menor margem de erro e, conseqüentemente, maior poder de inferência estatística nos resultados. Além disso, o estudo foi realizado durante a pandemia de COVID-19, período em que várias medidas sanitárias, como o isolamento social, foram implementadas.

Nesse sentido, os resultados desse estudo são relevantes e inovadores, considerando o contexto específico da pandemia.

CONCLUSÃO

A prevalência de obesidade na amostra estudada foi um pouco superior à encontrada em grandes pesquisas nacionais, como o VIGITEL e a PNS, o que corrobora a tendência crescente de obesidade na população brasileira.

A QVRS média dos pacientes com obesidade foi de 0,815, sendo reduzida significativamente pela presença de algumas comorbidades.

Em síntese, indivíduos com obesidade que tiveram consultas médicas no último ano, enfrentaram dificuldades de adesão à

farmacoterapia, apresentaram ansiedade e tinham pior autopercepção de saúde apresentaram menores escores de QVRS.

Identificar esses fatores permite que profissionais de saúde direcionem intervenções específicas para melhorar a qualidade de vida desses indivíduos, abordando os aspectos que mais afetam negativamente seu bem-estar, principalmente para uma condição que ainda não conta com tratamento medicamentoso disponível pelo Sistema Único de Saúde.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem ao apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Espírito Santo (FAPES) (processo nº 2021-85T7B, termo de outorga nº 156/2021).

REFERÊNCIAS

- 1-Andersen, J.R.; Aasprang, A.; Karlsen, T.I.; Natvig, G.K.; Våge, V.; Kolotkin, R.L. Health-related quality of life after bariatric surgery: a systematic review of prospective long-term studies. *Surgery for Obesity and Related Diseases*. Vol. 11. Num. 2. 2015. p. 466-473.
- 2-Ambak, R.; Nor, N.S.M.; Puteh, N.; Tamil, A.M.; Omar, M.A.; Shahar, S.; Ahmad, N.A.; Aris, T. The effect of weight loss intervention programme on health-related quality of life among low income overweight and obese housewives in the MyBFF@home study. *BMC Women's Health*. Vol. 18. Num. S1. 2018.
- 3-Banegas, J.R.; López-García, E.; Graciani, A.; Guallar-Castillón, P.; Gutierrez-Fisac, J.L.; Alonso, J.; Rodríguez-Artalejo, F. Relationship between obesity, hypertension and diabetes, and health-related quality of life among the elderly. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation*. Vol. 14. Num. 3. 2007. p. 456-462.
- 4-Barros, L.M.; Moreira, R.A.N.; Frota, N.M.; Araújo, T.M.; Caetano, J.A. Qualidade de vida entre obesos mórbidos e pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. Vol. 17. Num. 2. 2015.
- 5-Battisti, L.; Barbosa, A.M.B.; Silva, K.H.; Batista, G.C.P.; Farias, L.A.V.; Azevedo, G.S.; Carneiro, A.P.S. Percepção da qualidade de vida e funcionalidade em obesos candidatos a

cirurgia bariátrica: um estudo transversal. *Revista Brasileira de Qualidade de Vida*. Vol. 9. Num. 2. 2017.

6-Brasil. Ministério da Saúde. Portaria SCTIE/MS nº 53, de 11 de novembro de 2020. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Sobrepeso e Obesidade em Adultos. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos. Brasília-DF. 2020.

7-Brasil. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2023: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Brasília. 2023.

8-Castanha, C.R.; Ferraz, A.A.B.; Castanha, A.R.; Belo, G.Q.M.B.; Lacerda, R.M.R.; Vilar, L. Avaliação da qualidade de vida, perda de peso e comorbidades de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*. Vol. 45. Num. 3. 2018.

9-Centers for Disease Control and Prevention. The Micronutrient Survey Manual & Toolkit. Module 6 - Selecting clusters - Methods for selecting clusters. 2022. Disponível em: <<https://mnsurvey.nutritionintl.org/categories/16>> Acesso em 22/10/2023.

10-Charan, J.; Biswas, T. How to calculate sample size for different study designs in medical research? *Indian Journal of Psychological Medicine*. Vol. 35. Num. 2. 2013. p. 121.

11-Cheng, L.J.; Pan, T.; Chen, L.A.; Cheng, J.Y.; Mulhern, B.; Deylin, N.; Luo, N. The Ceiling Effects of EQ-5D-3L and 5L in General Population Health Surveys: A Systematic Review and Meta-analysis. *Value in Health*. 2024.

12-Costa, L.S.G.; Poncio, S.N.A.B.; Oliveira, E.C.; Sousa, D.C.S.; Praseres, R.A.; Lima, C.A.N.; Sousa, L.M.; Andrade, T.L.C.; Borges, R.L.A.; Caetano Filho, H.F. A prevalência das internações hospitalares por obesidade no Brasil, entre 2018 e 2022. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*. Vol. 5. Num. 4. p. 2023. 1395-1406.

13-Ferreira, A.P.S.; Szwarcwald, C.L.; Damacena, G.N.; Souza Júnior, P.R.B. Increasing trends in obesity prevalence from 2013 to 2019 and associated factors in Brazil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. Vol. 24. Num. suppl 2. 2021.

14-Fieira, C.; Silva, L.L. 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*. São Paulo. Vol. 12. Num. 75. 2018. p. 920-926.

15-IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico. 2010. Disponível em: <<https://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=%E2%80%8B29&uf=32>>. Acesso em: 01/02/2023.

16-IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Panorama da cidade de Alegre. 2022. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/es/alegre/panorama>> Acesso em: 15/03/2023.

17-Kwak, S.G.; Kim, J.H. Central Limit theorem: the Cornerstone of Modern Statistics. *Korean Journal of Anesthesiology*. Vol. 70. Num. 2. 2017. p. 144-156.

18-Kolotkin, R.L.; Andersen, J.R. A systematic review of reviews: exploring the relationship between obesity, weight loss and health-related quality of life. *Clinical Obesity*. Vol. 7. Num. 5. 2017. p. 273-289.

19-Kovaleski, E.S.; Schroeder, H.; Krause, M.; Dani, K.; Bock, P.M. Perfil farmacoterapêutico de pacientes obesos no pós-operatório de cirurgia bariátrica. *Jornal Vascular Brasileiro*. Vol. 15. Num. 3. 2016. p. 182-188.

20-Lin, X.; Li, H. Obesity: Epidemiology, Pathophysiology, and Therapeutics. *Frontiers in Endocrinology*. Vol. 12. Num. 1. 2021.

21-Mannucci, E.; Petroni, M.L.; Villanova, N.; Rotella, C.M.; Apolone, G.; Marchesini, G. Clinical and psychological correlates of health-related quality of life in obese patients. *Health and Quality of Life Outcomes*. Vol. 8. Num. 1. 2010. p. 90.

22-Mata, A.R.; Álvares, J.; Diniz, L.M.; Silva, M.R.R.; Santos, B.R.A.; Guerra Júnior, A.A.;

Cherchiglia, M.L.; Andrade, E.I.G.; Godman, B.; Acurcio, F.A. Quality of life of patients with Diabetes Mellitus Types 1 and 2 from a referral health centre in Minas Gerais, Brazil. *Expert Review of Clinical Pharmacology*. Vol. 9. Num. 5. 2016. p. 739-746.

23-Milaneschi, Y.; Simmons, W.K.; Rossum, E.F.C.V.; Penninx, B.W. Depression and obesity: evidence of shared biological mechanisms. *Molecular Psychiatry*. Vol. 24. Num. 1. 2018. p. 18-33.

24-Mohd-Sidik, S.; Lekhraj, R.; Foo, C.N. Prevalence, Associated Factors and Psychological Determinants of Obesity among Adults in Selangor, Malaysia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. Vol. 18. Num. 3. 2021. p. 868.

25-Mond, J.M.; Baune, B.T. Overweight, Medical Comorbidity and Health-related Quality of Life in a Community Sample of Women and Men. *Obesity*. Vol. 17. Num. 8. 2009. p. 1627-1634.

26-Oliveira Junior, H.A.; Veiga, T.P.; Acurcio, F.A.; Almeida, A.M.; Santos, J.B.R.; Silva, M.R.R.; Kakehasi, A.M.; Cherchiglia, M.L. Impact of biologic DMARDs on quality of life: 12-month results of a rheumatic diseases cohort using the Brazilian EQ-5D tariff. *Hospital practice*. Vol. 48. Num. 4. 2020. p. 213-222.

27-Reenen, M.V.; Janssen, B.; Stolk, E.; Boye, K.S.; Herdman, M.; Kennedy-Martin, M.; Kennedy-Martin, T.; Slaap, B. EQ-5D-3L User Guide. Rotterdam. EuroQol Research Foundation, 2018. Disponível em: <<https://euroqol.org/publications/user-guides>> Acesso em: 12/06/2023.

28-Santos, M.; Cintra, M.A.C.T.; Monteiro, A.L.; Santos, B.; Gusmão-Filho, F.; Andrade, M.V.; Noronha, K.; Cruz, L.N.; Camey, S.; Tura, B.; Kind, P. Brazilian Valuation of EQ-5D-3L Health States. *Medical Decision Making*. Vol. 36. Num. 2. 2015. p. 253-263.

29-Stephenson, J.; Smith, C.M.; Kearns, B.; Haywood, A.; Bissell, P. The association between obesity and quality of life: a retrospective analysis of a large-scale population-based cohort study. *BMC Public Health*. Vol. 21. Num. 1. 2021.

30-Tavares, T.B.; Nunes, S.M.; Santos, M.O. Obesidade e qualidade de vida: revisão da literatura. *Revista Médica de Minas Gerais*. 2010.

31-Taylor, V.H.; Forhan, M.; Vigod, S.N.; McIntyre, R.S.; Morrison, K.M. The impact of obesity on quality of life. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*. Vol. 27. Num. 2. 2013. p. 139-146.

32-Thompson, A.J.; Turner, A.J. A Comparison of the EQ-5D-3L and EQ-5D-5L. *Pharmaco Economics*. Vol. 38. Num. 6. 2020. p. 575-591.

33-Ul-Haq, Z.; Mackay, D.F.; Fenwick, E.; Pell, J.P. Meta-analysis of the association between body mass index and health-related quality of life among adults, assessed by the SF-36. *Obesity*. Vol. 21. Num. 3. 2013. p. E322-E327.

34-Warkentin, L.M.; Das, D.; Majumdar, S.R.; Johnson, J.A.; Padwal, R.S. The effect of weight loss on health-related quality of life: systematic review and meta-analysis of randomized trials. *Obesity Reviews*. Vol. 15. Num. 3. 2013. p. 169-182.

35-WHO. World Health Organization. Obesity and Overweight. World Health Organization: Geneva. Switzerland. 2021.

36-World Medical Association. Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*. Vol. 310. Num. 20. 2013. p. 2191.

E-mail dos autores:
patricia.bazoni@yahoo.com.br
ronaldojaria@hotmail.com
jessica.barreto2203@gmail.com
michael.r.silva@ufes.br

Autor Correspondente:
Patrícia Silva Bazoni
patricia.bazoni@yahoo.com.br

Recebido para publicação em 19/06/2024
Aceito em 07/11/2024