

**OBESIDADE: UM ESTUDO SOBRE A ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO
E A PERCEPÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE**Carine Feira¹
Ligiane de Lourdes Silva¹**RESUMO**

A obesidade tem sido descrita como problema de saúde pública, que atinge a população mundial. Diversos distúrbios fisiopatológicos estão associados a ela, tornando complexo o regime terapêutico desses pacientes, dificultando a adesão ao tratamento. A obesidade traz consigo a necessidade e dificuldade na perda de peso, desencadeando uma baixa autoestima, resultando em prejuízo no estado de saúde percebido desses indivíduos. Objetivou-se analisar a associação da obesidade com a adesão ao tratamento farmacológico e percepção da qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes acompanhados por um serviço de obesidade e cirurgia bariátrica. Realizou-se um estudo transversal analítico e prospectivo de caráter descritivo com pacientes de um Ambulatório de Obesidade e Cirurgia Bariátrica utilizou-se o instrumento de adesão ao tratamento Brief Medication Questionnaire e o instrumento de avaliação da qualidade de vida Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). Participaram do estudo 45 indivíduos, com IMC médio de 46,5 kg/m², em relação à adesão ao tratamento 66,6% obtiveram um resultado compatível com a provável não adesão ao tratamento, ao analisar a qualidade de vida do grupo encontrou-se um comprometimento dos componentes de saúde física. Nosso estudo constatou uma alta porcentagem de provável não adesão ao tratamento farmacológico, bem como uma baixa percepção de qualidade de vida do grupo estudado, principalmente nos componentes de saúde física desses pacientes.

Palavras-chave: Obesidade. Qualidade de vida. Adesão ao tratamento.

1-Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel-PR, Brasil.

ABSTRACT

Obesity: a study on the adherence to the medicinal treatment and the perception of quality of life related to health

Obesity has been described as a public health problem that affects the world's population. Several pathophysiological disorders are associated with it, making the therapeutic regimen of these patients complex, making treatment adherence difficult. Obesity brings with it the need and difficulty in weight loss, triggering a low self-esteem, resulting in impairment in the perceived health status of these individuals. The objective was to analyze the association of obesity with adherence to pharmacological treatment and perception of health-related quality of life in patients followed by an obesity and bariatric surgery service. A descriptive and prospective cross-sectional study was carried out with patients from an Obesity and Bariatric Surgery Outpatient Clinic using the instrument of adherence to the Brief Medication Questionnaire and the instrument of quality of life evaluation Medical Outcomes Study 36-Item Short -Form Health Survey (SF-36). Participating in the study were 45 individuals with a mean BMI of 46.5 kg / m² in relation to adherence to treatment 66.6% obtained a result compatible with the probable non-adherence to treatment, when analyzing the quality of life of the group found physical health components. Our study found a high percentage of probable non adherence to pharmacological treatment, as well as a low perception of quality of life of the studied group, mainly in the components of physical health of these patients.

Key words: Obesity. Quality of life. Adherence to treatment.

E-mails dos autores:
carinefeira@hotmail.com
ligianes@gmail.com

INTRODUÇÃO

A obesidade tem sido descrita como problema de saúde pública, que atinge a população mundial nas diferentes fases da vida de forma crescente e significativa (WHO, 2004).

Conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS) entende-se por obesidade um acúmulo excessivo de gordura corporal, sob a forma de tecido adiposo, sendo consequência de balanço energético positivo, capaz de acarretar implicações à saúde dos indivíduos. Sabe-se ainda que a etiologia da obesidade é multifatorial, estando envolvidos em sua gênese tanto aspectos ambientais como genéticos (WHO, 2004).

Um grande estudo analisou os dados de 68,5 milhões de pessoas para avaliar as tendências da prevalência de sobrepeso e obesidade entre crianças e adultos entre 1980 e 2015, estimou que 107,7 milhões de crianças e 603,7 milhões de adultos estavam obesas em todo o mundo em 2015 (The GBD 2015 Obesity Collaborators, 2017).

Vários distúrbios fisiopatológicos são causados pela obesidade, como o aumento da prevalência de doenças cardiovasculares, hipertensão arterial sistêmica (HAS), hipercolesterolemia, sedentarismo e diabetes.

Também já foi amplamente provada a relação da obesidade com pneumopatias, desordens ortopédicas, problemas digestivos, complicações no sono e neoplasias (Cunha e colaboradores, 2010; Tavares e colaboradores, 2010).

Sendo assim obesidade constitui-se de uma condição médica crônica que requer tratamento de múltipla abordagem. A orientação nutricional, a programação de atividade física e o uso de fármacos constituem os seus principais pilares.

A incidência de outras comorbidades torna complexo o regime terapêutico desses pacientes, envolvendo várias situações que devem ser consideradas como fatores que dificultam a adesão ao tratamento, dentre elas o número de medicamentos, de doses e as instruções adicionais (Morsch e colaboradores, 2015).

Nesse sentido, o desfecho do tratamento depende da adesão medicamentosa, caracterizada como o grau de concordância, entre o comportamento do paciente em relação ao hábito de usar as

medicações, e seguir as mudanças no estilo de vida de acordo com o recomendado pelos profissionais de saúde. Alguns métodos têm sido utilizados na avaliação da adesão à terapêutica, tornando-se úteis na diferenciação entre baixa adesão e não resposta ao tratamento, demonstrando o perfil de quais pacientes devam receber reforços educativos e quais precisam de adequação nos esquemas terapêuticos (Bem, Neumann e Mengue, 2011; Mantovani e colaboradores, 2015).

A obesidade traz consigo a necessidade e dificuldade na perda de peso, desencadeando uma baixa autoestima, devido ao estigma social a que estão sujeitos, especialmente as mulheres, além disso, o excesso de peso está intimamente ligado aos componentes funcionais, sociais, atividades do cotidiano, como vestir-se e subir escadas, sendo assim podem acarretar em distúrbios psicossociais, como sentimento de inferioridade e isolamento social, resultando em prejuízo no estado de saúde percebido desses indivíduos (Silva, Aguiar e Fonseca, 2015; Tavares e colaboradores, 2010).

A OMS definiu em 1998 a qualidade de vida como “a percepção do indivíduo, de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHO, 1998).

Sendo assim avaliar o estado de saúde percebido serve como indicador nos julgamentos clínicos de doenças específicas avalia o impacto físico e psicossocial que as enfermidades podem acarretar para as pessoas acometidas, permitindo um melhor conhecimento acerca do paciente e de sua adaptação à condição de estar doente (Carvalho e colaboradores, 2012).

A fim de avaliar a qualidade de vida, os instrumentos utilizados podem ser genéricos ou específicos, estes detectam particularidades da qualidade de vida em determinadas doenças já os instrumentos genéricos, utilizado nesse estudo, avaliam vários aspectos da qualidade de vida e estado de saúde, podendo ser utilizados para pacientes independentemente da doença ou condição e também para pessoas saudáveis (Fayers e Machins, 2000).

Tendo em vista a relevância da obesidade na saúde pública, com crescimento alarmante nas últimas décadas, esta

investigação tem como objetivo analisar a associação da obesidade com a adesão ao tratamento farmacológico e percepção da qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) em pacientes acompanhados por um serviço de obesidade e cirurgia bariátrica.

MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo transversal analítico e prospectivo de caráter descritivo, realizado em um serviço de saúde público que atende a municípios da região oeste do Paraná, Brasil.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, sob nº do Parecer 1.180.202. Após os esclarecimentos, todos os pacientes que consentiram, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os critérios de inclusão foram: indivíduos obesos com mais de 18 anos, que passaram por consultas farmacêuticas em um Ambulatório de Obesidade e Cirurgia Bariátrica de um Hospital Público Universitário. Os critérios de exclusão foram: pessoas que apresentassem incapacidade de comunicar-se verbalmente, históricos de sintomas psiquiátricos graves, ambos relatados nos prontuários e pessoas que não faziam uso de medicamento.

Os dados foram coletados por meio de consulta farmacêutica e entrevista individual durante o período 2015 a 2016. Para a coleta de dados utilizaram-se três instrumentos: caracterização sociodemográfica (idade, sexo, estado civil, ocupação) e clínica (comorbidades autor referidas, número de medicamentos em uso, Índice de Massa Corpórea - IMC); para avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso utilizou-se o instrumento de adesão Brief Medication Questionnaire (BMQ), validado para a Língua Portuguesa por Bem, Neumann e Mengue (2011), sendo composto por três domínios com perguntas que identificam barreiras à adesão quanto ao regime, às crenças e à recordação em relação ao tratamento medicamentoso, considerando pontuação maior ou igual a um em qualquer destes indica potencial positivo para a não adesão ao tratamento farmacológico e utilizou-se o questionário genérico de avaliação de qualidade de vida "Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)" SF-36, validado para Língua Portuguesa por Ciconelli (1997), formado por 36 itens que se

dividem em oito diferentes domínios que podem ser divididos em: Componente de saúde física (CSF) composto pelas seguintes dimensões: Capacidade funcional, Aspectos físicos, Dor, Estado geral de saúde e pelo Componente de saúde mental (CSM) composto pelos seguintes domínios: Vitalidade, Aspectos sociais, Aspectos emocionais e Saúde mental. Os resultados de cada componente variam de zero a 100 (do pior para o melhor status de saúde), com média de 50 e desvio padrão 10.

Para cálculo e classificação da obesidade foi realizado por meio do IMC recomendado pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2004).

A análise de dados foi realizada no programa Microsoft® Excel 2007 por meio de estatística descritiva de média e desvio padrão das variáveis encontradas e para avaliar a influência destas, foram utilizados o teste t Student e o coeficiente de Pearson, com nível de significância de foi 5% ($p < 0,05$).

RESULTADOS

Participaram do estudo 45 indivíduos, com IMC médio de 46,5 kg/m² variando de 38,63 - 73,69 Kg/m², sendo 93,3% com IMC grau III e apenas 6,5% com IMC grau II. A tabela 1 apresenta as variáveis sociodemográficas, verifica-se o predomínio do sexo feminino com 84,4% com idades compreendidas entre 23 e 62 anos (média de 42 anos), estado civil casado/amasiado (68,8%) e com vínculo de emprego (60%).

Tabela 1 - Análise descritiva das características sociodemográficas dos pacientes.

Variável	n (%)
Sexo	
Feminino	38 (84,4%)
Masculino	7 (15,6%)
Idade	
20 - 34 anos	10 (22,2%)
35 - 49 anos	22 (48,8%)
50 - 65 anos	13 (28,8%)
Estado Civil	
Casado/Amasiado	31 (68,8%)
Solteiro	7 (15,5%)
Viúvo	4 (8,8%)
Divorciado	3 (6,6%)
Ocupação	
Empregado	27 (60%)
Desempregado	8 (17,8%)
Aposentado/Pensionista	10 (22,2%)

No que concerne às doenças autor referidas, 13 doenças crônicas foram relatadas pelos pacientes, havendo predomínio de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) 73,3%, seguido de Transtornos gástricos em 53,3%, distúrbios osteoarticulares em 48,9% e Diabetes mellitus em 40,0% dos participantes.

No que diz respeito à utilização de medicamentos, encontrou-se 71 medicamentos diferentes, com média de 4,31 medicamentos por paciente, sendo os mais frequentes os fármacos Omeprazol, Metformina, Hidroclorotiazida e Fluoxetina.

Em relação à adesão ao tratamento farmacológico, 66,6% obtiveram um resultado compatível com a provável não adesão ao tratamento. Quando avaliadas separadamente as variáveis do teste, o domínio "Regime", que abrange as dificuldades do paciente em nomear os medicamentos e doses utilizadas, além do relato de falha de dias, ou doses, 75,5% apresentaram barreiras. Quanto ao domínio de "Recordação", que tange à presença de um esquema de múltiplas doses diárias e o relato de dificuldades para lembrar-se de tomar o medicamento, 82,2% obteve um escore compatível com não adesão. No que diz respeito às "Crenças", ou seja, presença ou não de medicamentos que não funcionam bem, ou causam alguma reação adversa, apenas 42,2% dos pacientes demonstraram barreiras.

Na análise da qualidade de vida através do questionário SF-36, a média dos componentes da saúde física e saúde mental são demonstradas na tabela II.

O valor mais baixo obtido foi para o domínio Dor com média né 46,82, encontrou-se valores medianos para o Estado Geral de Saúde com 50,13 sendo a maior média obtida no domínio Aspecto Social, com 71,24.

Quando correlacionado o grau de IMC com a qualidade de vida dos pacientes, houve correlação positiva apenas para o domínio Saúde Mental nos pacientes que apresentavam IMC III (p-valor 0,049), apontando que quanto maior a massa corporal menor o bem-estar psicológico do paciente.

A qualidade de vida quando comparada ao sexo dos pacientes, encontrou-se correlação positiva apenas para o domínio Vitalidade no sexo masculino (p-valor 0,024), evidenciando que os homens apresentam maior disposição e energia que as mulheres.

Não houve correlação significativa quando avaliado a adesão ao tratamento com a polifarmácia e qualidade de vida dos pacientes.

Tabela 2 - Descrição da média e desvios padrão dos escores obtidos nos domínios do SF-36 de pacientes com obesidade.

Domínios	Média	DP	Intervalo
Componente saúde física			
Capacidade funcional	55,67	24,56	48,29 - 63,04
Limitação por aspecto físico	54,44	43,40	41,41 - 67,48
Dor	46,82	27,83	38,46 - 55,18
Estado geral de saúde	50,13	21,15	43,78 - 56,49
Componente saúde mental			
Vitalidade	55,33	21,25	48,95 - 61,72
Aspectos sociais	71,24	27,84	62,88 - 79,61
Limitação por aspecto emocional	63,70	42,54	50,92 - 76,48
Saúde mental	62,76	24,54	55,38 - 70,13

Legenda: DP: Desvio Padrão.

DISCUSSÃO

Assim como nosso estudo o qual demonstrou uma prevalência no sexo feminino, diversos estudos avaliaram a qualidade de vida, em pacientes com obesidade apontando prevalência no sexo feminino, como o estudo de Barros e colaboradores (2015) o qual 87,7% eram mulheres, em outro estudo semelhante ao nosso, realizado por Kovaleski e colaboradores (2016), 83% dos pacientes eram do sexo feminino.

Embora estudos demonstrem uma maior prevalência, de sobre peso e excesso de peso em homens em relação às mulheres, a maior participação do sexo feminino está relacionada com a maior inserção das mulheres nos serviços de saúde, a fragilidade imposta historicamente às mulheres traz o aprendizado do autocuidado, muito mais presente que na vida dos homens. Estes por outro lado, cresceram influenciados por uma noção de masculinidade que produz reflexos no campo da saúde, na baixa procura por serviços de saúde (Botton, Cúnico e Strey, 2017).

Com relação às comorbidades encontradas no grupo estudado, 73,3% eram hipertensos, 53,3% relataram apresentar transtornos gástricos, seguido de distúrbios osteoarticulares em 48,9% e diabetes mellitus em 40,0% dos indivíduos. A relação entre IMC e risco de morbidades, se dá através da distribuição da gordura corpórea, uma vez que

as principais complicações da obesidade incluem doenças cardiovasculares, diabetes mellitus, hipertensão e dislipidemia, estas associadas ao maior acúmulo de gordura abdominal (Peixoto e colaboradores, 2006).

Estudo realizado por Santos (2012) em um hospital público com pacientes em preparo para realizar cirurgia bariátrica, encontrou que 71,1% apresentavam HAS associado à obesidade. Outro estudo que corrobora com nossos resultados, foi realizado por Batistti e colaboradores (2017), o qual demonstrou que 77,9% dos pacientes que seriam submetidos a cirurgia bariátrica, apresentavam HAS associada a obesidade.

A correlação dos transtornos gástricos referidos pelos pacientes se dá através da associação do excesso de peso com o aumento da pressão intra-abdominal, o que por sua vez, aumenta o gradiente de pressão gastroesofágico, e a pressão intragástrica. (Fraga e Martins, 2012).

A obesidade também influencia de forma negativa em muitas condições ortopédicas, aumentando a prevalência e interferindo negativamente no resultado de tratamento destas condições. As limitações funcionais e estruturais impostas pelo persistente excesso de peso produzem alterações no pé, tornozelo, joelho e quadril, aumentando a vulnerabilidade e lesões nestas articulações (Luiz, 2012).

O presente estudo ao avaliar a adesão ao tratamento farmacológico encontrou que 66,6% apresentavam provável não adesão ao tratamento, onde 75,5% apresentavam barreiras no domínio "regime", 82,2% no domínio "recordação" e 42,2% no domínio "Crença". Estudo realizado por Mantovani e colaboradores, 2015, corrobora com os dados do presente estudo, utilizando a ferramenta BMQ, em um grupo de pacientes hipertensos, os pesquisadores constataram um alto percentual de não adesão ao tratamento, 59% apresentava baixa adesão, sendo que 33% apresentavam barreiras no domínio crença, 55% no domínio regime e 61% apresentaram escore positivo para a não adesão no domínio recordação.

A não adesão ao tratamento representa um desafio para a equipe de saúde, diversas ferramentas têm sido elaboradas para avaliar o tratamento farmacológico, em estudo realizado por Demoner, Ramos e Pereira (2015) utilizando a

ferramenta de Morisky-Green na avaliação de adesão ao tratamento, em pacientes obesos e hipertensos, encontrou que 79% não aderem ao tratamento.

Ao elencar os fatores que podem levar a não adesão do tratamento farmacológico, a quantidade de medicamentos prescritos, o esquema terapêutico e os efeitos adversos são os principais empecilhos. Além disso, a complexidade do esquema terapêutico, que se dá devido ao no número de medicamentos prescritos o seu componente mais relevante, demonstra também contribuir na adesão à tomada dos medicamentos (Tavares e colaboradores, 2016).

O presente estudo avaliou a qualidade de vida através do instrumento SF-36, que evidenciou baixos valores nos componentes da saúde física, demonstrando um comprometimento na qualidade de vida do grupo, sendo o valor mais baixo obtido para o domínio Dor. Resultados semelhantes utilizando o mesmo instrumento foram encontrados no estudo, realizado por Bastitti e colaboradores (2017) com candidatos a cirurgia bariátrica, encontrou que a maior parte dos sujeitos analisados possuíam déficits em Capacidade Funcional e Aspectos Físicos com escores abaixo de 40, Valores médios para Dor, Estado Geral de Saúde e Vitalidade com escores entre 21 e 60. Para Saúde Mental e Aspectos Sociais encontraram maiores médias. Os estudos salientam a relação direta entre obesidade e QV e a sua relação com o excesso de peso, ao agravamento nos componentes que estão relacionados à saúde física nesse grupo.

O presente estudo encontrou uma correlação positiva entre o grau de IMC com o baixo valor no domínio saúde mental, denotando que a obesidade compromete de forma negativa a qualidade de vida desses pacientes. Em estudo de meta-análise realizada por Ul-Haq e colaboradores (2013) comparou a qualidade de vida indivíduos eutróficos e obesos classe III evidenciando que a população obesa apresenta limitações funcionais que pioram aspectos físicos e mentais, além disso, encontrou que os indivíduos com IMC grau III apresentam valores significativamente mais baixos de saúde mental.

Vários estudos sugerem estreita relação entre a obesidade e o declínio na QV. A alteração da imagem corporal provocada

pelo aumento de peso gera uma desvalorização no seu autoconceito psicológico. Em consequência, poderão surgir sintomas depressivos e ansiosos, diminuição da sensação de bem-estar e aumento da sensação de inadequação social (Tavares, Nunes e Santos, 2010).

CONCLUSÃO

Diversas comorbidades estão associadas à obesidade que, por conseguinte, podem levar a poli medicação. Nosso estudo constatou uma alta porcentagem de provável não adesão ao tratamento medicamentoso, denotando a necessidade de acompanhamento multidisciplinar, visando um maior entendimento acerca das comorbidades que estão associadas à obesidade, bem como adoção de estratégias voltadas às necessidades dos pacientes, objetivando uma maior adesão ao tratamento, evitando complicações de doenças e melhorando a qualidade de vida dos pacientes obesos.

O excesso de peso diminui a percepção de qualidade de vida e bem-estar dos pacientes, principalmente nos componentes relacionados a saúde física, sendo o domínio dor o mais comprometido nesses indivíduos, além disso, valores baixos no componente de saúde mental foram correlacionados ao maior grau de IMC.

Sendo assim a avaliação da qualidade de vida, retrata a percepção de saúde desses indivíduos, bem como sua mútua influência nos tratamentos realizados.

O estudo apresentou uma limitação quanto à falta de um grupo eutrófico para possíveis comparações.

A amplitude do tamanho da amostra foi limitada aos pacientes que faziam uso de medicamentos. Entretanto pretende-se dar continuidade a ele, visando responder questionamentos ainda não esclarecidos.

REFERÊNCIAS

1-Barros, L.M.; Moreira, R.A.N.; Frota, N.M.; Araujo, T.M.; Caetano, J.A. Qualidade de vida entre obesos mórbidos e pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. Revista eletrônica de enfermagem. Goiania. Vol. 17. Núm. 2. 2015. p. 312-321.

2-Battisti, L.; Barbosa, A.M.; Silva, K.H.; Batista, G.C.P. Farias, L.A.V.; Azevedo, G.C.; 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. p.125-140.

3-Bem, A.J.; Neumann, C.R.; Mengue, S.S. Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire para avaliar adesão a medicamentos. Revista Saúde Pública. Vol. 46. Num. 2. 2012.

4-Botton, A.; Cúnico, S.D.; Strey, M.N. Diferenças de gênero no acesso aos serviços de saúde: problematizações necessárias. Revista Psicologia da Saúde. Vol. 25. Num. 1. 2017. p. 67-72.

5-Carvalho, M.A.N.; Silva, I.B.S.; Ramos, S.B.P.; Coelho, L.F.; Gonçalves, I.D.; Neto A.F. Qualidade de Vida de Pacientes Hipertensos e Comparação entre dois Instrumentos de Medida de QVRS. Arquivos Brasileiro Cardiologia. Vol. 98 Num. 5. 2012. p.442-451.

6-Cunha, H.A.V.; Alves Júnior, A.J.T.; Scabello, H.P.L.; Figueiredo, R.R.; Oliveira, I.L.G.O.; Costa, J.B. Associação da obesidade à presença de comorbidades decorrentes em trabalhadores do Hospital e Maternidade Celso Pierro. Revista Ciências Médicas. Campinas. Vol. 19. Num 6. 2010. p.23-31.

7-Demoner, M.S.; Ramos, E.R.P.; Pereira, E.R. Fatores associados à adesão ao tratamento anti-hipertensivo em unidade básica de saúde. Acta Paulista de Enfermagem. Vol. 25. Num. 1. 2015. p. 27-34.

8-Fayers, PM.; Machin D. Quality of life. Assessment, analysis and interpretation. John Wiley & Sons. 2002. p.413.

9-Fraga, P.L.; Martins, F.S.C. Doença do Refluxo Gastroesofágico: uma revisão de literatura. Cadernos UniFOA. Volta Redonda. Num. 18. 2012.

10-Kovaleski, E.S.; Schoreder, H.; Krause, M.; Dani, C.; 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.

11-Luiz, S.M.F. Impacto dos dois níveis de obesidade grave sobre as alterações osteoarticulares e funcionais do joelho e pé. Tese Doutorado. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. 2012.

12-Mantovani, M.F.; Mattei, A.T.; Arthur, J.P.; Ulbrich, E.M.; Moreira, R.C. Utilização do brief medication questionnaire na adesão medicamentosa de hipertensos. *Revista enfermagem UFPE* Vol. 9. Num. 1. 2015. p.84-90.

13-Morsch, L.M.; Dressler, C.C.; Schneider, A.P.H.; Machado, E.O.; Assis, M.P. Complexidade da farmacoterapia em idosos atendidos em uma farmácia básica no sul do Brasil. *Ver. Infarma Ciências Farmacêuticas*. Vol. 4. Num. 27. 2015. p. 239-247.

14-Peixoto, M.R.G.; Benício, M.H.A.; Latorre, M.R.D.O.; Jardim, P.C.B.V. Circunferência da cintura e índice de massa corporal como preditores da hipertensão arterial. *Arquivo Brasileiro Cardiologia*. Num. 87. Vol. 4. 2006. p.462-470.

15-Santos, A.X. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus em obesos candidatos à cirurgia bariátrica. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*. Vol. 6. Num. 34. 2012. p.184-190. Disponível em: <<http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/287>>

16-Silva, T.M.; Aguiar, O.B.; Fonseca, M.JM. Associação entre sobrepeso, obesidade e transtornos mentais comuns em nutricionistas. *Jornal Brasileiro Psiquiatria*. Vol. 64. Num. 1. 2015. p.24-31.

17-Tavares, N.U.L.; Bertoldi II, A.D.; Mengue III, S.S.; Arrais, P.S.D.; Luiza, V.L.; Oliveira, M.A.; Ramos, L.R.; Farias, M.R.; Pizzol, T.S.D. Fatores associados à baixa adesão ao tratamento farmacológico de doenças crônicas no Brasil. *Revista Saúde Pública*. Vol. 50. Num. 2. 2016. p.10.

18-Tavares, T.B.; Nunes, S.M.; Santos, M.O. Obesidade e qualidade de vida: revisão da

literatura. *Revista Medicina*. Minas Gerais. Vol. 20. Num.3. 2010. p.359-366.

19-The GBD. Obesity Collaborators. Health Effects of Overweight and Obesity in 195 Countries over 25 Years. *New England Journal of Medicine*. Vol. 377. 2017. p. 13-27.

20-UI-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. *Journal Obesity*. Vol. 21. Num. 3. 2017. p. 322-327.

21-World Health Organization. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychol Med*. Vol. 3. Num. 28. 1998. p.551-558.

22-World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a World Health Organization Consultation. WHO Obesity Technical Report Series. 2004. p.284: 256.

Recebido para publicação em 21/04/2018
 Aceito em 01/06/2018