



**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE**



**MESTRADO EM CIÊNCIAS
AMBIENTAIS E SAÚDE**

MARINA OLIVEIRA CHAGAS

OBESIDADE MÓRBIDA: QUALIDADE DE VIDA E ACESSIBILIDADE

Goiânia

2013

MARINA OLIVEIRA CHAGAS

OBESIDADE MÓRBIDA: QUALIDADE DE VIDA E ACESSIBILIDADE

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ciências Ambientais e Saúde, da Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências Ambientais e Saúde.

Linha de pesquisa: Sociedade, Ambiente e Saúde

Orientadora: Dr^a. Sônia Maria Mello Neves

**Goiânia
2013**

Chagas, Marina Oliveira.

C433o Obesidade mórbida [manuscrito] : qualidade de vida e
acessibilidade / Marina Oliveira Chagas. – 2013.
104 f. ; il. ; grafs. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de
Goiás, Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde, 2013.
“Orientadora: Profa. Dra. Sônia Maria Mello Neves”.

1. Obesidade mórbida. 2. Qualidade de vida. 3. Obesos -
mobilidade. I. Título.


CDU: 613.25(043)



DISSERTAÇÃO DO MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE
DEFENDIDA EM 22 DE MARÇO DE 2013 E CONSIDERADA

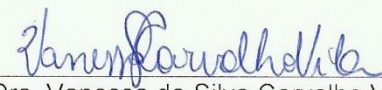
aprovada PELA BANCA EXAMINADORA:

1)




Profa. Dra. Sônia Maria Mello Neves / PUC Goiás (Presidente)

2)



Profa. Dra. Vanessa da Silva Carvalho Vila / PUC Goiás (Membro)

3)



Prof. Dr. Sebastião Benício da Costa Neto / UFG (Membro Externo)

4)



Profa. Dra. Fabiana Pavan Viana / PUC Goiás (Membro)

5)

Profa. Dra. Cejane Oliveira Martins Prudente / PUC Goiás (Suplente)

DEDICATÓRIA

Aos meus queridos pais e a minha irmã, pelo amor, carinho, dedicação e por incentivar e acreditar no meu melhor, acompanhando sempre minhas conquistas.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter concedido fé, saúde, otimismo e por me proteger nesta trajetória em que viagens se fizeram necessárias na busca dos meus objetivos.

À minha orientadora Prof^a Dr^a Sônia Neves, pela sua competência, disposição e dedicação em orientar este trabalho.

Ao Prof. Dr. Luc Vandenberg, pelas contribuições da análise qualitativa deste estudo.

A todos os professores do programa do mestrado, por contribuírem para meu crescimento profissional e científico.

Aos meus pais, Flomar e Valni, pelo apoio incondicional e por incentivar a minha caminhada com os estudos, a leitura, a cultura e a arte.

À minha irmã Virgínia, pelo apoio, pela companhia, amizade e por compartilhar comigo todos os momentos durante esta trajetória.

A minha amiga Roberta Prado, pelo auxílio às entrevistas e apoio durante realização desta pesquisa.

Aos meus colegas da Policlínica, Lar do Idoso, Mini-Hospital, pelo companheirismo e apoio durante a realização desta pesquisa.

A todos os meus amigos que me apoiaram e fizeram parte desta caminhada.

As pessoas que entrevistei, pela colaboração espontânea por terem participado desta pesquisa.

À Secretaria Municipal de Saúde de Jataí, pelo apoio e por possibilitar a realização deste estudo.

Ao Amilton Fernandes Prado, Secretário Municipal de Saúde de Jataí, pelo incentivo à qualificação e ao crescimento profissional.

À Fapeg, pela concessão da bolsa de mestrado e apoio financeiro.

RESUMO

Chagas MO. Obesidade mórbida: qualidade de vida e acessibilidade [dissertação]. Goiânia: Pontifícia Universidade Católica de Goiás, 2013. 104 f.

A obesidade é atualmente um dos grandes desafios epidemiológicos do século XXI. É considerada uma doença crônica, caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal. A obesidade mórbida definida pelo IMC maior ou igual a 40 kg/m^2 está relacionada com a ocorrência de comorbidades, que pode ocasionar prejuízos na Qualidade de Vida (QV). O presente estudo teve como objetivo geral avaliar a qualidade de vida e investigar problemas de acessibilidade enfrentados por pessoas com obesidade mórbida, usuários do Sistema Único de Saúde, no município de Jataí, Goiás. A presente investigação foi dividida em dois estudos, sendo o primeiro com objetivo de avaliar a QV de pessoas com obesidade mórbida, caracterizar o perfil socioeconômico, e analisar a influência das variáveis, idade, sexo, classificação do IMC, escolaridade e classe econômica na qualidade de vida, e o segundo objetivou compreender a experiência vivenciada por pessoas com obesidade mórbida, quanto à acessibilidade, explorando os aspectos referentes ao ambiente, a autonomia e a segurança. Participaram cinquenta indivíduos, sendo a maioria do sexo feminino, com idade entre 20 a 69 anos, nível de escolaridade ensino médio e classe econômica C. Os instrumentos utilizados foram o Critério de Classificação Econômica Brasil, os questionários WHOQOL-Bref e SF-36, a entrevista semiestruturada e Prontuários Clínicos. Os resultados para a análise quantitativa indicaram que as menores médias da pontuação dos escores de QV foram os domínios estado geral de saúde (50,94%) do SF-36 e meio ambiente (53,06%) do WHOQOL-Bref. Na análise da influência das variáveis, idade, sexo, classificação do IMC, escolaridade e classe econômica na qualidade de vida, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, pelo WHOQOL-Bref, no domínio meio ambiente tanto para a análise entre qualidade de vida e escolaridade ($p=0,008$) quanto para qualidade de vida e classe econômica ($p=0,004$). No SF-36, foram encontradas diferenças significativas entre qualidade de vida e idade no domínio capacidade funcional ($p=0,003$), e entre qualidade de vida e sexo nos domínios aspectos físicos ($p=0,027$), dor ($p=0,007$), aspectos sociais ($p=0,040$) e saúde mental ($p=0,007$). Nas demais variáveis não foram encontradas associações significativas ($p>0,05$). Quanto aos dados qualitativos emergiram cinco categorias finais: atividades diárias prejudicadas, problemas com o espaço ambiental e os serviços, impactos das restrições espaciais nas inter-relações sociais, enfrentamento do estresse e cobranças para a inclusão social. Conhecer as dificuldades dessas pessoas é importante para melhorar as políticas públicas, propiciar mudanças de comportamento, definir projetos de ambientes mais acessíveis, oferecendo desta forma oportunidades igualitárias de lazer, transporte, saúde, possibilitando melhorias na qualidade de vida.

Palavras-chave: Obesidade mórbida. Qualidade de vida. Limitação da mobilidade. Estruturas de acesso.

ABSTRACT

Chagas MO. Morbid obesity: quality of life and accessibility [thesis]. Goiânia: Pontifícia Universidade Católica de Goiás, 2013. 104f.

Obesity is, nowadays, one of the major epidemiological challenges of the XXI century. It is considered a chronic disease, characterized by the excessive accumulation of body fat. The morbid obesity defined by the BMI greater than or equal to 40 kg/m^2 is related to the occurrence of comorbidities, which can cause losses in quality of life (QOL). The present study aimed to assess the quality of life and investigate accessibility issues faced by people with morbid obesity, users of the Unified Health System, in Jataí, Goiás. This research was divided into two studies, the first to evaluate the QOL of morbidly obese people, characterize the socioeconomic profile, and analyze the influence of the variables age, gender, BMI classification, education and economic class quality life, and the second to understand the experience lived by morbidly obese people as accessibility, exploring aspects related to the environment, autonomy and security. Fifty people attended to the research, mostly female, aged 20 to 69 years, high school education level and economic class C. The instruments used were the Economic Classification Criterion Brazil, the questionnaires WHOQOL-Bref and SF-36, the semi-structured interview and clinical records. The results for the quantitative analysis indicated that the lowest mean score of QOL scores were the domains general health (50.94%) of the SF-36 and the environment (53.06%) of the WHOQOL-Bref. In the analysis of the influence of the variables age, gender, BMI classification, education and economic status in quality of life were found statistically significant differences, through the WHOQOL-Bref, the field environment both for the analysis of quality of life and education ($p = 0.008$) and for quality of life and economic class ($p = 0.004$). In the SF-36, significant differences were found between quality of life and functional capacity in the field age ($p = 0.003$), and between quality of life and physical domains in gender ($p = 0.027$), pain ($p = 0.007$), social aspects ($p = 0.040$) and mental health ($p = 0.007$). In the other variables significant associations were not found ($p > .05$). Regarding the qualitative data emerged five final categories: impaired daily activities, problems with the environmental space and services, impacts of spatial restrictions on inter-social relationships, coping with stress and demands for social inclusion. Knowing the difficulties of these people is important for improving public policy, providing behavior change, define projects of more accessible environments, thus offering equal opportunity recreation, transportation, healthcare, enabling improvements in quality of life.

Keywords: Morbid obesity. Life quality. Mobility limitation. Structures of access.

RESUMEN

Chagas M. O. Obesidad mórbida: calidad de vida y accesibilidad [disertación]. Goiania: Pontificia Universidad Católica de Goiás, 2013. 104f.

La obesidad es actualmente uno de los grandes desafíos epidemiológicos del siglo XXI. Es considerada una enfermedad crónica, caracterizada por la acumulación excesiva de grasa corporal. La obesidad mórbida definida por el IMC mayor o igual a 40 kg/m^2 está relacionada con la ocurrencia de comorbilidades, que puede ocasionar perjuicios en la Calidad de Vida (CV). El presente estudio tuvo como objetivo general evaluar la calidad de vida e investigar problemas de accesibilidad enfrentados por personas con obesidad mórbida, usuarios del Sistema Único de Salud, en el municipio de Jataí, Goiás. La presente investigación fue dividida en dos estudios, siendo el primer con objetivo de evaluar la CV de personas con obesidad mórbida, caracterizar el perfil socioeconómico, y analizar la influencia de las variables, edad, sexo, clasificación del IMC, grado de instrucción y clase económica en la calidad de vida, y el segundo objetivó comprender la experiencia vivenciada por personas con obesidad mórbida, en relación a la accesibilidad, explorando los aspectos referentes al ambiente, la autonomía y la seguridad. Participaron cincuenta individuos, siendo la mayoría del sexo femenino, con edad entre 20 a 69 años, nivel de escolaridad enseñanza media y clase económica C. Los instrumentos utilizados fueron el Criterio de Clasificación Económica Brasil, los cuestionarios WHOQOL-Bref y SF-36, la encuesta semiestructurada y Archivos Clínicos. Los resultados para el análisis cuantitativo indicaron que los menores promedios de la puntuación de los resultados de CV fueron los dominios estado general de salud (50,94%) del SF-36 y medio ambiente (53,06%) del WHOQOL-Bref. En el análisis de la influencia de las variables edad, sexo, clasificación del IMC, escolaridad y clase económica en la calidad de vida, fueron encontradas diferencias estadísticamente significativas, por el WHOQOL-Bref, en el dominio medio ambiente tanto para el análisis entre calidad de vida y escolaridad ($p=0,008$) como para calidad de vida y clase económica ($p=0,004$). En el SF-36, fueron encontradas diferencias significativas entre calidad de vida y edad en el dominio capacidad funcional ($p=0,003$), y entre calidad de vida y sexo en los dominios aspectos físicos ($p=0,027$), dolor ($p=0,007$), aspectos sociales ($p=0,040$) y salud mental ($p=0,007$). En las demás variables no fueron encontradas asociaciones significativas ($p>0,05$). En relación a los datos cualitativos emergieron cinco categorías finales: actividades diarias perjudicadas, problemas con el espacio ambiental y los servicios, impactos de las restricciones espaciales en las interrelaciones sociales, enfrentamiento del estrés y pedidos para la inclusión social. Conocer las dificultades de esas personas es importante para mejorar las políticas públicas, propiciar cambios de comportamiento, definir proyectos de ambientes más accesibles, ofreciendo de esta forma oportunidades igualitarias de ocio, transporte, salud, posibilitando mejoras en la calidad de vida.

Palabras clave: Obesidad mórbida. Calidad de vida. Limitación de la movilidad. Estructuras de acceso.

LISTA DE TABELAS

Artigo 1: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM OBESIDADE MÓRBIDA

Tabela 1-	Médias e desvios-padrão dos escores obtidos no WHOQOL-Bref e SF-36 da amostra de pessoas com obesidade mórbida.....	34
Tabela 2-	Médias e desvios-padrão dos escores obtidos no Whoqol-Bref e SF-36 em relação à Idade.....	35
Tabela 3-	Médias e desvios-padrão dos escores obtidos do WHOQOL-Bref e SF-36 em relação ao sexo.....	36
Tabela 4-	Médias e desvios-padrão dos escores obtidos do WHOQOL-Bref e SF-36 em relação à escolaridade.....	37
Tabela 5-	Médias e desvios-padrão dos escores obtidos do WHOQOL-Bref e SF-36 em relação à classe econômica.....	37

LISTA DE SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
IMC	Índice de Massa Corporal
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAHD	Programa de Atenção à Hipertensão e Diabetes
POF	Pesquisa de Orçamentos Familiares
PDL	Pessoa com Dificuldade de Locomoção
QV	Qualidade de Vida
SF-36	Medical Outcomes Study Short-Form Health Survey
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
WHO	World Health Organization
WHOQOL-Bref	Escala Abreviada da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	14
1. INTRODUÇÃO GERAL.....	16
2. OBJETIVOS.....	22
2.1. Objetivo Geral.....	22
2.2. Objetivos específicos.....	22
3. MÉTODO.....	23
4. ARTIGOS CIENTÍFICOS.....	24
5. ARTIGO 1: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM OBESIDADE MÓRBIDA	25
5.1. RESUMO	25
5.2. INTRODUÇÃO	28
5.3. MÉTODO	30
5.3.1. Participantes.....	30
5.3.2. Instrumentos	31
5.3.3. Procedimento	32
5.4. RESULTADOS	33
5.4.1. Média dos escores de qualidade de vida	33
5.4.2. Análise da influência das variáveis, idade, sexo, classificação do IMC, escolaridade e classe econômica na qualidade de vida.....	34
5.5. DISCUSSÃO	38
5.6. CONCLUSÃO	41
5.7. REFERÊNCIAS	41
6. ARTIGO 2: ACESSIBILIDADE DE PESSOAS COM OBESIDADE MÓRBIDA.....	45
6.1. RESUMO	45
6.2. INTRODUÇÃO	48
6.3. MÉTODO	50
6.3.1. Desenho do estudo	50
6.3.2. Local do estudo	50
6.3.3. Participantes.....	50

6.3.4. Procedimentos e Instrumentos.....	51
6.3.5. Análise dos dados.....	52
6.3.6. Aspectos éticos.....	52
6.4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	52
6.4.1. Atividades diárias prejudicadas	53
6.4.2. Problemas com o espaço ambiental e os serviços	54
6.4.3. Impacto das restrições espaciais nas inter-relações sociais.....	56
6.4.4. Enfrentamento do estresse	57
6.4.5. Cobranças para a inclusão social	58
6.5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
6.6. REFERÊNCIAS	60
7. CONCLUSÃO GERAL.....	64
8. REFERÊNCIAS GERAIS.....	66
ANEXOS	69
APÊNDICES	98

APRESENTAÇÃO

O presente estudo analisou a situação da qualidade de vida e da acessibilidade de pessoas com obesidade mórbida, usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), no município de Jataí, Goiás. Considerando a magnitude da obesidade e o aumento da sua prevalência no mundo e no Brasil, e tendo em vista a necessidade de melhoria das condições de saúde da População – essencial para o cumprimento dos “Objetivos de Desenvolvimento da Organização das Nações Unidas (ONU) para o Milênio”¹, estudos envolvendo doenças crônico-degenerativas têm aumentado.

A obesidade integra o grupo de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). As DCNT podem ser caracterizadas por múltiplos fatores de risco, longo curso assintomático e, em geral, lento, prolongado e permanente, com períodos de remissão e de exacerbação, lesões celulares irreversíveis e evolução para diferentes graus de incapacidade ou para a morte². Desta forma, torna-se um problema de saúde pública, pois reduz a expectativa e a qualidade de vida de populações de todas as idades³.

Nesse sentido, o conhecimento da realidade da qualidade de vida de obesos mórbidos é de fundamental importância para orientar as equipes de saúde no acompanhamento desse grupo de pessoas para o planejamento de ações voltado a minimizar os problemas de saúde delas. No entanto, deve-se garantir que essas pessoas tenham acesso aos serviços de saúde e que consigam chegar até eles sem enfrentar dificuldades.

Por isso, além de avaliar a qualidade de vida destas pessoas, surgiu o interesse em estudar também a acessibilidade, a partir de um estudo realizado em 2009, para um curso de especialização *latu senso* que fiz naquela época. Passei, então, a observar questões sobre esta temática tanto na Farmácia da Unidade Básica de Saúde (UBS) onde atuei por três anos, como farmacêutica responsável, assim como em outras unidades. Diante desse levantamento e dos resultados obtidos, ficou notório as dificuldades relacionadas à acessibilidade que as pessoas enfrentavam no acesso aos serviços, principalmente, as que possuem algum tipo de deficiência ou alguma limitação na mobilidade, como os obesos mórbidos.

Portanto, torna-se importante aprofundar e contextualizar os problemas vivenciados por pessoas com obesidade mórbida, tanto os relacionados com a saúde quanto os da acessibilidade. Os resultados poderão contribuir para diminuir as barreiras arquitetônicas, e propor mudanças de comportamento, melhorar as políticas públicas e proporcionar uma nova abordagem na busca da promoção da saúde e qualidade de vida dessas pessoas.

Os resultados da presente pesquisa serão apresentados no formato de dois artigos científicos, nos quais foram utilizadas duas abordagens metodológicas, a quantitativa e a qualitativa, tratando-se de um estudo de método misto.

O primeiro artigo “Avaliação da qualidade de vida de pessoas com obesidade mórbida” objetivou avaliar a qualidade de vida de pessoas com obesidade mórbida, usuários do Sistema Único de Saúde, identificando o perfil socioeconômico, avaliando as dimensões de qualidade de vida e analisando as influências das variáveis, idade, sexo, classificação do IMC, escolaridade e classe econômica na qualidade de vida.

O segundo artigo “Acessibilidade de pessoas com obesidade mórbida” objetivou compreender a experiência vivenciada por pessoas com obesidade mórbida, usuárias do Sistema Único de Saúde, quanto à acessibilidade, explorando os aspectos referentes ao ambiente, a autonomia e a segurança;

Buscou-se assim, com esta investigação, ir além do que se possa considerar apenas a obesidade mórbida enquanto comprometimento físico, procurando compreender também como o usuário utiliza o espaço, como ele o percebe e como se dão as relações sociais nos lugares que frequentam.

1. INTRODUÇÃO GERAL

A obesidade é uma doença crônica que pode ser definida, de forma simplificada, pelo acúmulo excessivo de gordura corporal, sendo consequência do balanço energético positivo e que acarreta repercussões à saúde. É considerada uma epidemia mundial cuja prevalência vem aumentando de forma significativa entre países desenvolvidos e em desenvolvimento³.

Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2005 1,6 bilhões de pessoas no mundo estavam com sobrepeso e pelo menos quatrocentos milhões de adultos eram obesos. Estimam-se em projeções para 2015 que aproximadamente 2,3 bilhões de adultos estarão com sobrepeso e que pelo menos setecentos milhões serão obesos. De acordo com dados do Banco de Dados Global de Índice de Massa Corporal, existem grandes variações na prevalência de obesidade em todo o mundo, que vão desde a Índia, no qual 1% ou menos da população é obesa enquanto que para as ilhas do Pacífico essa prevalência pode chegar até 80% em algumas regiões⁴.

Por meio da análise de dados, observa-se que a maioria dos países apresenta tendências crescentes de obesidade. Nos Estados Unidos, por exemplo, a prevalência da obesidade é alta, sendo superior a 30% na maioria de grupos etários e sexo⁵. Na Europa, a prevalência em homens variou de 4,0% para 28,3% e em mulheres de 6,2% para 36,5%⁶.

No Brasil o aumento da prevalência de obesidade atinge diversas regiões e em todas as classes sociais. A Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) realizada entre 2008 e 2009 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), mostra um aumento de excesso de peso e obesidade na população com mais de 20 anos de idade ao longo de 35 anos. O excesso de peso quase triplicou entre homens, de 18,5% em 1974-75 para 50,1% em 2008-2009, enquanto nas mulheres, o aumento foi menor: de 28,7% para 48%⁷.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza o Índice de Massa Corporal (IMC) para classificação da obesidade. Este critério é expresso pela razão entre o peso do indivíduo expresso em quilogramas e o quadrado da altura, expresso em metros, sendo que de 25 a 29,9 kg/m² é classificado como sobrepeso, 30 a 39,9 kg/m² como obeso e maior ou igual a 40 kg/m² como obesidade mórbida⁸.

A obesidade mórbida, no entanto, está associada a mortalidade aumentada e a ocorrência de diversas comorbidades. Segundo a OMS, à medida que ocorre aumento do IMC, aumenta o risco de comorbidez, como a presença de hipertensão arterial, diabetes, dislipidemia, apneia do sono, doenças cardiovasculares, artropatias, colecistopatias e câncer⁹. Porém, a presença dessas comorbidades pode trazer consequências para a saúde que variam do risco aumentado de morte prematura a graves doenças não letais, mas debilitantes, que afetam diretamente a qualidade de vida destes indivíduos¹⁰.

Muitos estudos sugerem a estreita relação entre a obesidade e o comprometimento na Qualidade de Vida (QV). Estudos sobre QV com obesos, apontam que ela é frequentemente comprometida nestas pessoas, devido a prejuízos no funcionamento físico e psicossocial.

Brilmann et al. (2007)¹¹, na região da grande Porto Alegre, avaliaram a qualidade de vida em pacientes com excesso de peso e com obesidade mórbida e identificaram que a relação entre qualidade de vida e obesidade, tal como referida na SF-36, identificou associação entre o padrão de excesso de peso estudado e Aspectos físicos, Capacidade Funcional e Dor. Os maiores prejuízos se referiram para as questões de ordem física, e não nas áreas emocional e social. Sendo que no domínio da capacidade funcional, prejuízos ocorrem em função de que uma possível debilidade de ordem física pode prejudicar a capacidade de um indivíduo nas suas atividades diárias.

Manucci et al. (2010)¹², em um estudo realizado na Itália, objetivaram avaliar qualidade de vida de pessoas obesas utilizando os instrumentos SF-36 e ORWELL-97. O estudo foi baseado em uma amostra de 1886 sujeitos em diferentes centros médicos espalhados por toda a Itália. Esse estudo revelou que as mulheres obesas apresentaram maior comprometimento do que os homens, o que pode estar relacionado com a maior prevalência de psicopatologia entre elas. Os indivíduos com maior IMC relataram um maior comprometimento da qualidade de vida, afetando principalmente o domínio físico. Este resultado sugere que o comprometimento funcional e desconforto físico determinado pelo excesso de peso extremo podem ter um papel importante na piora da qualidade de vida.

Tsai et al. (2004)¹³, afirmam que os estudos em qualidade de vida relacionados à saúde que avaliam aspectos de funcionamento físico são

importantes pois estudos nesta área apontam para o fato de que a obesidade diminui a qualidade de vida nos aspectos físicos em relação a população em geral.

Por isso, avaliar a qualidade de vida destas pessoas é importante, para conhecer o perfil de obesos mórbidos e compreender a influência do estilo de vida sobre a saúde¹¹.

O estilo de vida, muitas vezes está vinculado ao conjunto de comportamentos, hábitos e atitudes, ou seja, são expressões socioculturais de vida, reveladas nos hábitos alimentares, no gasto energético do trabalho diário, nas atividades de lazer, entre outros hábitos, vinculados aos processos de adoecimento¹⁴.

A avaliação atual da qualidade de vida dos obesos, no entanto, é área de interesse crescente no âmbito da saúde coletiva e das políticas públicas, sendo utilizada como indicador para avaliação da eficácia, da eficiência e do impacto de determinados tratamentos, na comparação entre procedimentos para o controle de problemas de saúde, além de propiciar uma melhor compreensão das causas dessa doença em relação à percepção subjetiva dos indivíduos de como estão vivendo e sentindo a vida¹⁵.

Outro interesse pela QV está diretamente ligado às práticas assistenciais cotidianas dos serviços de saúde. Trata-se da avaliação do impacto físico e psicossocial que as enfermidades, as disfunções ou as incapacidades podem acarretar às pessoas acometidas, possibilitando um melhor conhecimento do paciente e de sua adaptação a essa condição. Nesses casos, a compreensão sobre a QV do paciente insere-se no trabalho do dia-a-dia dos serviços, influenciando decisões e medidas terapêuticas das equipes de saúde¹⁶.

A utilização dos serviços de saúde representa o centro do funcionamento dos sistemas de saúde. O conceito de uso compreende todo contato direto – consultas médicas, hospitalizações – ou indireto – realização de exames preventivos e diagnósticos – com os serviços de saúde. Esse processo de utilização dos serviços é resultante do comportamento do indivíduo que procura cuidados e do profissional que o conduz dentro do sistema de saúde. O comportamento do indivíduo é geralmente responsável pelo primeiro contato com os serviços de saúde, e os profissionais de saúde são responsáveis pelos contatos subsequentes¹⁷.

No entanto, entre a necessidade de serviços e sua satisfação há a questão da acessibilidade, que se não for adequadamente trabalhada pode fazer com que a

pessoa com mobilidade reduzida, como o obeso, enfrente obstáculos que inviabilizem seu acesso aos serviços¹⁸.

As limitações que a pessoa obesa pode se deparar frente ao espaço construído refere às diversas barreiras arquitetônicas, como escadas, degraus altos, banheiros não adaptados, transporte público inadequado, buracos nas vias públicas, que são formadas por barreiras relacionadas às construções urbanas ou às edificações¹⁹. As barreiras constituem alguns dos problemas enfrentados por essas pessoas nos serviços de saúde ou em qualquer outro ambiente que venham a frequentar, constituindo barreiras relacionadas à acessibilidade.

Alguns estudos realizados no Brasil, sobre acessibilidade de pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida, indicam problemas no acesso destas pessoas, nas unidades básicas de saúde e hospitais, em áreas de lazer, com estruturas inadequadas, falta de adaptações, inadequações nos atendimentos, falta de rampas, elevadores, que dificultam o acesso destas pessoas nesses lugares.

Hazard (2001)²⁰ avaliou o nível de acessibilidade em Salvador para as pessoas com mobilidade reduzida. Nessa pesquisa, o autor entrevistou 185 pessoas, dentre o qual incluíram pessoas com deficiência visual, deficiência física e grupo de idosos. Os resultados indicaram que metade dos entrevistados (50%) considerou como obstáculo: à falta de manutenção das vias, o ordenamento do mobiliário e equipamentos urbanos.

Fabienne et al. (2012)²¹, avaliaram a acessibilidade de pessoas com deficiência e restrição de mobilidade permanente ao SUS em João Pessoa (PB). O estudo foi baseado em uma amostra aleatória de 523 pessoas com deficiência ou restrição permanente de mobilidade. Entre os entrevistados, 63,9% afirmam que de suas residências aos locais onde recebiam atendimento à Saúde não haviam meios suficientes e apropriados para diminuir os obstáculos físicos e 41,7% que não existiam adaptações nos locais de atendimento. Foi verificado que a legislação brasileira garante direitos às pessoas com deficiência, porém verifica-se que não são respeitados.

Outros problemas enfrentados também por essas pessoas se referem ao uso do transporte público. Aquelas que necessitam, por exemplo, utilizar o transporte coletivo, enfrenta barreiras logo ao entrar, quando se deparam com a catraca, e terminam com a falta de paciência dos motoristas em abrir a porta traseira.

Desta forma, existe um consenso generalizado de que tanto fatores físicos, sociais e ambientais podem estimular ou desestimular as pessoas a fazerem escolhas relacionadas com o seu comportamento²². Os valores, os significados e as interpretações atribuídos ao ambiente construído, para as pessoas obesas, serão condicionados por suas diferentes posturas corporais e dificuldades de locomoção²³.

Assim, as dificuldades tanto na locomoção, como os obstáculos enfrentados por essas pessoas no acesso a diversos ambientes, podem resultar em segregação e em exclusão. Quanto mais essas pessoas estiverem em um ambiente que lhes restrinjam a mobilidade e a acessibilidade aos serviços, maior a dificuldade para conseguir uma vida plena e autônoma, levando-a a uma situação de desvantagem. Diante disso, o exercício do direito de liberdade e de autonomia para ir e vir está infringido, comprometendo o exercício efetivo da cidadania e da convivência social.

A ausência de acessibilidade acarreta várias implicações, pois o mundo físico afeta diretamente as pessoas, e isto ocorre com pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida, em função de possuírem uma experiência e percepção de lugar diferente das pessoas que não possuem problemas relacionados à mobilidade²⁴.

A legislação, no entanto, deixa claro o direito ao acesso da pessoa obesa, por meio de leis, decretos e normas. Os primeiros países a se preocuparem com as normatizações e leis foram os Estados Unidos, a Itália, o Canadá, o Japão, a Suíça, a Austrália e a Alemanha²⁵.

Nos Estados Unidos, foi criada em 1961, a primeira Norma Americana desenvolvida pelo Instituto Nacional Americano de Padronização, que trata da construção de edificações para usuários deficientes ou que possuem mobilidade reduzida. No Canadá, a publicação da Norma de Construção para Deficientes (Suplemento nº 7 do código Nacional de Edificações do Canadá), em 1965 não era obrigatória, porém, devido à pressão de organizações locais, diversas cidades aprovaram este suplemento como parte do código de Edificações²⁵.

No Brasil, em 1985, foi criado o principal documento técnico referente à acessibilidade: a Norma Brasileira NBR 9050, da ABNT. Esta norma surgiu com o intuito de beneficiar de modo inclusivo os espaços às pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida²⁶. Além dessa norma, leis e decretos também foram instituídos no país, como a Lei nº 10.098 de 19 de dezembro de 2000²⁷, que

estabelecem normas gerais e critérios básicos para promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida.

Diante do exposto, as questões levantadas para esta pesquisa foram: Quais são os prejuízos na qualidade de vida de pessoas com obesidade mórbida? Como essas pessoas conseguem utilizar os espaços com autonomia e segurança?

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Avaliar a qualidade de vida e investigar problemas de acessibilidade enfrentados por pessoas com obesidade mórbida, usuários do Sistema Único de Saúde, no município de Jataí, Goiás.

2.2. Objetivos Específicos

- Caracterizar o perfil socioeconômico de pessoas com obesidade mórbida;
- Avaliar as dimensões de qualidade de vida;
- Analisar a influência das variáveis, idade, sexo, classificação do IMC, escolaridade e classe econômica na qualidade de vida dessas pessoas.
- Descrever a experiência vivenciada por pessoas com obesidade mórbida, quanto à acessibilidade, explorando os aspectos referentes ao ambiente, a autonomia e a segurança;

3. MÉTODO

Trata-se de um estudo delineado com método misto, que consiste na aplicação de técnicas e procedimentos de implementação e coleta de dados, por meio do uso de abordagens qualitativas e quantitativas. Por isso, é muito mais que uma simples coleta e análise dos dois tipos de dados, envolve também o uso das duas abordagens em conjunto, de tal forma que a força geral de um estudo seja maior do que a da pesquisa qualitativa ou quantitativa isolada²⁸.

A estratégia utilizada para esta pesquisa foi a do método misto concomitante, no qual há uma convergência ou mistura de dados quantitativos e qualitativos para análise do problema da pesquisa. Nesse modelo, ocorre a coleta de dados das duas abordagens ao mesmo tempo. Além disso, nesse modelo, o pesquisador pode incorporar uma forma menor de dados com outra coleta de dados maior para analisar diferentes tipos de questões²⁸.

Os dados quantitativos e qualitativos desta pesquisa foram coletados simultaneamente, no período de junho a agosto de 2012, e não houve prioridade entre os diferentes métodos. Inicialmente utilizou-se o instrumento Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB), para obter informações do paciente referente à idade, ao sexo e a classe econômica. Em seguida, para a coleta dos dados de qualidade de vida, foram utilizados os instrumentos WHOQOL-Bref e SF-36, e posterior, para a coleta de dados de acessibilidade foi utilizado o questionário de entrevista semiestruturado.

4. ARTIGOS CIENTÍFICOS

Essa dissertação será apresentada em duas seções distintas no formato de artigos científicos.

Artigo 1: Avaliação da qualidade de vida de pessoas com obesidade mórbida

Artigo será submetido para publicação no formato da Revista de Ciência e Saúde Coletiva (Normas Anexo A)

Artigo 2: Acessibilidade de pessoas com obesidade mórbida

Artigo será submetido para publicação no formato do Caderno de Saúde Pública (Normas Anexo B)

5. ARTIGO 1: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM OBESIDADE MÓRBIDA

5.1. RESUMO

Este estudo objetivou avaliar a qualidade de vida de pessoas com obesidade mórbida, usuários do Sistema Único de Saúde, no município de Jataí, Goiás. Participaram cinquenta indivíduos, sendo a maioria do sexo feminino, com idade entre 20 a 69 anos, nível de escolaridade ensino médio e classe econômica C. Os instrumentos utilizados foram: Critério de Classificação Econômica Brasil, WHOQOL-Bref, SF-36 e Prontuários Clínicos. No WHOQOL-Bref o domínio mais prejudicado foi o meio ambiente enquanto no SF-36 foi o estado geral de saúde. Na análise da influência das variáveis, idade, sexo, classificação do IMC, escolaridade e classe econômica na qualidade de vida, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, pelo WHOQOL-Bref, no domínio meio ambiente tanto para a análise entre qualidade de vida e escolaridade quanto para qualidade de vida e classe econômica. No SF-36, foram encontradas diferenças significativas entre qualidade de vida e idade no domínio capacidade funcional, e entre qualidade de vida e sexo nos domínios aspectos físicos, dor, aspectos sociais e saúde mental ($p < 0,05$). Esses resultados servem aos clínicos como alerta para o tratamento de pessoas com obesidade mórbida, principalmente em mulheres e pessoas adultas acima de 40 anos, visando à sua efetiva qualidade de vida.

Palavras-chave: Obesidade mórbida. Qualidade de vida. Índice de massa corporal.

5. ARTICLE 1: AVALIATION OF QUALITY OF LIFE FOR PEOPLE WITH MORBID OBESITY

5.1. ABSTRACT

This study aimed to evaluate the quality of life for people with morbid obesity, users of primary attention of the Unified Health System (SUS), in Jataí, Goiás. Fifty individuals participated, being mostly female, aged between 20 and 69, high school level of education and economic class C. There were used the following instruments: Brazil Economic Classification Criteria, WHOQOL-Bref, SF-36 and Clinical Medical records. At WHOQOL-Bref the most affected domain was the environment while at SF-36 it was the overall general status. In the analysis of the influence of variables, age, gender, BMI classification, education and economic class in quality of life, there were found statistically significant differences, through WHOQOL-Bref, in the field environment both for the analysis of quality of life and education and for quality of life and economic class. At SF-36, significant differences were found between life quality and age in the functional capacity field, and between life quality and gender in physical aspects, pain, social and mental health ($p < 0.05$). Thus, the assessment of quality of life in morbidly obese patients becomes important in so far as contributes to improving public policy, as well as providing treatment strategies for this group in order to effectively quality of life.

Keywords: Morbid obesity. Quality of life. Body mass index.

5. ARTÍCULO 1: EVALUACIÓN DE LA CALIDADE DE VIDA DE PERSONAS CON OBESIDAD MÓRBIDA

5.1. RESUMEN

Este estudio objetivó evaluar la calidad de vida de personas con obesidad mórbida, usuarios de la atención primaria del Sistema Único de Salud, en el municipio de Jataí, Goiás. Participaron cincuenta individuos, siendo la mayoría del sexo femenino, con edad entre 20 y 69 años, nivel de escolaridad enseñanza media y clase económica C. Los instrumentos utilizados fueron: Criterio de Clasificación Económica Brasil, WHOQOL-Bref, SF-36 y Archivos Clínicos. En el WHOQOL-Bref el dominio más perjudicado fue el medio ambiente mientras que en el SF-36 fue el estado general de salud. En el análisis de la influencia de las variables, edad, sexo, clasificación del IMC, escolaridad y clase económica en la calidade de vida, fueron encontradas diferencias estadísticamente significativas, por el WHOQOL-Bref, en el dominio medio ambiente tanto para el análisis entre calidad de vida y escolaridad como para calidad de vida y clase económica. En el SF-36, fueron encontradas diferencias significativas entre calidad de vida y edad en el dominio capacidad funcional, y entre calidad de vida y sexo en los dominios aspectos físicos, dolor, aspectos sociales y salud mental ($p < 0,05$). Así, la evaluación de calidad de vida de obesos mórbidos se vuelve importante en la medida en que contribuye para mejorar las políticas públicas, además de propiciar estrategias de tratamiento para ese grupo, visando a su efectiva calidad de vida.

Palabras clave: Obesidad mórbida. Calidade de vida. Índice de masa corporal.

5.2. INTRODUÇÃO

A obesidade é considerada uma doença crônica, resultante do acúmulo excessivo de gordura corporal, sendo consequência do balanço energético positivo, que exerce impacto significativo na saúde, na longevidade e na qualidade de vida (QV) de seus portadores¹. Atualmente, tem se tornado um dos grandes desafios epidemiológicos do século XXI e um problema de saúde pública que vem aumentando de forma significativa entre países desenvolvidos e em desenvolvimento².

De acordo com o Banco de Dados Global de Índice de Massa Corporal, existem grandes variações na prevalência de obesidade em todo o mundo, que vão desde a Índia com 1%, até algumas regiões nas ilhas do Pacífico com 80%³. As últimas estatísticas para adultos nos EUA, segundo a *National Health and Nutrition Examination Surveys* – NHANES, no período de 2007 e 2008, aproximadamente 68% estavam com sobrepeso e aproximadamente 34% eram obesos⁴.

No Brasil, a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) realizada em 2008 e 2009, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), indicou que o excesso de peso quase triplicou entre homens, de 18,5% em 1974/1975 para 50,1% em 2008/2009, enquanto nas mulheres, o aumento foi menor de 28,7% para 48%⁵.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza o Índice de Massa Corporal (IMC) para classificação da obesidade. Este critério é expresso pela razão entre o peso do indivíduo em quilogramas pelo quadrado da altura em metros. Quanto à classificação a OMS define: sobrepeso (25 a 29,9 kg/m²), obeso (30 a 39,9 kg/m²) e obeso mórbido (maior ou igual a 40 kg/m²). Quanto à gravidade: grau I (30 a 34,9 kg/m²), grau II (35 a 39,9 kg/m²), grau III (maior ou igual a 40 kg/m²)⁶.

A classificação da obesidade aceita pela Sociedade Americana de Cirurgia Bariátrica e pela Federação Internacional de Cirurgia da Obesidade está subdividida em seis níveis: obesidade pequena (27 a 30 Kg/m²), obesidade moderada (30 a 35 Kg/m²), obesidade grave (35 a 40 Kg/m²), obesidade mórbida (40 a 50 Kg/m²), superobesidade (50 a 60 Kg/m²) e super-superobesidade (maior que 60 Kg/m²)⁷.

A obesidade mórbida está associada à mortalidade aumentada e a ocorrência de diversas comorbidades, como diabetes, dor músculo-esquelética, hipertensão, apneia obstrutiva do sono, doença cardíaca, acidente vascular cerebral e câncer⁸.

Estima-se que cerca de duzentas mil pessoas morrem anualmente na América Latina em decorrência dessas comorbidades associadas à obesidade⁹.

Além das comorbidades, essas pessoas podem apresentar distúrbios psicossociais, muitas vezes por serem alvos de discriminação e preconceito¹⁰, observado em programas de televisão, em revistas e em piadas do cotidiano. No entanto, as consequências desses fatores para a saúde são diversas, afetando diretamente a Qualidade de Vida (QV) destes indivíduos.

A qualidade de vida é definida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Fica implícito, o caráter subjetivo e multidimensional desse conceito, incluindo, elementos de avaliação tanto positivo quanto negativo¹¹.

O conceito de qualidade de vida integra várias áreas da vida do indivíduo, envolvendo a avaliação de diversos domínios, incluindo o físico, o psicológico, o bem-estar social e como eles são percebidos pelos sujeitos¹². É considerado um conceito dinâmico, devido à característica de mudanças ao longo do tempo, ou entre pessoas de diferentes condições sociais, culturais ou de diversos locais, podendo variar no mesmo indivíduo, dependendo do estado de espírito ou humor¹³.

No entanto, o conceito de qualidade de vida baseia-se na percepção do significado que as pessoas atribuem às suas experiências de vida. A avaliação subjetiva dos indivíduos sobre a sua qualidade de vida global é estabelecida por sua percepção no nível de satisfação e/ou felicidade em relação aos vários domínios considerados importantes¹⁴.

Nos estudos realizados para avaliar qualidade de vida, a percepção da má qualidade de vida em pessoas com obesidade mórbida pode ser mais evidente, tendo em vista que o isolamento social é mais significativo, provocado pela sensação de inadequação perante padrões sociais vigentes¹⁵. Tsai et al.¹⁶ afirmam que os estudos sobre essa temática, apontam para o fato de que os aspectos físicos estão mais comprometidos nessas pessoas do que em relação à população em geral.

Neste contexto, avaliar a qualidade de vida de pessoas com obesidade mórbida permite verificar os aspectos globais do indivíduo em diferentes domínios, uma vez que analisa o impacto da qualidade de vida nas atividades diárias, além de

revelar aspectos importantes da saúde. Compreender esses fatores relacionados com a qualidade de vida identifica quais aspectos da saúde podem ser melhorados.

Considerando os pontos destacados e as dificuldades que estas pessoas vivenciam, este estudo teve como objetivo geral avaliar a qualidade de vida de pessoas com obesidade mórbida, usuários do Sistema Único de Saúde, no município de Jataí, Goiás. Os objetivos específicos foram identificar o perfil socioeconômico, avaliar as dimensões de qualidade de vida e analisar as influências das variáveis, idade, sexo, classificação do IMC escolaridade e classe econômica, na qualidade de vida destas pessoas.

5.3. MÉTODO

Foi conduzido um estudo transversal do tipo analítico, no município de Jataí, Goiás, situado no sudoeste goiano, a 327 km da capital estadual Goiânia e conta com treze Unidades Básicas de Saúde (UBS). Os participantes selecionados foram os que buscaram tratamento no Programa de Atenção à Hipertensão e Diabetes (PAHD), localizado na UBS Avenida Goiás, e no Núcleo de Apoio e Saúde da Família (NASF) cadastrado na UBS do Conjunto Rio Claro.

O programa PAHD é um programa de referência do município para atendimento especializado a hipertensos e diabéticos, que necessitam de acompanhamento de um especialista. É constituído por cardiologista, endocrinologista, enfermeira, psicóloga e nutricionista.

O NASF é uma estratégia que tem por objetivo apoiar, ampliar, aperfeiçoar a gestão da saúde na Atenção Básica/Saúde da Família. São desenvolvidos projetos terapêuticos de acompanhamento de usuários do sistema, realizando ações multidisciplinares para um atendimento resolutivo e de qualidade. É constituído por nutricionistas, terapeuta ocupacional, educador físico, fisioterapeuta e psicóloga.

5.3.1. Participantes

Inicialmente foram selecionados 67 usuários por meio da análise de prontuários. Destes 67, ocorreram cinco perdas (não foram encontrados) e doze exclusões (recusaram participar). Desta forma, fizeram parte da amostra cinquenta

usuários que buscaram tratamento, no período de junho a agosto de 2012, sendo onze deles provenientes do PAHD (Anexo C) e 39 atendidos por nutricionistas do NASF (Anexo D).

Os critérios de inclusão foram: pessoas com IMC $\geq 40 \text{ kg/m}^2$, com idade maior ou igual a 18 anos, usuários do Sistema Único de Saúde do município de Jataí, Goiás que estavam frequentando o PAHD e o NASF. Os critérios de exclusão foram: pessoas que apresentassem históricos de sintomas psiquiátricos graves, relatados nos prontuários.

5.3.2. Instrumentos

Para a coleta de dados, foram utilizados quatro instrumentos: o Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) (Anexo E), o *World Health Organization Quality of Life Assessment* (WHOQOL-Bref) (Anexo F), o *Medical Outcomes Study 36- Item Short Form* (SF-36) (Anexo G) e os prontuários clínicos.

O CCEB é um instrumento proposto pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP)¹⁷ que utiliza o levantamento de características domiciliares, com nove itens referentes a bens materiais e itens que avaliam o grau de instrução do chefe de família, com o intuito de classificar a população em termos de classes econômicas.

O WHOQOL é um instrumento de avaliação de qualidade de vida que foi preconizado pela OMS, e sua versão em português, foi desenvolvida no Centro WHOQOL para o Brasil, no Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. O WHOQOL-Bref é uma versão abreviada composta por 26 questões, que obtiveram os melhores desempenhos psicométricos extraídas do WHOQOL-100¹⁸.

A versão abreviada é composta por quatro domínios: *Físico*, com ênfase em dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana; *Psicológico*, enfatizando sentimentos positivos, o pensar, o aprender, memória e concentração, autoestima, imagem corporal, sentimentos negativos, espiritualidade, religião e crenças pessoais; *Relações sociais*, abordando relações pessoais, suporte social, atividade sexual; *Meio ambiente*, referente à segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados com a saúde, oportunidades de lazer, poluição do ambiente físico¹⁹.

O SF-36 é um instrumento para a percepção da saúde de uma população em geral. A tradução e a validação para a língua portuguesa foram descritas por Ciconelli²⁰. É um questionário que considera a percepção dos indivíduos quanto ao estado de saúde, podendo ser utilizado para estudar diversas condições de saúde ou doença²¹.

O instrumento é formado por 36 itens que se dividem em oito diferentes domínios: *Capacidade funcional* - avalia o impacto da doença na realização de atividades diárias; *Aspectos físicos* - que avalia as dificuldades encontradas em relação ao tempo e a atividades executadas no cotidiano; *Dor* - avalia a intensidade de dor percebida e as limitações por ela impostas; *Estado geral de saúde* - avalia a subjetividade do sujeito com relação à sua saúde em geral; *Vitalidade* - avalia a energia e os fatores que possam diminuí-la; *Aspectos sociais* - avalia a integração do indivíduo nas relações sociais, familiares e extrafamiliares; *Aspectos emocionais* - relaciona as dificuldades diárias provocadas por problemas emocionais; e *Saúde mental* - identifica fatores, como tristeza, nervosismo, cansaço, que possam interferir na vida do indivíduo²².

5.3.3 Procedimento

O contato inicial com os participantes foi estabelecido por meio do agendamento de visita domiciliar, via telefone, de acordo com a disponibilidade de horário de cada um. Os dados foram coletados no domicílio por meio da aplicação dos questionários no período de junho a agosto de 2012. A aplicação foi realizada pela própria pesquisadora por meio de entrevista e o tempo gasto para cada aplicação foi de aproximadamente trinta minutos.

Na análise dos dados, foi utilizada a estatística descritiva de frequência para análise das variáveis, idade, sexo, classificação do IMC, escolaridade e classe econômica. As dimensões de qualidade de vida foram analisadas por meio de estatística descritiva de média e desvio padrão. O programa Microsoft® Excel 2007 foi utilizado para tabulação dos dados e a análise estatística dos domínios foi realizada pelo programa SPSS® for Windows®, versão 15.0.

Para avaliar a influência das variáveis, idade, sexo, classificação do IMC, escolaridade e classe econômica na QV, foram utilizados dois testes, o teste *t Student* (quando a comparação foi entre dois grupos) e o teste Anova (quando a

comparação foi entre três grupos). O nível de significância utilizado como parâmetro foi 5% ($p < 0,05$).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás), sob o protocolo de número 35553/2012 (Anexo H). As pessoas que concordaram em participar da pesquisa foram solicitadas assinaturas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) em duas vias, sendo uma entregue ao sujeito da pesquisa e a outra arquivada com a pesquisadora.

5.4. RESULTADOS

Fizeram parte da amostra cinquenta participantes, sendo que 66% faziam parte da classe econômica C, conforme o Critério de Classificação Econômica Brasil¹⁷. Em relação ao sexo, 86% eram do sexo feminino e 14% do sexo masculino. Quanto à idade, a idade média foi de 38,8 (DP \pm 10,63) anos. Quanto à classificação do IMC, segundo a classificação da Sociedade Americana de Cirurgia Bariátrica e da Federação Internacional de Cirurgia da Obesidade, a predominância foi de obesidade mórbida (90%) com índice de 40 a 50 kg/m². Em relação ao nível de escolaridade, verificou-se que 50% possuíam o ensino médio e 40% o ensino fundamental (Apêndice B).

5.4.1. Média dos escores de qualidade de vida

Na aplicação do WHOQOL-Bref (Tabela 1) foi observado que o domínio mais prejudicado foi o meio ambiente com média 53,06 (DP \pm 13,98) e o mais preservado foi o domínio social com média 66 (DP \pm 20,95). Enquanto no SF-36 foi observado que o domínio mais prejudicado foi o estado geral de saúde com média 50,94 (DP \pm 17,67) e o domínio emocional foi o mais preservado com média 71,33 (DP \pm 42,60).

Tabela 1. Médias e desvios-padrão dos escores obtidos no WHOQOL-Bref e SF-36 da amostra de pessoas com obesidade mórbida (n=50).

Domínios	Média	DP
Whoqol-Bref		
Físico	59,14	22,12
Psicológico	59,83	17,97
Relações sociais	66,00	20,95
Meio ambiente	53,06	13,98
SF-36		
Capacidade funcional	58,10	27,48
Aspectos físicos	66,50	43,63
Dor	56,00	27,67
Estado geral de saúde	50,94	17,67
Vitalidade	54,20	22,64
Aspectos sociais	66,75	29,08
Aspecto emocional	71,33	42,60
Saúde mental	60,72	23,25

DP= desvio padrão.

5.4.2. Análise da influência das variáveis, idade, sexo, classificação do IMC, escolaridade e classe econômica na qualidade de vida

Na análise entre QV e idade (Tabela 2), foi encontrada diferença estatisticamente significativa no domínio capacidade funcional ($p=0,003$), quando comparadas pessoas com idade entre 20 a 39 anos com pessoas de idade maior ou igual a 40 anos. Nesse domínio verifica-se que as pessoas com idade maior ou igual a 40 anos apresentaram escore inferior aos de 20 a 39 anos. Nos demais domínios do WHOQOL-Bref e SF-36 não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas com a idade ($p>0,05$).

Nos resultados desta análise, embora outros domínios do WHOQOL-Bref e SF-36 não apresentaram significância estatística, pôde-se observar uma tendência significativa, pelo WHOQOL-Bref, no domínio meio ambiente ($p=0,056$) para pessoas com idade maior ou igual a 40 anos quando comparadas com as de 20 a 39 anos.

Tabela 2. Médias e desvios-padrão dos escores obtidos no Whoqol-Bref e SF-36 em relação à Idade.

Idade	20 — 40 anos		≥40 anos		p
	Média	DP	Média	DP	
Whoqol-Bref					
Físico	61,67	20,35	55,36	24,59	0,328
Psicológico	57,36	18,43	63,54	17,04	0,237
Relações sociais	63,61	22,90	69,58	17,58	0,328
Meio ambiente	57,66	11,76	50,00	14,68	0,057
SF-36					
Capacidade funcional	67,33	21,40	44,25	30,19	0,003
Aspectos físicos	75,00	41,00	53,75	45,36	0,092
Dor	60,67	27,14	49,00	27,65	0,146
Estado geral de saúde	52,77	18,36	48,20	16,68	0,376
Vitalidade	50,33	20,72	60,00	24,66	0,141
Aspectos sociais	67,50	28,35	65,63	30,85	0,826
Aspecto emocional	72,22	42,06	70,00	44,46	0,859
Saúde mental	56,93	23,99	66,40	21,42	0,161

DP= desvio padrão; p= significância. Teste *t Student*.

Na análise entre QV e sexo (Tabela 3), foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, quando comparados pessoas do sexo feminino com pessoas do sexo masculino, nos domínios aspectos físicos ($p=0,027$), dor ($p=0,007$), aspectos sociais ($p=0,040$) e saúde mental ($p=0,007$). Foi observado que as pessoas do sexo feminino apresentaram um escore menor que aqueles do sexo masculino. Nos demais domínios do WHOQOL-Bref e SF-36 não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas com relação ao sexo ($p>0,05$). No entanto, pôde-se observar uma tendência significativa, pelo SF-36, no domínio vitalidade ($p=0,056$) para pessoas do sexo feminino quando comparadas com as do sexo masculino.

Tabela 3. Médias e desvios-padrão dos escores obtidos do WHOQOL-Bref e SF-36 em relação ao sexo.

Sexo	Feminino		Masculino		p
	Média	DP	Média	DP	
Whoqol-Bref					
Físico	56,89	22,09	72,96	17,96	0,074
Psicológico	58,24	18,04	69,64	15,16	0,120
Relações sociais	64,53	21,52	75,00	15,21	0,224
Meio ambiente	52,98	14,07	53,57	14,48	0,919
SF-36					
Capacidade funcional	56,51	28,25	67,86	21,19	0,316
Aspectos físicos	61,05	44,76	100,00	0,00	0,027
Dor	51,81	26,46	81,71	21,37	0,007
Estado geral de					
saúde	52,09	17,88	43,86	15,68	0,257
Vitalidade	51,74	22,52	69,29	18,13	0,056
Aspectos sociais	63,37	29,17	87,50	19,09	0,040
Aspecto emocional	68,22	44,81	90,48	16,26	0,203
Saúde mental	57,21	23,02	82,29	8,60	0,007

DP= desvio padrão; p= significância. Teste *t Student*.

Na análise entre QV e classificação do IMC não foram observadas diferenças estatisticamente significativas (Apêndice C). Porém, foi observado que houve uma tendência significativa, pelo SF-36, no domínio aspectos sociais ($p= 0,056$). Pôde-se verificar que as pessoas com IMC maior ou igual a 61 kg/m^2 apresentaram escore menor que aquelas com IMC entre 40 a 50 kg/m^2 e 51 a 60 kg/m^2 .

Quando analisados QV e escolaridade (Tabela 4) e QV e classe econômica (Tabela 5) foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, pelo WHOQOL-Bref, no domínio meio ambiente, tanto para a variável escolaridade ($p=0,008$), como para a classe econômica ($p=0,004$). Nos demais domínios do WHOQOL-Bref e SF-36 não foram encontradas diferenças significativas ($p>0,05$). Porém, foi observada tendência significativa na análise entre QV e escolaridade, pelo WHOQOL-Bref, no domínio físico ($p=0,055$).

Foi verificado na análise entre QV e escolaridade, que as pessoas com ensino médio apresentaram escore menor que as com ensino fundamental e superior. Já em relação à QV e classe econômica, observou-se que as pessoas pertencentes à classe econômica D apresentaram escore menor que as da classe econômica B e C.

Tabela 4. Médias e desvios-padrão dos escores obtidos do WHOQOL-Bref e SF-36 em relação à escolaridade.

Escolaridade	Fundamental		Médio		Superior		p
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	
Whoqol-Bref							
Físico	57,50	23,17	56,00	20,56	81,43	14,60	0,055
Psicológico	60,00	21,13	57,83	14,99	69,17	18,77	0,445
Relações sociais	65,00	22,06	65,67	18,05	71,67	32,60	0,818
Meio ambiente	55,63	14,00	48,13	12,27	67,50	10,74	0,008
SF-36							
Capacidade funcional	50,75	29,79	59,20	25,60	82,00	10,37	0,070
Aspectos físicos	58,75	41,58	66,00	47,26	100,00	0,00	0,168
Dor	55,90	27,12	52,20	27,34	75,40	29,05	0,235
Estado geral de saúde	48,15	16,05	54,64	18,85	43,60	16,74	0,299
Vitalidade	52,00	21,55	52,00	22,17	74,00	24,08	0,119
Aspectos sociais	66,25	28,42	65,00	28,64	77,50	37,91	0,686
Aspecto emocional	70,00	47,02	66,67	41,94	100,00	0,00	0,280
Saúde mental	56,20	20,42	60,48	23,33	80,00	28,43	0,122

DP= desvio padrão; p= significância. Teste Anova.

Tabela 5. Médias e desvios-padrão dos escores obtidos do WHOQOL-Bref e SF-36 em relação à classe econômica.

Classe econômica	B		C		D		p
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	
Whoqol-Bref							
Físico	65,00	25,58	57,36	20,63	44,64	12,63	0,353
Psicológico	59,44	19,38	61,49	15,63	35,42	38,30	0,137
Relações sociais	71,67	21,32	63,89	20,27	58,33	35,36	0,436
Meio ambiente	61,88	11,82	50,10	12,73	35,94	19,88	0,004
SF-36							
Capacidade funcional	64,67	30,21	56,52	26,44	35,00	7,07	0,310
Aspectos físicos	83,33	36,19	59,85	44,61	50,00	70,71	0,196
Dor	66,20	29,36	51,33	26,88	56,50	7,78	0,229
Estado geral de saúde	42,27	13,55	54,27	18,43	61,00	12,73	0,063
Vitalidade	59,00	26,13	53,48	20,90	30,00	7,07	0,227
Aspectos sociais	75,83	28,92	62,50	29,48	68,75	8,84	0,344
Aspecto emocional	80,00	37,37	68,69	44,05	50,00	70,71	0,545
Saúde mental	63,73	26,16	61,21	21,08	30,00	25,46	0,153

DP= desvio padrão; p= significância. Teste Anova

5.5. DISCUSSÃO

A morbidade global crescente na população de pacientes obesos é uma questão importante que contribui para a diminuição da qualidade de vida desses indivíduos. A presença de dificuldades físicas e a associação da obesidade com outras doenças crônicas como hipertensão, diabetes, problemas osteoarticulares, é que motivam e mobilizam as pessoas a buscarem tratamento²³, o que permite inferir que são essas as causas que fazem com que essas pessoas busquem os serviços de saúde.

Em relação à idade dos participantes, a média de idade na amostra total foi de aproximadamente 39 anos, o que assemelha com outros dados na literatura, segundo a qual, a maior parte desta população que procura tratamento se encontra nesta faixa etária^{24,25,26}.

Embora estudos epidemiológicos sugiram que dificilmente haja uma diferença no que diz respeito ao sexo na obesidade, um estudo de Mokdad et al.²⁷ demonstrou que pessoas do sexo feminino procuram mais tratamento do que pessoas do sexo masculino, o que está de acordo com os dados desta pesquisa, em que grande parte dos participantes é do sexo feminino, indicando ser uma doença que mobiliza mais o gênero feminino em busca de cuidados. Para as mulheres, a obesidade pode gerar maior estresse psicológico devido à maior pressão social sofrida, uma vez que a sociedade e a mídia impõem padrões de beleza, que resultam em transtornos decorrentes da busca de adequação aos padrões de beleza vigentes. Os homens, por sua vez recebem menores cobranças quanto a este aspecto²⁸.

As pessoas com IMC entre 40 a 50 kg/m² tendem a buscar mais os serviços de saúde do que as pessoas com IMC superior a 50 kg/m², o que pode estar relacionado com a maior capacidade de mobilização dessas pessoas, tendo em vista que quanto maior o IMC, maior o comprometimento físico, que pode dificultar o deslocamento das mesmas. Os pacientes com IMC elevado têm grande probabilidade de estar limitado em atividades, como andar vários quarteirões, dobrar joelhos e inclinar-se²⁹. Outro fator também que pode estar associado a esse problema é o fato de essas pessoas se isolarem mais do que as outras, evitando, assim, sair de casa, por vergonha ou por medo.

Em relação ao nível de escolaridade, poucos participantes possuíam ensino superior, sendo que a maioria possuía ensino médio e pertencia ao nível

socioeconômico C, o que condiz com as características da população atendida no PAHD e NASF que realiza atendimento somente pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Quanto aos resultados obtidos das médias dos escores de QV pelo WHOQOL-Bref, pôde-se observar maior comprometimento no domínio meio ambiente. Meirelles et al.³⁰, em seu estudo, definem o conceito de QV ambiental por meio da percepção de idosos com doença crônica. Os participantes relataram que QV ambiental está relacionado ao fato de ter conforto e acessibilidade aos serviços de saúde. Porém, muitos expressaram as dificuldades encontradas nas UBS e em outros serviços de saúde. Desta forma, considerando a vulnerabilidade do indivíduo idoso, portador de doença crônica, assim como a da pessoa com obesidade mórbida, ausência de conforto nesses ambientes, pode influenciar na qualidade de vida.

Os dados obtidos das médias dos escores de QV pelo SF-36, em que houve maior comprometimento no domínio estado geral de saúde, estão de acordo com o estudo de Katz et al.³¹, o qual relata que as pessoas com obesidade têm medidas de QV significativamente menor quanto ao estado geral de saúde e à vitalidade. Outros pesquisadores, como Fontaine et al.³², também mostraram menores escores do SF-36 para o estado geral de saúde e a vitalidade em pacientes que procuram tratamento para obesidade (IMC médio de 38,1 kg/m²). Os efeitos da obesidade na percepção de saúde geral resultam, em parte, da baixa auto-estima, o que é agravado por atitudes negativas de colegas, de familiares, de profissionais da saúde³³.

Na análise entre QV e idade foi verificado maior comprometimento em pessoas com mais de 40 anos, e considerando que a carga de doença atribuível a doença crônica aumenta a partir de 45 anos, verifica-se maior comprometimento desta faixa etária adiante³⁴.

Estudos de Peytremann-Bridevaux e Santos-Eggiman³⁵ relataram que indivíduos europeus obesos com mais de cinquenta anos, em comparação com indivíduos com peso normal, possuíam entre duas e 2,4 as chances de relatar queixas de saúde, e entre 2,4 e 2,7 as chances de relatar duas ou mais doenças crônicas.

Em relação à QV e sexo, os dados obtidos, em que as mulheres apresentaram maior comprometimento que os homens nos domínios aspectos

físicos, dor, aspectos sociais e saúde mental, são consistentes com os estudos de Larsson et al.²⁸ e Zabelina et al.³⁶, segundo os quais, o sobrepeso ou a obesidade pode ter um impacto mais significativo na maioria dos aspectos da QV em mulheres do que em homens.

Soltoft et al.³⁷, nos seus resultados, identificaram que as mulheres com IMC inferior a 27,5 obtiveram valores mais elevados na QV do que os homens, ao contrário daquelas com IMC superior a 27,5 que apresentaram valores de QV menores do que os homens.

Em geral, a mulher obesa apresenta maior susceptibilidade nos aspectos físicos do que os homens, como por exemplo, menor densidade mineral óssea e maior comprometimento na mobilidade. No entanto, as limitações de mobilidade entre as mulheres obesas é um fato já identificado em outros estudos, como o de Vincent et al.³⁸, segundo o qual esta condição da mobilidade é um dos fatores que contribui para a deficiência como um todo nos indivíduos obesos.

Além dos aspectos físicos, as mulheres também apresentaram maior comprometimento nos aspectos de saúde mental, assim como identificado no estudo de Zhao et al.³⁹, em que as mulheres obesas apresentaram maior probabilidade de sofrer de humor, depressão, transtorno de ansiedade do que homens obesos, que podem resultar em comprometimento nas relações sociais. Provavelmente essas condições mentais têm um papel importante no comprometimento de QV em mulheres.

A relação mais consistente com o domínio meio ambiente do WHOQOL-Bref foi o nível de escolaridade e a condição socioeconômica. A escassez de pesquisas referentes a aspectos ambientais diretamente relacionados à QV de pessoas com obesidade mórbida, utilizando o instrumento WHOQOL-Bref, dificulta a comparação dos achados obtidos no presente estudo.

Neste estudo, indivíduos com nível escolar médio e pertencente à classe D, apresentaram percepção negativa no domínio meio ambiente. Outros estudos, como de Gaspar et al.⁴⁰, ao investigarem a QV entre adolescentes, em função da condição social, verificaram que aqueles que possuíam condição socioeconômica média ou alta apresentaram valores estatisticamente mais elevados para variáveis socioambientais da QV do que os de condição socioeconômica baixa.

Gordia et al.⁴¹ ao avaliarem a qualidade de vida de adolescentes, verificaram que aqueles com condição socioeconômica menos privilegiada, na maioria das

vezes moravam em regiões periféricas, sem saneamento básico, com alto índice de criminalidade, convivendo com situação precária na educação e na saúde. Sabe-se, no entanto, que as dificuldades financeiras proporcionam poucas oportunidades ao lazer, à alimentação e ao acesso a novas tecnologias, contribuindo, assim, para a diminuição da qualidade de vida destas pessoas.

5.6. CONCLUSÃO

As pessoas com obesidade mórbida podem apresentar uma série de comorbidades associadas, além de problemas psicossociais que podem refletir na qualidade de vida. Diante dos fatores mencionados, prejudiciais à qualidade de vida, neste estudo foi verificado que as pessoas adultas com obesidade mórbida, inseridas nos serviços públicos de saúde, apresentaram maiores prejuízos nos aspectos ambientais e nos aspectos gerais de saúde.

Além disso, foi verificado prejuízo no domínio capacidade funcional para pessoas acima de quarenta anos e nos domínios aspectos físicos, dor, aspectos sociais e saúde mental para as mulheres. Esses resultados servem aos clínicos como alerta para o tratamento de pessoas com obesidade mórbida, principalmente em mulheres e pessoas adultas acima de 40 anos.

Desse modo, é importante o desenvolvimento de novas pesquisas envolvendo pessoas com obesidade mórbida para que se possam propor estratégias de tratamento que englobem todos estes aspectos, nesse grupo, assim como projetos de ambientes mais acessíveis, visando à melhoria na qualidade de vida.

5.7. REFERÊNCIAS

1. Kolotkin RL, Meter K, Williams GR. Quality of life and obesity. *Obes Revi.* 2001; 2(4): 219-229.
2. World Health Organization (WHO). *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. Geneva: WHO; 2000. (WHO technical report series, n. 894).
3. World Health Organization (WHO). *World health statistics*. Geneva: WHO; 2008.
4. Flegal KM, Carroll MD, Ogden CL, Curtin LR. Prevalence and trends in obesity among US adults, 1999-2008. *JAMA* 2010; 303(3): 235-241.

5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009**: antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
6. World Health Organization (WHO). **Obesity: preventing and managing the global epidemic – report of a WHO consultation on obesity**. Geneva: WHO; 1997.
7. Puglia CR. Indicações para o tratamento operatório da obesidade mórbida. **Rev Assoc Med Bras** 2004; 50(2): 109-126.
8. Dixon JB. The effect of obesity on health outcomes. **Molecular and Cellular Endocrinology** 2010; 316 (2): 104-108.
9. Garrido Junior AB. Cirurgia em obesos mórbidos: experiência pessoal. **Arq Bras Endocrinol** 2000; 44 (1): 106-113.
10. Carvalho JEQ. Risco de doenças e custos da obesidade. In: Silva RS, Kawara NT, organizadores. **Cuidados pré e pós operatórios na cirurgia da obesidade**. Porto Alegre: AGE; 2005. p. 34-45.
11. The WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. **Social Science and Medicine** 1998; 46(12): 1569-1585.
12. Felce D, Perry J. Quality of life: its definition and measurement. **Res Dev Disabil**. 1995; 16 (1): 51-74.
13. Pachoal SMP. **Qualidade de vida do idoso: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião** [dissertação]. São Paulo (SP): Faculdade de Medicina da USP; 2000.
14. Ferrans CE, Powers MJ. Quality of life Index: development and psychometricsproperties. **Advances in Nursing Science** 1985; 8:15-24.
15. Van Gemert WG, Adang EM, Greve JW, Soeters PB. Quality of life assessment of morbidly obese patients: effect of weight-reducing surgery. **Am J Clin Nutr** 1998; 67(2): 197-201.
16. Tsai WL, Yang CY, Lin SF, Fang FM. Impact of obesity on medical problems and quality of life in Taiwan. **Am J Epidemiol** 2004; 160(6): 557–565.
17. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Critério de classificação econômica Brasil. [acessado em 2012 jun 04]. Disponível em: http://www.abep.org/codigosguias/ABEP_CCEB.pdf.
18. Fleck MPA, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação da

- qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Rev Bras Psiquiatr* 1999; 21(1): 19-28.
19. Baptista MN, Vargas JF, Baptista ASD. Depressão e qualidade de vida em uma amostra brasileira de obesos mórbidos. *Aval. psicol* 2008; 7(2): 235-247.
20. Ciconelli RM. *Tradução para o português e validação do Questionário Genérico de Avaliação de Qualidade de Vida "Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey (SF-36)* [tese]. São Paulo (SP): Escola Paulista de Medicina; 1997.
21. Wee HL, Cheung YB, Li SC, Fong KY, Thumboo J. The impact of diabetes mellitus and other chronic medical conditions on health-related quality of life: is the whole greater than the sum of its parts? *Health Qual Life Outcomes* 2005; 3:2.
22. Brilmann M, Oliveira MS, Thiers VO. Avaliação da Qualidade de vida relacionada à saúde na obesidade. *Cad. Saúde Colet.* 2007; 15(1): 39-54.
23. Hurt RT, Kulisek C, Buchanan LA, McClave SA. The obesity epidemic: challenges, health initiatives, and implications for gastroenterologists. *Gastroenterol Hepatol* 2010; 6: 780–792.
24. Lier HO, Biringer E, Hove O, Stubhaug B, Tangen T. Quality of life among patients undergoing bariatric surgery: associations with mental health- A 1 year follow-up study of bariatric surgery patients. *Health Qual Life Outcomes* 2011; 9: 9-79.
25. Pristed SG, Fromholt J, Kroustrup JP. Relationship Between Morbidly Obese Subjects' Attributions of Low General Well-being, Expectations and Health-Related Quality of Life: Five-year Follow-up After Gastric Banding. *Appl Res Qual Life.* 2012; 7(3): 281-294.
26. Xavier MAF, Ceneviva R, Terra Filho J, Sankarankutty AK. Pulmonary function and quality of life in patients with morbid obesity six months after bariatric surgery. *Acta Cir. Bras.* 2010; 25(5): 407-415.
27. Mokdad AH, Ford ES, Bowman BA, Dietz WH, Vinicor F, Bales VS, Marks JS. Prevalence of obesity, diabetes, and obesity-related health risk factors, 2001. *JAMA* 2003; 289(1): 76-79.
28. Larsson U, Karlsson J, Sullivan M. Impact of overweight and obesity on health-related quality of life—a Swedish population study. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2002; 26(3): 417–24.
29. Lean MEJ, Han TS, Seidell JC. Impairment of Health and Quality of Life Using New US Federal Guidelines for the Identification of Obesity. *Arch Intern Med.* 1999; 159(8): 837-843.

30. Meirelles BHS, Arruda C, Simon E, Vieira FMA, Cortezi MDV, Natividade MSL. Condições associadas à qualidade de vida dos idosos com doença crônica. **Cogitare Enferm** 2010; 15(3): 433-40.
31. Katz DA, McHorney CA, Atkinson RL. Impact of obesity on health-related quality of life in patients with chronic illness. **J Gen Intern Med.** 2000; 15: 789–796.
32. Fontaine KR, Cheskin LJ, Barofsky I. Health-related quality of life in obese persons seeking treatment. **J Fam Pract** 1996; 43(3): 265-270.
33. Wigton RS, McGaghie WC. The effect of obesity on medical students' approach to patients with abdominal pain. **J Gen Intern Med.** 2001; 16: 262–265.
34. Department of Health and Ageing. National Strategy for an Ageing Australia An Older Australia, Challenges and Opportunities for all. Commonwealth of Australia, Canberra; 2001.
35. Peytremann-Bridevaux I, Santos-Eggimann B. Health correlates of overweight and obesity in adults aged 50 years and over: results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). Obesity and health in Europeans aged > or = 50 years. **Swiss Med Wkly.** 2008; 138(17-19): 261–266.
36. Zabelina DL, Erickson AL, Kolotkin RL, Crosby RD. The effect of age on weight-related quality of life in overweight and obese individuals. **Obesity** (Silver Spring) 2009; 17: 1410–1413.
37. Soltoft F, Hammer M, Kragh N. The association of body mass index and health-related quality of life in the general population: data from the 2003 Health Survey of England. **Qual Life Res.** 2009; 18(10): 1293–1299.
38. Vincent HK, Vincent KR, Lamb KM. Obesity and mobility disability in the older adult. **Obes Rev.** 2010; 11(8): 568–579.
39. Zhao G, Ford ES, Dhingra S, Li C, Strine TW, Mokdad AH. Depression and anxiety among US adults: associations with body mass index. **Int J Obes.** 2009; 33(2): 257-266.
40. Gaspar T, Matos MG, Ribeiro JLP, Leal I. Qualidade de vida e bem-estar em crianças e adolescentes. **Rev. bras.ter. cogn.** 2006; 2(2): 47-60.
41. Gordia AP, Quadros TMB, Campos W. Variáveis sociodemográficas como determinantes do domínio meio ambiente da qualidade de vida de adolescentes. **Ciênc. saúde coletiva.** 2009; 14(6): 2261-2268.

6. ARTIGO 2: ACESSIBILIDADE DE PESSOAS COM OBESIDADE MÓRBIDA

6.1. RESUMO

Este estudo objetivou compreender a experiência vivenciada por pessoas com obesidade mórbida, quanto à acessibilidade, explorando os aspectos referentes ao ambiente, a autonomia e a segurança, no município de Jataí, Goiás. Realizou-se um estudo descritivo exploratório, de natureza qualitativa com análise de dados baseado na Teoria Fundamentada nos Dados. Participaram desta investigação cinquenta indivíduos, sendo a maioria do sexo feminino, entre 20 a 69 anos e de nível de escolaridade e socioeconômico variado. A coleta de dados foi conduzida por meio da entrevista semiestruturada. Emergiram das análises, cinco categorias: atividades diárias prejudicadas, problemas com o espaço ambiental e os serviços, impactos das restrições espaciais nas inter-relações sociais, enfrentamento do estresse e cobranças para a inclusão social. Conhecer as dificuldades dessas pessoas é importante para melhorar as políticas públicas, definir projetos de ambientes mais acessíveis, possibilitando melhorias na qualidade de vida.

Palavras-chave: Obesidade mórbida. Limitação da mobilidade. Estruturas de acesso

6. ARTICLE 2: ACCESSIBILITY OF PEOPLE WITH MORBID OBESITY

6.1. ABSTRACT

This study aimed to understand the lived experience of people with morbid obesity, as accessibility, exploring aspects related to the environment, autonomy and security in Jataí, Goiás. We conducted a descriptive, exploratory qualitative analysis data based on Grounded Theory. The sample consisted of fifty individuals, mostly female, between 20-69 years and with educational and socioeconomic levels varied. Data collection was conducted through semi-structured interviews. Five categories were emerged from the analysis: impaired daily activities, problems with space and environmental services, impacts of restrictions on inter-social relationships, coping with stress and demands for social inclusion. Knowing the difficulties of these people is important to improve public policy, defining more accessible environment projects, enabling improvements in quality of life.

Keywords: Morbid obesity. Mobility limitation. Architectural accessibility

6. ARTÍCULO 1: ACCESIBILIDAD DE PERSONAS CON OBESIDAD MÓRBIDA

6.1.RESUMEN

Este estudio objetivó comprender la experiencia vivenciada por personas con obesidad mórbida, en relación a la accesibilidad, explorando los aspectos referentes al ambiente, la autonomía y la seguridad, en el municipio de Jataí, Goiás. Se realizó un estudio descriptivo exploratorio, de naturaleza cualitativa con análisis de datos basado en la Teoría Fundamentada en los Datos. Participaron de esta investigación cincuenta individuos, siendo la mayoría del sexo femenino, entre 20 a 69 años y de nivel de escolaridad y socioeconómico variado. La recogida de datos fue conducida por medio de la encuesta semiestructurada. Emergieron de los análisis, cinco categorías: actividades diarias perjudicadas, problemas con el espacio ambiental y los servicios, impactos de las restricciones espaciales en las interrelaciones sociales, enfrentamiento del estrés y pedido para la inclusión social. Conocer las dificultades de esas personas es importante para mejorar las políticas públicas, definir proyectos de ambientes más accesibles, posibilitando mejoras en la calidade de vida.

Palabras clave: Obesidad mórbida. Limitación de la movilidad. Estructuras de acceso

6.2. INTRODUÇÃO

A obesidade é uma doença crônica resultante do acúmulo excessivo de gordura corporal, no qual o ganho calórico supera o gasto. É considerada a doença do século XXI, tornando-se um problema de saúde pública, ganhando importância entre os profissionais da saúde, o governo e a população em geral ¹.

A obesidade mórbida, definida pelo índice de massa corpórea igual ou superior a quarenta kilogramas por metro quadrado, está relacionada com mortalidade aumentada e ocorrência de diversas comorbidades, como diabetes, dor músculo-esquelética, hipertensão, apneia obstrutiva do sono, doença cardíaca, acidente vascular cerebral e câncer ². Estima-se que cerca de duzentas mil pessoas morrem anualmente na América Latina em decorrência dessas comorbidades associadas à obesidade ³.

Essas pessoas podem apresentar também, incapacidades e prejuízos na funcionalidade de seu corpo, como por exemplo, dificuldades para realizar tarefas diárias simples (andar, subir escadas, dirigir, vestir) ⁴. De acordo com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) ⁵, desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), funcionalidade engloba todas as funções do corpo, atividades e participação; sendo que incapacidade é um termo que inclui deficiências, limitação de atividades ou restrição na participação.

A pessoa com obesidade mórbida, além de apresentar comorbidades, enfrenta algumas dificuldades no uso do espaço urbano. As maiores dificuldades enfrentadas se referem ao deslocamento destas pessoas em diversos ambientes, como restaurantes, cinemas, parques, teatros, serviços de saúde, transportes coletivos que, muitas vezes, é limitado, devido à presença de barreiras relacionadas à acessibilidade.

A acessibilidade é definida pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) ⁶ como “possibilidade e condição de alcance, percepção e entendimento para a utilização com segurança e autonomia de edificações, espaço, mobiliário, equipamento urbano e elementos”. Segundo Bins Ely ⁷, propiciar acessibilidade é estender a inclusão e a participação na sociedade, a todas as pessoas, independente de suas limitações, possibilitando-lhes pleno acesso aos mais variados lugares.

Porém, essas pessoas ao se locomoverem no espaço urbano, encontram obstáculos que podem representar tanto um desafio a ser superado quanto um cansaço desestimulante em seus movimentos reduzidos, dificultando-lhes usufruir, com prazer, dos lugares que frequentam ⁸.

A presença de barreiras arquitetônicas, como presença de escadas, degraus altos, banheiros não adaptados, transporte público inadequado, buracos nas vias públicas, impedem o exercício mais básico dos direitos de qualquer cidadão, de deslocar-se livremente ⁹.

Além desses obstáculos, os obesos sofrem com muitos problemas relacionados à usabilidade de produtos, normalmente inadequados à sua condição física. Esses indivíduos, principalmente os obesos mórbidos, apresentam dificuldades na utilização de mobiliários, roupas, equipamentos médico-hospitalares (aparelhos de tomografia e produtos para reabilitação, como cadeiras de rodas, cadeiras de banho, andadores, macas, dentre outros) ¹⁰.

Nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) são muitas as dificuldades em dispor de estruturas adequadas aos portadores de necessidade especiais, muitas vezes, por utilização de edificações que foram adaptadas. Considerando as construções mais recentes e projetadas para abrigar UBS, elas ainda são alvos de reclamações dos usuários por apresentarem condições insatisfatórias que não garantem a eles o livre acesso ¹¹.

Por isso, um espaço construído com barreiras, pode dificultar a essas pessoas uma vida cotidiana ativa. Assim, muitas das limitações e das incapacidades destas pessoas não se devem à falta de habilidade de se adaptarem ao ambiente, mas a problemas do espaço construído para abrigar diversidades ⁸.

Tendo em vista que toda pessoa tem direito ao acesso à educação, à saúde, ao lazer e ao trabalho, a existência de barreiras arquitetônicas no espaço urbano pode resultar em segregação e comprometer a qualidade de vida de pessoas com obesidade mórbida. Assim, compreender como essas pessoas utilizam o espaço, suas dificuldades e como elas o percebem, possibilita conhecer aspectos da acessibilidade que podem ser melhorados.

Diante deste contexto, o presente estudo teve como objetivo compreender a experiência vivenciada por pessoas com obesidade mórbida, usuárias da atenção primária do Sistema Único de Saúde, quanto à acessibilidade, explorando os aspectos referentes ao ambiente, a autonomia e a segurança.

6.3. MÉTODO

6.3.1. Desenho do Estudo

Foi conduzido um estudo descritivo exploratório de natureza qualitativa, com análise dos dados baseado na Teoria Fundamentada nos Dados (Grounded Theory), originalmente desenvolvida por Glaser; Strauss em 1967, na sua adaptação proposta por Charmaz. A *Grounded Theory* é um tipo de pesquisa que se propõe a desenvolver uma teoria que emerge dos dados em uma perspectiva do método indutivo, ao invés de testar uma hipótese previamente estabelecida, e tem se firmado como opção metodológica para produzir conhecimento científico acerca do significado ou da percepção de algum objeto ou contexto para os indivíduos que interagem com ele ¹².

6.3.2. Local do estudo

Esta pesquisa foi realizada no município de Jataí, Goiás, situado no sudoeste goiano, a 327 km da capital estadual Goiânia, e conta com treze Unidades Básicas de Saúde (UBS). Os participantes selecionados foram os que buscaram tratamento no Programa de Atenção à Hipertensão e Diabetes (PAHD), localizado na UBS Avenida Goiás, e no Núcleo de Apoio e Saúde da Família (NASF) cadastrado na UBS do Conjunto Rio Claro.

6.3.3. Participantes

Inicialmente foram selecionados 67 usuários por meio da análise de prontuários. Destes 67, ocorreram cinco perdas (não foram encontrados) e doze exclusões (recusaram participar). Desta forma, fizeram parte da amostra cinquenta usuários que buscaram tratamento, no período de junho a agosto de 2012, sendo onze deles provenientes do PAHD (Anexo C) e 39 atendidos por nutricionistas do NASF (Anexo D).

Os critérios de inclusão foram: pessoas com IMC $\geq 40 \text{ kg/m}^2$, com idade maior ou igual a 18 anos, usuários do Sistema Único de Saúde do município de Jataí, Goiás que estavam frequentando o PAHD e o NASF. Os critérios de exclusão foram:

peças que apresentassem históricos de sintomas psiquiátricos graves, relatados nos prontuários.

6.3.4. Procedimentos e instrumentos

O contato inicial com os participantes foi estabelecido por meio do agendamento de visita domiciliar, via telefone, de acordo com a disponibilidade de horário de cada um. Os dados foram coletados no domicílio, no período de junho a agosto de 2012.

A coleta de dados foi conduzida por meio da entrevista. A entrevista qualitativa, ao privilegiar a fala dos sujeitos pesquisados, permite compreender a realidade humana por meio de discursos, no qual podem ser reveladas condições de vida, opiniões, crenças, maneiras de sentir e perspectivas para o futuro ¹³.

Foram utilizados para esta análise três instrumentos: Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) (Anexo E), entrevista semiestruturada (Apêndice D) e Prontuários Clínicos. O CCEB é um instrumento proposto pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) ¹⁴, que utiliza levantamento de características domiciliares, com nove itens referentes a bens materiais e itens que avaliam o grau de instrução do chefe de família, com o intuito de classificar a população em termos de classes econômicas, sendo A o mais alto e E o mais baixo.

A entrevista semiestruturada, elaborada pela pesquisadora foi constituída de questões relacionadas a aspectos quanto à acessibilidade de pessoas com obesidade mórbida, e abordou situações vivenciadas por essas pessoas compreendendo as dificuldades encontradas por elas ao se locomoverem em diferentes lugares no dia-a-dia (restaurantes, parques, cinema etc).

Todas as entrevistas foram registradas com gravador de áudio digital e posteriormente transcritas na íntegra. Elas tiveram duração que variou entre trinta e quarenta minutos. Na transcrição das entrevistas, cada indivíduo foi identificado por um número, garantindo sigilo absoluto dos dados.

As transcrições foram analisadas de acordo com a Teoria Fundamentada nos Dados (*Grounded Theory*). Segundo Strauss e Corbin ¹⁵, a *Grounded Theory* tem como objetivo gerar uma teoria ou modelo conceitual que explique um fenômeno social ou psicológico por meio da análise de dados, a fim de formular explicações próximas da realidade. Os dados passam por um ordenamento conceitual, isto é,

uma organização em categorias que tenham características de conceitos; um conjunto de conceitos integrados por meio de declarações de relações entre si que constituem uma explicação do fenômeno investigado.

6.3.5. Análise dos dados

A análise de dados foi baseada no conjunto de princípios descritos por Charmaz ¹², que se organizam por codificações. A codificação foi realizada nomeando os dados por meio de categorias que resumem e representam cada dado.

Após realizar as transcrições das entrevistas, a análise ocorreu por etapas. A primeira etapa foi a *Codificação inicial*, examinando cada entrevista, linha por linha, identificando os códigos. Na etapa seguinte, a *Codificação focalizada*, os códigos foram agrupados um a um por suas similaridades e suas diferenças, formando, assim, as categorias. As categorias receberam nomes mais abstratos que os códigos, de modo a permitir o agrupamento de conceitos menos abstratos ⁶.

Na próxima etapa, na *Codificação teórica*, as categorias foram reorganizadas, identificando as relações entre elas. A última etapa, denominada redação do manuscrito, permitiu uma integração entre os dados coletados e a literatura pertinente ao estudo ¹⁶.

6.3.6. Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi encaminhado e apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás), à qual a pesquisadora está vinculada, e aprovado sob o protocolo de número 35553/2012 (Anexo H). Este trabalho cumpriu integralmente os princípios éticos contidos na *Declaração de Helsinki* (2000), além do atendimento à legislação específica deste país Resolução nº. 196 de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde.

6.4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Fizeram parte do estudo cinquenta participantes, sendo a maioria do sexo feminino (86%), com idade entre 20 e 39 anos (60%), e 50% deles possuíam ensino

médio. O estrato socioeconômico mais prevalente foi o C (66%) conforme o Critério de Classificação Econômica Brasil ¹⁴.

Por meio da análise das entrevistas, emergiram cinco categorias que representam a perspectiva dos indivíduos quanto aos problemas de acessibilidade existentes: atividades diárias prejudicadas, problemas com o espaço ambiental, impacto das restrições espaciais nas inter-relações sociais, tentativas de contornar os problemas e cobranças para a inclusão social.

6.4.1. Atividades diárias prejudicadas

Essa categoria foi construída a partir do relato de pessoas com obesidade mórbida, quanto às dificuldades que apresentaram para o desenvolvimento de atividades diárias, resultantes do comprometimento físico ocasionado pelo excesso de peso, que acarreta em dificuldades na locomoção.

Quanto às *dificuldades na locomoção*, alguns entrevistados relataram cansaço, dispnéia, problemas na coluna vertebral, no joelho e dores nas pernas. Em relação às *dificuldades ao realizar atividades diárias*, muitos relataram dificuldades para limpar ou varrer a casa, no agachar ou levantar para pegar algum objeto no chão; dificuldades quanto à higiene pessoal, no banho, para alcançar e lavar os pés; dificuldades para calçar ou amarrar os cadarços dos sapatos.

“[...] eu começo assim a locomover e já fico sem fôlego e logo surge aquele cansaço que eu tenho que parar, e eu fico suando frio! [...] eu não estou dando conta de me curvar por causa do peso e estou sentindo muita dor, muita dor nas pernas [...]” (E 14)

“[...] a gente tem dificuldade pra agachar, pra pegar alguma coisa no chão, pra limpar uma casa, pra sentar em lugares baixos, pra amarrar um sapato, calçar [...] é muito complicado nesses momentos.” (E 27)

Diante das dificuldades apresentadas, Kyrou et al. ¹⁷ afirmaram que a obesidade pode gerar comprometimento físico, ocasionado pelo excesso de peso, e a pessoa pode apresentar dificuldades ao realizar atividades diárias simples. Amaral et al. ¹⁸, em seu estudo com pessoas com deficiências ou restrição permanente de mobilidade, constataram que as principais limitações das atividades estavam

relacionados com a mobilidade, como por exemplo, dificuldades em andar, levantar e carregar objetos.

Provavelmente, problemas osteomusculares e articulares, associados a outras doenças crônicas, podem explicar as limitações de mobilidade, a fadiga, a dispneia, e a redução de diferentes tipos de trabalho ¹⁹. Segundo Zoico et al. ²⁰, quanto maior o IMC e a gordura corporal, maior a probabilidade de limitação funcional.

6.4.2. Problemas com o espaço ambiental e os serviços

Essa categoria reuniu algumas barreiras que foram relatadas, *como barreiras arquitetônicas, barreiras ergonômicas, dificuldades no transporte público e prejuízos nos serviços de saúde*, que muitas vezes impedem o acesso das pessoas em alguns lugares, fazendo com que muitas delas se ausentem deles.

As *barreiras arquitetônicas* referem-se, à presença de escadas, de buracos nas calçadas, ao dimensionamento de espaços, como sanitários, portas, por serem muito estreitos. As *barreiras ergonômicas* se referem às dimensões de determinados mobiliários, equipamentos que não condizem com as necessidades dessas pessoas, como a dimensão de cadeiras.

“[...] é calçadas que dificulta mais pra gente, porque tem muito buraco, calçada quebrada, raiz de árvore que fica alta e às vezes pode tropeçar [...]” (E 10)

“[...] vamos supor, você chega num lugar num tem uma cadeira, você tem que por duas pra você sentar... eles num tem a cadeira suficiente pra você, do seu peso [...]” (E 30)

Em relação às *dificuldades no transporte público*, os obstáculos foram quanto à dimensão de catracas e aos degraus altos, que causam impactos negativos para as pessoas. Muitos motoristas, também, não têm paciência para esperar a pessoa passar pela porta do fundo, e elas acabam, passando pela catraca, gerando constrangimentos.

“Às vezes o coletivo, eu uso, mas é complicado porque é muito difícil pra subir nele, pra passar naquela catraca porque é muito apertada e, além disso, quando a gente entra no ônibus o motorista já sai com pressa e joga a gente daqui e dali e até você chegar no banco e estar desocupado é difícil” (E 14)

Os *prejuízos nos serviços de saúde* também foram relatados pelos entrevistados. As percepções nos serviços de saúde se referiam ao local de espera nos atendimentos e dificuldades ao enfrentar filas; dificuldades com cadeiras e equipamentos - médico hospitalares.

“[...] quando a gente vai num lugar que a maca é fininha, a gente fica sobrando fora da maca, porque a maca é meio pequena [...]” (E 36)

“[...] a balança que tem nos postos de saúde, que é aquela manual, não pesa a gente [...]” (E 1)

Hammnel et al. ²¹, avaliaram barreiras ambientais vividas por pessoas que sofreram Acidente Vascular Cerebral (AVC), e foi verificado que barreiras físicas, existentes nos banheiros, nos sistemas de transportes, constituem obstáculos à participação dessas pessoas na comunidade.

Com isso, os projetos de urbanização das vias públicas, dos parques e demais espaços deveriam ser executados de forma a garantir o direito de movimentar-se, com segurança tanto a pessoas idosas quanto àquelas com mobilidade reduzida e às portadoras de necessidades especiais ⁹.

Em relação à inadequação das calçadas, é importante que estas sejam devidamente planejadas. Em um estudo ⁹, realizado sobre avaliação da estrutura física das UBS em sete estados do Brasil, foi constatado que para 66,7% dos entrevistados, não havia calçadas que garantissem o deslocamento seguro das pessoas, constituindo, assim, barreiras para as pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida.

Quanto às inadequações nos sanitários, a lei 10.098 de 19 de dezembro de 2000 ²², garante a construção de sanitários adaptados para pessoas com deficiências, em repartições públicas e sua adequada manutenção.

O Decreto 5296 de 2 de dezembro de 2004 ²³, dispõe sobre a obrigatoriedade de acessibilidade no meio urbano e nas edificações, de forma a permitir que todas as pessoas possam se deslocar por intermédio de um sistema de transporte acessível e seguro. De acordo com o artigo 35, é assegurado a pessoas portadoras de necessidades especiais ou com mobilidade reduzida, assentos preferenciais e meios de acesso devidamente sinalizados. Porém, não são especificados quanto à dimensão de catracas e quanto aos degraus. Se é garantido um sistema de

transporte acessível e seguro, deveria haver uma avaliação quanto a este aspecto, para que essas pessoas conseguissem passar livremente pela catraca, sem obstáculos e sem humilhações.

Quanto aos equipamentos médico-hospitalares, com finalidades de reabilitação, se causar desconforto, podem prejudicar a recuperação do paciente, ou gerar acidentes. Paschoarelli et al. ²⁴ relataram que o principal problema de usabilidade e acessibilidade dos obesos está relacionado ao dimensionamento dos equipamentos e produtos, geralmente produzidos para a faixa média da população, desconsiderando, conseqüentemente, grupos específicos. Cardoso ²⁵ alerta que a difusão da ergonomia hospitalar é ainda pequena e muito restrita à atividade do profissional que trabalha em hospitais.

Em relação aos horários e atendimentos nas UBS, o estudo realizado por Escorel et al. ²⁶ em dez capitais, com PSF implantado, revelou, a partir do acompanhamento de usuários aos serviços, a existência de barreiras de acesso decorrentes de horários inadequados. Os resultados indicaram a necessidade de repensar horários de funcionamento das unidades. Vale dizer que a acessibilidade aos serviços de saúde representa um importante componente do sistema de saúde no momento em que se efetiva o processo de busca e obtenção do cuidado.

6.4.3. Impacto das restrições espaciais nas inter-relações sociais

A falta de oportunidade oferecida pelos ambientes faz com que muitas pessoas fiquem reclusas em casa, não tendo estímulo e nem ânimo para sair; são vítimas constante de piadinhas, além de serem culpadas pelo excesso de peso. Pôde-se perceber, durante as análises, que os entrevistados apresentaram alguns *prejuízos psicossociais*.

Quanto aos *prejuízos psicossociais*, emergiram das falas dos entrevistados, o isolamento, a estigmatização e a exclusão social:

“[...] quase num gosto muito de sair de casa pra esses lugares, a gente já sabe a dificuldade, então você já fica mais em casa. No momento você vai ficando preso em casa pela falta de oportunidade que tem lá fora, não é porque a gente quer, então vai ficando mais em casa [...]” (E 6)

“[...]as pessoas acham que a gente é gordo porque quer, é porque come muito, e isso aí nem sempre é verdadeiro porque come muito... então assim, a gente encontra muitas dificuldades, muita discriminação e é muito ruim, muito triste [...]” (E 27)

As barreiras no ambiente construído podem gerar consequências para adultos, relacionadas às deficiências ou limitações de atividade, como o medo, a insegurança, que refletem no isolamento social ²⁷.

Lewis et al. ²⁸, em um estudo qualitativo australiano, com 141 pessoas obesas, relataram experiências estigmatizantes. Dentre os relatos, estavam as dificuldades em utilizar os transportes públicos; a humilhação diária e a angústia causada pelos assentos no local de trabalho; a frustração nas instituições de saúde que não ofereciam assentos apropriados. Verificaram-se, com o estudo, as diversas experiências de preconceito e discriminação enraizadas na cultura das pessoas.

Essas dificuldades relatadas podem trazer experiências frustrantes às pessoas com obesidade, que ocorrem frequentemente no contexto de relações pessoais com a família, com amigos e com colegas de trabalho ²⁹. Rugseth ³⁰ afirma que a obesidade pode ser percebida para essas pessoas, como um fenômeno individual experiente, contextualmente condicionada pela troca mútua com outras pessoas em relação ao tempo e aos lugares.

6.4.4. Enfrentamento do estresse

A forma que os entrevistados encontraram para contornar os problemas causados pela obesidade e impostos pelo ambiente, foi pedir *auxílio a alguém mais próximo* na realização de atividades diárias ou *evitar utilizar o transporte coletivo*, optando por outro meio de transporte, como o carro, que garantisse maior segurança e/ou conforto:

“ Preciso muito de ajuda, até minhas colegas de serviço me ajudam. Muitas vezes, em casa, quando eu preciso agachar e pegar alguma coisa no chão, é meu netinho que me ajuda, ou o meu menino. Até na hora de arrumar a casa, que precisa afastar o sofá, alguém precisa de me ajudar por causa do peso [...]” (E 6)

“[...] antes de ter o carro eu ia de coletivo, eu achava difícil andar de coletivo, mais hoje nós temos carro próprio, num tem dificuldade [...]” (E 11)

Vê-se, portanto, que, diante das circunstâncias e dificuldades relatadas, o uso do carro próprio foi a maneira encontrada para amenizar o problema, evitando, assim, transtornos e constrangimentos ocasionados pelo transporte público coletivo. Porém esse fato ainda constitui obstáculo, uma vez que nem todos têm condição financeira para aquisição de um carro.

Amaral et al.¹⁸, em um estudo realizado em João Pessoa, verificaram que, para as pessoas com deficiência física ou mobilidade reduzida, a presença de barreiras era um dos motivos para recorrerem ao carro alugado, pois esse foi o meio utilizado por essas pessoas, para o seu deslocamento até os serviços de saúde. Porém, como a maioria dos participantes ganha, no máximo, um salário mínimo mensal, este fator pode tornar-se mais um obstáculo para o deslocamento.

6.4.5. Cobranças para a inclusão social

A maioria dos entrevistados relatou o que poderia ser feito para melhorar a acessibilidade, referindo-se a melhorias quanto ao dimensionamento de cadeiras; ao dimensionamento de espaços; melhorias na acessibilidade aos serviços de saúde.

Em relação às *adequações arquitetônicas*, alguns entrevistados citaram melhorias quanto às adequações de rampas, de sanitários. Quanto às *adequações ergonômicas*, existe a necessidade de melhorar o dimensionamento de cadeiras. Foi sugerido também *adequações nos serviços de saúde*, como melhorias quanto ao dimensionamento de cadeiras, de equipamentos, a fim de garantir maior conforto e segurança aos usuários.

“[...] os banheiros também tinham que ser acessíveis a cadeirante, à pessoas com dificuldade como eu tenho, tinha que ter aqueles espaço também pras cadeiras de roda, porque tem muitos lugar que que não tem espaço pra cadeira de roda como no cinema, no teatro, que deixa muito a desejar [...]” (E 24)

“[...] tinha que melhorar no modo de fabricar as coisas, vamos supor, você vai num lugar e não tem cadeira que dá pra você sentar, então, eles têm que ver esse jeito de planejarem alguma coisa” (E 1)

Os entrevistados consideraram também necessário a *criação de atendimentos especializados* para o tratamento da obesidade, com a criação de um programa específico, constituído de uma equipe multiprofissional:

“[...] nos postos de saúde é não deixar a gente na fila, é colocar cadeiras adequadas pra gente sentar, maca pra carregar a pessoa mais pesada, porque a gente fica com medo de deitar e elas não aguentar o peso. Eu geralmente pergunto: será que isso vai aguentar quantos quilo? Porque vai que você deita, e cai de lá. Nós temos que ter segurança [...]” (E 15)

Muitos relataram a necessidade de melhorias quanto à acessibilidade em diversos locais. A NBR 9050:2004 assegura a destinação de espaços e assentos para pessoas com mobilidade reduzida, nos locais de reunião pública (cinemas, teatros) e locais de esporte, lazer e turismo, que devem conter especificações quanto à largura, resistência e espaço livre frontal ⁶. Porém, a aplicação dessas normas ainda é ineficiente.

Outra questão requerida foi a criação de atendimentos especializados para obesos mórbidos, a qual já se encontra no portal da saúde, a Consulta Pública nº14, de 24 de setembro de 2012 ³¹, que torna pública a minuta de portaria que atualiza as diretrizes para organização da prevenção e do tratamento do excesso de peso e obesidade, como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas.

As melhorias referentes à acessibilidade nos espaços urbanos, como adaptação de transportes públicos, ruas, calçadas, locais de atendimento, como também aumento do número de vagas para assistência e ampliação no quadro de profissionais de saúde, podem garantir uma melhor integralidade na atenção à saúde das pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida ¹⁸.

6.5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As pessoas com obesidade mórbida podem apresentar uma série de comorbidades associadas, além de enfrentarem algumas dificuldades no uso do espaço urbano. Diante disso, neste estudo, foi verificado que as pessoas adultas com obesidade mórbida, que estão inseridas nos serviços públicos de saúde, apresentaram maiores dificuldades no uso da estrutura arquitetônica e ergonômica, como dificuldades quanto ao dimensionamento de portas, sanitários, presença de escadas, e também quanto ao dimensionamento de mobiliários e equipamentos, como cadeiras, macas, além de problemas com o transporte público e nos serviços de saúde.

Sendo assim, é importante que haja consciência a respeito das dificuldades enfrentadas por pessoas com dificuldades de locomoção, como os obesos mórbidos. Seria fundamental, que o plano diretor da cidade fosse sustentável e acessível, para que essas pessoas tivessem direito ao exercício pleno da cidadania, por meio da implantação de equipamentos, transportes, áreas de lazer mais acessíveis, contribuindo como meio de integração ao meio urbano.

Garantir espaços adequados significa aumentar a participação dessas pessoas na comunidade, ao mesmo tempo em que diminui o preconceito e a humilhação a que os obesos são submetidos nestes locais. As pessoas devem ter conforto e segurança em qualquer atividade que venham a desempenhar, por isso disponibilizar assentos acessíveis não é uma necessidade, é um direito.

Diante disso, a importância da acessibilidade nos espaços urbanos pode contribuir para diminuir as barreiras arquitetônicas, ergonômicas, propiciar mudanças de comportamento, melhorar as políticas públicas e proporcionar uma nova abordagem na busca da promoção da saúde e qualidade de vida das pessoas com obesidade mórbida.

6.6. REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Defining the problem of overweight and obesity. In: World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a Who Consultation. Geneva; 2000. p. 241-3. (WHO Technical Report Series, 894).
2. Dixon JB. The effect of obesity on health outcomes. *Mol Cell Endocrinol* 2010; 316:104-8.
3. Garrido Junior AB. Cirurgia em obesos mórbidos: experiência pessoal. *Arq Bras Endocrinol Metab* 2000; 44: 106-10.
4. Alley DE, Chang VW. The Changing Relationship of Obesity and Disability, 1988-2004. *JAMA* 2007; 298: 2020-27.
5. Organização Mundial da Saúde. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. São Paulo: Edusp; 2003.
6. Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 9050: 2004. Acessibilidade de pessoas portadoras de deficiência e edificações, espaço, mobiliário e equipamento urbano. Rio de Janeiro: ABNT; 2004.

7. Bins Ely VHM. Acessibilidade Espacial – Condição Necessária para o Projeto de Ambientes Inclusivos. In: Moraes, Anamaria de, organizadora. Ergodesign do Ambiente Construído e Habitado. Rio de Janeiro: 2AB Editora, p. 17-40, 2004.
8. Cohen R, Duarte CR. As pessoas com dificuldade de locomoção e a construção de uma experiência afetiva do lugar. Anais do III Seminário Internacional Sociedade Inclusiva PUC Minas – Ações inclusivas de sucesso, 2004. Belo Horizonte: Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais; 2004.
9. Siqueira FCV, Facchini LA, Silveira DS, Piccini RX, Thumé E, Tomasi E. Barreiras arquitetônicas a idosos e portadores de deficiência física: um estudo epidemiológico da estrutura física das unidades básicas de saúde em sete estados do Brasil. Cien Saude Colet 2009; 14: 39-44.
10. Lucio CC. Análise da acessibilidade e usabilidade de equipamentos médico-hospitalares para pacientes obesos da cidade de Bauru (SP). [dissertação]. [Bauru (SP)]: Universidade Estadual Paulista; 2007. 110 p.
11. Piccini RX, Facchini LA, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, Rodrigues MAP. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. Cien Saúde Coletiva 2006; 11: 657-67.
12. Charmaz K. A construção da teoria fundamentada: Guia prática para análise qualitativa. Porto Alegre: Artmed; 2009. 272p.
13. Minayo MCS, Deslandes SF, Neto OC, Gomes R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 2011. 108p.
14. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas. Critério de classificação econômica Brasil. http://www.abep.org/codigosguias/ABEP_CCEB.pdf (acessado em 04/Jun/2012).
15. Strauss A, Corbin J. Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento da teoria fundamentada. 2nd Engl. ed. Luciane de Oliveira Rocha, translator. Porto Alegre: Artmed; 2008. 288p.
16. Fonte C. Investigar narrativas e significados: A grounded analysis como metodologia de referência. Revista da Faculdade Humanas e Sociais 2005; 2: 290-97.
17. Kyrou G, Osei-Assibey N, Williams N, Thomas R, Halder L, Taheri S, et al. Self-Reported Disability in Adults with Severe Obesity. J Obes 2011;
18. Amaral FLJS, Holanda CMA, Quirino MAB, Nascimento JPS, Neves RF, Ribeiro KSQS, Alves SB. Acessibilidade de pessoas com deficiência ou restrição permanente de mobilidade ao SUS. Ciênc Saúde Coletiva 2012; 17(7): 1833-40.
19. Rosemann T, Grol R, Herman K, Wensing M, Szecsenyi J. Association between obesity, quality of life, physical activity and health service utilization in primary care patients with osteoarthritis. Int J Behav Nutr Phys Act 2008; 5: 1-8

20. Zoico E, Di Francesco V, Guralnik JM, Mazzali G, Bortolani A, Guariento S, et al. Physical disability and muscular strength in relation to obesity and different body composition indexes in a sample of healthy elderly women. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2004; 28: 234-41.
21. Hammel J, Jones R, Gossett A, Morgan E. Examining barriers and supports to community living and participation after a stroke from a participatory action research approach. *Top Stroke Rehabil* 2006; 13: 43-5.
22. Brasil. Lei nº 10.098 de 19 de dezembro de 2000. Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2000; 20 dez.
23. Brasil. Decreto nº 5.296 de 2 de dezembro de 2004. Regulamenta as Leis nºs 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2004; 3 dez.
24. Paschoarelli LC, Corrêia JA, SILVA JCP. Recomendações para o design ergonômico de equipamentos médico-hospitalares baseadas na análise das atividades ocupacionais e opinião dos profissionais de enfermagem. In: *Anais do P&D DESIGN 2004 - 6º Congresso Brasileiro de Pesquisa e Desenvolvimento em Design*. São Paulo: AenD-BR; 2004.
25. Cardoso VMB. Intervenção ergonômica. In: Moraes, Anamaria; Frisoni, Bianka Cappucci (Org.). *Ergodesign: produtos e processos*. Rio de Janeiro: 2AB; p. 51-84, 2001.
26. Scorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Magalhães R, Senna MCM. Avaliação da implantação do programa saúde da família em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
27. Debnam K, Harris J, Morris I, Parikh S, Shirey L. Durham County Socially Isolated Older Adults: An Action-Oriented Community Diagnosis. University of North Carolina at Chapel Hill School of Public Health, Department of Health Behavior and Health Education; 2002. 82p.
28. Lewis S, Thomas SL, Blood RW, Castle DJ, Hyde J, Komesaroff PA. How do obese individuals perceive and respond to the different types of obesity stigma that they encounter in their daily lives? A qualitative study. *Soc Sci Med* 2011; 73: 1349–56.
29. Puhl RM, Brownell KD. Confronting and coping with weight stigma: an investigation of overweight and obese adults. *Obesity (Silver Spring)* 2006; 14: 1802–15

30. Rugseth, G. Overvekt som livserfaring. Et empirisk-teoretisk kunnskapsbidrag; Oslo: The Medical Faculty, University of Oslo, Norway; 2011.

31. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Consulta Pública nº 14, de 24 de setembro de 2012, que torna pública nos termos do artigo 34, inciso II, e artigo 59 do Decreto nº 4.176, de 28 de março de 2002, minuta de portaria que atualiza as diretrizes para organização da prevenção e do tratamento do excesso de peso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas. <http://www.saude.gov.br/sas> (acessado em 10/Nov/2012).

7. CONCLUSÃO GERAL

A qualidade de vida é um tema que tem sido bastante discutido e abordado em diversos segmentos, que pode revelar detalhes importantes quanto à saúde das pessoas, sendo utilizada como indicador para avaliação da eficácia de determinados tratamentos, além de proporcionar uma melhor percepção das causas delas. O conhecimento nesta área auxilia os profissionais a direcionar ações onde houve maior perda de QV.

Por outro lado, a acessibilidade de pessoas com obesidade mórbida ainda têm sido muito pouco estudada, apesar de estudos que envolvem esta temática poderem contribuir para diminuir as barreiras arquitetônicas e proporcionar uma nova abordagem na busca da promoção da saúde e na melhoria da qualidade de vida dessas pessoas.

O estudo quantitativo foi realizado por meio da avaliação dos instrumentos de qualidade de vida, no qual foi possível verificar a QV em várias dimensões, tais como física, social, emocional, ambiental. Os resultados deste estudo evidenciaram que os maiores prejuízos na qualidade de vida, estiveram relacionados aos domínios meio ambiente, físico, estado geral de saúde e vitalidade.

Além disso, foi verificado na análise das variáveis na qualidade de vida, prejuízo no domínio capacidade funcional para pessoas acima de quarenta anos e prejuízos nos domínios aspectos físicos, dor, aspectos sociais e saúde mental para as mulheres. Esses resultados servem para alerta aos profissionais de saúde quanto à incapacidade funcional nestas pessoas, tendo em vista, que a obesidade está crescendo de forma rápida e acentuada e que as limitações físicas e psíquicas atingirão um maior número de pessoas, para o que serão necessárias medidas para atender a essa nova necessidade.

Quanto à acessibilidade, os resultados indicaram que para o usuário, as maiores dificuldades se referiam ao uso da estrutura arquitetônica e ergonômica, como dificuldades quanto ao dimensionamento de portas, de sanitários, presença de escadas, e também quanto ao dimensionamento de mobiliários e de equipamentos.

É importante salientar que, o desenvolvimento de ambientes e produtos acessíveis, não deve ser considerado como estímulo à doença, mas uma garantia de melhora da qualidade de vida, proporcionando conforto, segurança a essas pessoas para que possam desempenhar suas atividades.

Em termos de legislação, existem vários documentos como normas, leis, decretos, que garantem tais condições, porém ainda faltam iniciativas, políticas que possam de fato colocá-las em prática.

Com esses resultados, pode-se dizer que, se a estrutura arquitetônica não oferece a essas pessoas condições adequadas de acesso em diversos ambientes, conseqüentemente haverá um comprometimento no desenvolvimento das atividades rotineiras, refletindo em redução na sua qualidade de vida.

Por isso, conhecer as dificuldades dessas pessoas é importante para melhorar as políticas públicas nesta área, propiciar mudanças de comportamento, principalmente dos profissionais de saúde, definir projetos de ambientes mais acessíveis, para que tais pessoas tenham oportunidades igualitárias de lazer, de transporte, de saúde, possibilitando, desta forma, melhorias na qualidade de vida.

A pesquisa social que aborda os problemas desse grupo deve ser expandida, assim como deve-se explorar metas para a implantação de soluções flexíveis. Ações prioritárias nessa área devem ser realizadas com planejamento cooperativo entre os três níveis do governo, além de participação de empresários, com desenvolvimento de recursos humanos, capacitações, contribuindo para o desenvolvimento econômico e social.

8. REFERÊNCIAS GERAIS

1. Morel CM. A pesquisa em saúde e os objetivos do milênio: desafios e oportunidades globais, soluções e políticas nacionais. *Ciê. saúde colet.* 2004;9(2):261-270.
2. Pinheiro ARO, Freitas SFT, Corso ACT. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. *Rev Nutr.* 2004;17(4):523-33.
3. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Geneva: World Health Organization; 2000. (WHO technical report series, n. 894). 252p.
4. World Health Organization. World health statistics. Geneva: World Health Organization; 2008.
5. Flegal KM, Carroll MD, Ogden CL, Curtin LR. Prevalence and trends in obesity among US adults, 1999-2008. *JAMA* 2010; 303(3): 235-241.
6. Berghöfer A, Pischon T, Reinhold T, Apovian CM, Sharma AM, Willich SN. Obesity prevalence from a European perspective: a systematic review. *BMC Public Health.* 2008;8:200.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009: antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
8. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic – report of a WHO consultation on obesity. Geneva: World Health Organization; 1997. 158p.
9. Garrido Jr AB, Halpern A, Rodrigues JJG. Cirurgia para obesidade grave: vivência de duas décadas. *Rev Bras Nutr Clín* 2000;15(3):400-405.
10. Pereira LO, Francischi RP, Lancha Júnior AH. Obesidade: hábitos nutricionais, sedentarismo e resistência à insulina. *Arq Bras Endocrinol Metab* 2003;47(2):111-127.
11. Brilmann M, Oliveira MS, Thiers VO. Avaliação da Qualidade de vida relacionada à saúde na obesidade. *Cad. Saúde Colet.* 2007;15(1):39-54.
12. Mannucci E, Petroni ML, Villanova N, Rotella CM, Apolone G, Marchesini G. Clinical and psychological correlates of health-related quality of life in obese patients. *Health Qual Life Outcomes* 2010;23(8):90.
13. Tsai WL, Yang CY, Lin SF, Fang FM. Impact of obesity on medical problems and quality of life in Taiwan. *Am J Epidemiol* 2004;160(6): 557–565.

- 14.Mendonça CP. Práticas alimentares e de atividade física de mulheres obesas atendidas em unidades de saúde pública do município de Niterói: trajetórias e narrativas [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2005.
- 15.Faria BV. Avaliação dos resultados do programa de obesidade mórbida e cirurgia bariátrica do hospital de força aérea do galeão na qualidade de vida dos operados [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Cesgranrio; 2010.
- 16.Morris J, Perez D, McNoe B. The use of quality of life data in clinical practice. *Qual Life Res.* 1998 Jan;7(1):85-91.
- 17.Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saude Publica* 2004;20(Supl. 2):190-198.
- 18.Frenk, J. El concepto y la medición de accesibilidad. *Salud Publica Mexico.*1985;27(5):438-53.
- 19.Siqueira FCV, Facchini LA, Silveira DS, Piccini RX, Thumé E, Tomasi E. Barreiras arquitetônicas a idosos e portadores de deficiência física: um estudo epidemiológico da estrutura física das unidades básicas de saúde em sete estados do Brasil. *Ciênc. saúde colet.* 2009;14:39-44.
- 20.Hazard D. Salvador: cidade repartida. Salvador: Associação Vida Brasil; 2001.
- 21.Amaral FLJS, Holanda CMA, Quirino MAB, Nascimento JPS, Neves RF, Ribeiro Kátia SQS et al. Acessibilidade de pessoas com deficiência ou restrição permanente de mobilidade ao SUS. *Ciênc. saúde colet.* 2012;17(7):1833-1840.
- 22.Lopez R, Hynes HP. Obesity, physical activity, and the urban environment: public health research needs. *Environ Health.* 2006;5:25.
- 23.Cohen R, Duarte CR. As pessoas com dificuldade de locomoção e a construção de uma experiência afetiva do lugar. *Anais do III Seminário Internacional Sociedade Inclusiva PUC Minas – Ações inclusivas de Sucesso; 24-28 maio 2004; Belo Horizonte: Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais; 2004. 14p.*
- 24.Steinfeld E, Duncan J, Cardell P. "Toward a Responsive Environment: The Psychological Effects of Inaccessibility", in Bednar, M. (ed.) *Barrier-free Environments. Community Development Series 33,1.* Dowden, Hutchinson & Ross. Stroudsburg: PN. 1977; p 7-16.
- 25.Preiser W. *Universal Design Handbook.* Boston: McGraw-Hill; 2001. 1216p.
- 26.Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 9050: 2004. *Acessibilidade de pessoas portadoras de deficiência e edificações, espaço, mobiliário e equipamento urbano.* Rio de Janeiro: ABNT; 2004. 102p.
- 27.Brasil. Lei nº 10.098 de 19 de dezembro de 2000. Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de

deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Diário Oficial da União: Brasília; 2000.

28.Creswell JW, PlanoClark VL. Designing and conducting mixed methods research. Thousand Oaks: Sage; 2007.

ANEXOS

ANEXO A - Normas de Instruções aos autores da Revista de Ciência & Saúde Coletiva

Introdução

Ciência & Saúde Coletiva publica debates e textos inéditos sobre análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos inéditos sobre discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central.

A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover a permanente atualização das tendências de pensamento e de práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia. A revista C&SC adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na Rev Port Clin Geral 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, site:<http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine/> ou <http://www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf>. Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

Seções de publicação

Editorial: responsabilidade do(s) editor(es). Este texto deve ter, no máximo, 4.000 caracteres com espaço.

Debate: artigo teórico pertinente ao tema central da revista, que receberá críticas/comentários assinados de até seis especialistas, também convidados, e terá uma réplica do autor principal. O texto deve ter, no máximo, 40.000 caracteres com espaço. Os textos dos debatedores e a réplica terão no máximo de 10.000 caracteres cada um, sempre contando com os espaços.

Artigos temáticos: revisão crítica ou resultado de pesquisas de natureza empírica, experimental ou conceitual sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres. Os de revisão poderão alcançar até 50.000 caracteres. Para uns e outros serão contados caracteres com espaço.

Artigos de temas livres: não incluídos no conteúdo focal da revista, mas voltados para pesquisas, análises e avaliações de tendências teórico- metodológicas e conceituais da área ou das subáreas. Os números máximos de caracteres são os mesmos dos artigos temáticos.

Opinião: texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres.

Resenhas: análise crítica de livro relacionado ao campo temático da revista, publicado nos últimos dois anos, com, no máximo, 10.000 caracteres. Os autores de resenha deverão encaminhar à Secretaria da Revista uma reprodução em alta definição da capa do livro resenhado.

Cartas: crítica a artigo publicado em número anterior da revista ou nota curta, descrevendo criticamente situações emergentes no campo temático (máximo de 5.000 caracteres).

Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui texto e bibliografia. O resumo/abstract e as ilustrações (figuras e quadros) são considerados à parte.

Apresentação de manuscritos

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas as referências inseridas como notas de rodapé e notas explicativas no final do artigo ou pé da página.
2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (www.cienciaesaudecoletiva.com.br) segundo as orientações do menu Artigos e Avaliações. No caso de dúvidas, entrar em contato com a editoria da revista cienciaesaudecoletiva@fiocruz.br.
3. Os artigos submetidos não podem ter sido divulgados em outra publicação, nem propostos simultaneamente para outros periódicos. Qualquer divulgação posterior do artigo em outra publicação deve ter aprovação expressa dos editores de ambos os periódicos. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.
4. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996 e 2000).
5. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que podem identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos que se façam necessários.
6. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade do(s) autor(es).
7. Os artigos publicados serão de propriedade da revista C&SC, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista.
8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão sendo, às vezes, necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções devem estar organizados com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem, e não com numeração progressiva. O resumo/abstract terá no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo-se palavras-chave/ key words). Nele devem estar claros: o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e uma síntese dos resultados e das conclusões do estudo. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo seis palavras-chave. É importante escrever com clareza e objetividade o resumo e as palavras-chave, pois isso facilita a divulgação do artigo e sua múltipla indexação.

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo.

A qualificação como autor deve pressupor:

- a) concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.

2. No final da submissão do artigo, anexar no campo “documento em Word” o artigo completo, contendo os agradecimentos e as contribuições individuais de cada autor na elaboração do texto (ex. LM Fernandes trabalhou na concepção e na redação final e CM Guimarães, na pesquisa e na metodologia).

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura biológica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.
2. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.
3. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações

1. O material ilustrativo da revista C&SC compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo esteja em cor, deve ser convertido para tons de cinza.
2. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, cinco por artigo, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático, quando deverá haver negociação prévia entre editor e autor(es).
3. Todo material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.
4. As tabelas e os quadros devem ser confeccionados no mesmo programa utilizado na 366 Instruções para colaboradores confecção do artigo (Word versões 2003 ou 2007).
5. Os gráficos devem ser gerados em programa de imagem (Corel Draw ou Photoshop) e devem ser enviados em arquivo aberto.
6. Os arquivos das figuras (mapa, por ex. devem ser salvos no (ou exportados para o) formato Corel Draw e inseridas no formato original. Este formato conserva a informação VETORIAL, ou seja, conserva as linhas de desenho dos mapas. Se for impossível salvar nesse formato, os arquivos podem ser enviados nos formatos TIFF ou BMP, que também são formatos de imagem, mas não conservam sua informação vetorial, o que prejudica a qualidade do resultado. Se usar o formato TIFF ou BMP, salvar na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho (lado maior = 18cm). O mesmo se aplica para o material que estiver em fotografia. Caso não seja possível enviar as ilustrações no meio digital, o material original deve ser mandado o em boas condições para reprodução.

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências (somente no arquivo em Word anexado no site).

2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.
3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente daqueles que citam outros tipos de contribuição

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de mais de dois autores, no corpo do texto, deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão et al. Nas referências, devem ser informados todos os autores do artigo.
2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo: ex. 1: ... Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF¹¹; ex. 2: ... Como alerta Maria Adélia de Souza⁴, a cidade... As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.
3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos (<http://www.icmje.org>).
4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>).
5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação. Exemplos de como citar referências

Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (inclua todos os autores)

Lago LM, Martins JJ, Schneider DG, Barra DCC, Nascimento ERP, Albuquerque GL, Erdmann AI. Itinerario terapéutico de los usuarios de una urgencia hospitalar. Cien SaudeColet 2010; 15(Supl.1):1283-1291.

2. Instituição como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. Med J Aust 1996; 164:282-284

3. Sem indicação de autoria

Cancer in South Africa [editorial]. S Afr Med J 1994; 84:15.

4. Número com suplemento

Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. Cad Saude Publica 1993; 9(Supl.1):71-84.

5. Indicação do tipo de texto, se necessário

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. Lancet 1996; 347:1337.

Livros e outras monografias

6. Indivíduo como autor

Cecchetto FR. Violência, cultura e poder. Rio de Janeiro: FGV; 2004. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 2004.

7. Organizador ou compilador como autor

Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Petrópolis: Vozes; 2004.

8. Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis. Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins. Brasília: DILIQ/Ibama; 2001.

9. Capítulo de livro

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. É veneno ou é remédio. Agrotóxicos, saúde e ambiente. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

10. Resumo em anais de congressos

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos

Coates V, Correa MM. Características de adolescentes grávidas em São Paulo. In: Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência; 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.

12. Dissertação e tese

Carvalho GCM. O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001 [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana – BA [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001. Outros trabalhos publicados

13. Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. Jornal do Brasil 2004; 31 jan. p. 12.

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. The Washington Post 1996 Jun 21; Sect. A:3 (Col. 5).

14. Material audiovisual

HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

15. Documentos legais

Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União 1990; 19 set.

Material no prelo ou não publicado

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. N Engl J Med. In press 1996.

Cronenberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. Arq Bras. Oftalmol. No prelo 2004.

Material eletrônico**16. Artigo em formato eletrônico**

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. Emerg Infect Dis [serial on the

Internet] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. Arq Bras Oftalmol [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. Monografia em formato eletrônico

CDI, clinical dermatology illustrated [CDROM]. Reeves JRT, Maibach H. MEA Multimedia Group, producers. 2nd ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational; 1993.367

ANEXO B - Normas de Instruções aos autores do Caderno de Saúde Pública

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico que contribuam ao estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins. Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções abaixo antes de submeterem seus artigos a CSP.

1. CSP ACEITA TRABALHOS PARA AS SEGUINTE SEÇÕES:

- 1.1 - Revisão:** revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva (máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações);
- 1.2 - Artigos:** resultado de pesquisa de natureza empírica, experimental ou conceitual (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);
- 1.3 - Comunicação Breve:** relatando resultados preliminares de pesquisa, ou ainda resultados de estudos originais que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);
- 1.4 - Debate:** artigo teórico que se faz acompanhar de cartas críticas assinadas por autores de diferentes instituições, convidados pelas Editoras, seguidas de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);
- 1.5 - Fórum:** seção destinada à publicação de 2 a 3 artigos coordenados entre si, de diferentes autores, e versando sobre tema de interesse atual (máximo de 12.000 palavras no total). Os interessados em submeter trabalhos para essa seção devem consultar o Conselho Editorial;
- 1.6 - Perspectivas:** análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva, em geral a convite das Editoras (máximo de 1.200 palavras);
- 1.7 - Questões Metodológicas:** artigo completo, cujo foco é a discussão, comparação e avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados ou métodos qualitativos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);
- 1.8 - Resenhas:** resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras);
- 1.9 - Cartas:** crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 1.200 palavras e 1 ilustração);

2. NORMAS PARA ENVIO DE ARTIGOS

- 2.1 -** CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.
- 2.2 -** Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.
- 2.3 -** Notas de rodapé e anexos não serão aceitos.
- 2.4 -** A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.

3. PUBLICAÇÃO DE ENSAIOS CLÍNICOS

3.1 - Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2 - Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaio Clínicos a serem publicados a partir de orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e do Workshop ICTPR.

3.3- As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR)
- ClinicalTrials.gov
- International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN)
- Netherlands Trial Register (NTR)
- UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR)
- WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP)

4. FONTES DE FINANCIAMENTO

4.1 - Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 - Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 - No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5. CONFLITO DE INTERESSES

5.1 - Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

6. COLABORADORES

6.1 - Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 - Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do ICMJE, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada. Essas três condições devem ser integralmente atendidas.

7. AGRADECIMENTOS

7.1 - Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

8. REFERÊNCIAS

8.1 - As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (p. ex.: Silva ¹). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos (*Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos*).

8.2 - Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 - No caso de usar algum software de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

9. NOMENCLATURA

9.1 - Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

10. ÉTICA EM PESQUISAS ENVOLVENDO SERES HUMANOS

10.1 - A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008), da Associação Médica Mundial.

10.2 - Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

10.3 - Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo).

10.4 - Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

10.5 - O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

11. PROCESSO DE SUBMISSÃO ONLINE

11.1 - Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>.

11.2 - Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

11.3 - Inicialmente o autor deve entrar no sistema SAGAS. Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em “Cadastre-se” na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em “Esqueceu sua senha? Clique aqui”.

11.4 - Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em “Cadastre-se” você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

12. ENVIO DO ARTIGO

12.1 - A submissão *online* é feita na área restrita de gerenciamento de artigos <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>. O autor deve acessar a "Central de Autor" e selecionar o *link* "Submeta um novo artigo".

12.2 - A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP. O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.

12.3 - Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título resumido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumos e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

12.4 - O título completo (nos idiomas Português, Inglês e Espanhol) deve ser conciso e informativo, com no máximo 150 caracteres com espaços.

12.5 - O título resumido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.

12.6 - As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde BVS.

12.7 - *Resumo*. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha, Cartas ou Perspectivas, todos os artigos submetidos deverão ter resumo em Português, Inglês e Espanhol. Cada resumo pode ter no máximo 1.100 caracteres com espaço.

12.8 - *Agradecimentos*. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.

12.9 - Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.

12.10 - Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.

12.11 - O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar MB.

12.12 - O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

12.13 - O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as

referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumos; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.14 - Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em “Transferir”.

12.15 - *Ilustrações*. O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.16 - Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse esse limite e também com os custos adicionais para publicação de figuras em cores.

12.17 - Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

12.18 - *Tabelas*. As tabelas podem ter até 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

12.19 - *Figuras*. Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de Satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.

12.20 - Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

12.21 - Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.22 - As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura.

12.23 - Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.24 - As figuras devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

12.25 - Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

12.26 - *Formato vetorial*. O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

12.27 - *Finalização da submissão*. Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em “Finalizar Submissão”.

12.28 - *Confirmação da submissão*. Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em

contato com a secretaria editorial de CSP por meio do e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

13. ACOMPANHAMENTO DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO ARTIGO

13.1 - O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

13.2 - O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

14. ENVIO DE NOVAS VERSÕES DO ARTIGO

14.1 - Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos <http://www.ensp.fiocruz.br/csp/> do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o *link* "Submeter nova versão".

15. PROVA DE PRELO

15.1 - Após a aprovação do artigo, a prova de prelo será enviada para o autor de correspondência por e-mail. Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader ou similar. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo site: <http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>.

15.2 - A prova de prelo revisada e as declarações devidamente assinadas deverão ser encaminhadas para a secretaria editorial de CSP por e-mail (cadernos@ensp.fiocruz.br) ou por fax +55(21)2598-2514 dentro do prazo de 72 horas após seu recebimento pelo autor de correspondência.

ANEXO C - Declaração do Programa de Atenção à Hipertensão e Diabetes



PREFEITURA MUNICIPAL DE JATAÍ
SECRETARIA DA SAÚDE



Jataí, 24 de outubro de 2011.

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que a mestranda Marina Oliveira Chagas tem a autorização para a coleta de dados, o acesso aos prontuários dos usuários do Programa de Hipertensão e Diabetes, para realizar a pesquisa **“Obesidade mórbida: qualidade de vida, mobilidade e acessibilidade”**, no município de Jataí, Goiás.

Atenciosamente,

Dr. Cláudio Emílio Cintra
Cardiologista
CRM-GO 17

Dr. Cláudio Emílio Cintra

Coordenador do Ambulatório de Hipertensão

Dra. Márcia Carolina Mazzaro

Coordenadora do Ambulatório de Diabetes

ANEXO D - Declaração Núcleo de Apoio e Saúde da Família (NASF)



PREFEITURA MUNICIPAL DE JATAÍ
SECRETARIA DA SAÚDE



Jataí, 24 de outubro de 2011.

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que caso seja necessário, e dentro das possibilidades de atendimento psicológico no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) cadastrado na Unidade Básica de Saúde do Conjunto Rio Claro, localizado na Alameda Rio Claro esquina com Alameda Rio Verde nº 136, Conjunto Rio Claro I, oferecemos atendimento sem ônus, aos participantes da pesquisa e autorizamos o acesso aos prontuários dos usuários atendidos por nutricionistas do Núcleo de Apoio e Saúde da Família (NASF), para a realização do projeto de pesquisa **“Obesidade mórbida: qualidade de vida, mobilidade e acessibilidade”**, realizada pela mestranda Marina Oliveira Chagas, orientanda da Prof^a Dr^a Sônia Maria Mello Neves.

Atenciosamente,

Micheli M. Giongo
Coord. Enfermagem de Promoção
e Vigilância Saúde
COREN 138024

Micheli Magdalena Giongo

Coordenadora Enfermagem, Promoção e Vigilância em Saúde

ANEXO E - Critério de Classificação Econômica Brasil

Data: _____

Nome: _____

Sua Data de Nascimento: _____

Sua Escolaridade: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Status Econômico

1. Marque quanto desses itens você tem na sua casa

	0	1	2	3	4 ou mais
Televisão em cores					
Rádio					
Banheiro					
Automóvel					
Empregada mensalista					
Máquina de lavar					
Vídeo cassete e/ou DVD					
Geladeira					
Freezer (aparelho independente e/ou parte da geladeira duplex)					

Grau de instrução do chefe da família

(A) Analfabeto/ Até 3ª série Fundamental/ Até 3ª série 1º. Grau

(B) Até 4ª série fundamental/ Até 4ª série 1º. Grau

(C) Ensino fundamental completo/ 1º. Grau completo

(D) Ensino médio completo/ 2º. Grau completo

(E) Ensino superior completo

ANEXO F - Questionário sobre qualidade de vida - WHOQOL- Bref

Instruções					
<p>Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.</p> <p>Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:</p>					
	nada	Muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	Muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	④	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	Ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.						
		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5

20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	Algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO G - Questionário sobre qualidade de vida- SF-36

1- Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2- Comparada há um ano atrás, como você se classificaria sua idade em geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	1	2

5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode anima-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você	1	2	3	4	5	6

tem se sentido com muita energia?						
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10- Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

Todo Tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo obedecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

CÁLCULO DOS ESCORES DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA – SF-36

Fase 1: Ponderação dos dados

Questão	Pontuação	
01	Se a resposta for	Pontuação
	1	5,0
	2	4,4
	3	3,4
	4	2,0
	5	1,0
02	Manter o mesmo valor	
03	Soma de todos os valores	
04	Soma de todos os valores	
05	Soma de todos os valores	
06	Se a resposta for	Pontuação
	1	5
	2	4
	3	3
	4	2
	5	1
07	Se a resposta for	Pontuação
	1	6,0
	2	5,4
	3	4,2
	4	3,1
	5	2,0
	6	1,0

08	<p>A resposta da questão 8 depende da nota da questão 7</p> <p>Se $7 = 1$ e se $8 = 1$, o valor da questão é (6)</p> <p>Se $7 = 2$ à 6 e se $8 = 1$, o valor da questão é (5)</p> <p>Se $7 = 2$ à 6 e se $8 = 2$, o valor da questão é (4)</p> <p>Se $7 = 2$ à 6 e se $8 = 3$, o valor da questão é (3)</p> <p>Se $7 = 2$ à 6 e se $8 = 4$, o valor da questão é (2)</p> <p>Se $7 = 2$ à 6 e se $8 = 3$, o valor da questão é (1)</p> <p>Se a questão 7 não for respondida, o escore da questão 8 passa a ser o seguinte:</p> <p>Se a resposta for (1), a pontuação será (6)</p> <p>Se a resposta for (2), a pontuação será (4,75)</p> <p>Se a resposta for (3), a pontuação será (3,5)</p> <p>Se a resposta for (4), a pontuação será (2,25)</p> <p>Se a resposta for (5), a pontuação será (1,0)</p>
09	<p>Nesta questão, a pontuação para os itens a, d, e ,h, deverá seguir a seguinte orientação:</p> <p>Se a resposta for 1, o valor será (6)</p> <p>Se a resposta for 2, o valor será (5)</p> <p>Se a resposta for 3, o valor será (4)</p> <p>Se a resposta for 4, o valor será (3)</p> <p>Se a resposta for 5, o valor será (2)</p> <p>Se a resposta for 6, o valor será (1)</p> <p>Para os demais itens (b, c,f,g, i), o valor será mantido o mesmo</p>
10	Considerar o mesmo valor.
11	<p>Nesta questão os itens deverão ser somados, porém os itens b e d deverão seguir a seguinte pontuação:</p> <p>Se a resposta for 1, o valor será (5)</p> <p>Se a resposta for 2, o valor será (4)</p> <p>Se a resposta for 3, o valor será (3)</p> <p>Se a resposta for 4, o valor será (2)</p> <p>Se a resposta for 5, o valor será (1)</p>

Fase 2: Cálculo do Raw Scale

Nesta fase você irá transformar o valor das questões anteriores em notas de 8 domínios que variam de 0 (zero) a 100 (cem), onde 0 = pior e 100 = melhor para cada domínio. É chamado de raw scale porque o valor final não apresenta nenhuma unidade de medida.

Domínio:

- Capacidade funcional
- Limitação por aspectos físicos
- Dor
- Estado geral de saúde
- Vitalidade
- Aspectos sociais
- Aspectos emocionais
- Saúde mental

Para isso você deverá aplicar a seguinte fórmula para o cálculo de cada domínio:

Domínio:

$$\frac{\text{Valor obtido nas questões correspondentes} - \text{Limite inferior} \times 100}{\text{Variação (Score Range)}}$$

Na fórmula, os valores de limite inferior e variação (Score Range) são fixos e estão estipulados na tabela abaixo.

Domínio	Pontuação das questões correspondidas	Limite inferior	Variação
Capacidade funcional	03	10	20
Limitação por aspectos físicos	04	4	4
Dor	07 + 08	2	10
Estado geral de saúde	01 + 11	5	20
Vitalidade	09 (somente os itens a + e + g + i)	4	20
Aspectos sociais	06 + 10	2	8
Limitação por aspectos emocionais	05	3	3
Saúde mental	09 (somente os itens b + c + d + f + h)	5	25

Exemplos de cálculos:

- Capacidade funcional: (ver tabela)

Domínio: Valor obtido nas questões correspondentes – limite inferior x 100

Variação (Score Range)

$$\text{Capacidade funcional: } \frac{21 - 10}{20} \times 100 = 55$$

O valor para o domínio capacidade funcional é 55, em uma escala que varia de 0 a 100, onde o zero é o pior estado e cem é o melhor.

- Dor (ver tabela)

- Verificar a pontuação obtida nas questões 07 e 08; por exemplo: 5,4 e 4, portanto somando-se as duas, teremos: 9,4

- Aplicar fórmula:

Domínio: Valor obtido nas questões correspondentes – limite inferior x 100

Variação (Score Range)

$$\text{Dor: } \frac{9,4 - 2}{10} \times 100 = 74$$

O valor obtido para o domínio dor é 74, numa escala que varia de 0 a 100, onde zero é o pior estado e cem é o melhor.

Assim, você deverá fazer o cálculo para os outros domínios, obtendo oito notas no final, que serão mantidas separadamente, não se podendo soma-las e fazer uma média.

Obs.: A questão número 02 não faz parte do cálculo de nenhum domínio, sendo utilizada somente para se avaliar o quanto o indivíduo está melhor ou pior comparado a um ano atrás.

Se algum item não for respondido, você poderá considerar a questão se esta tiver sido respondida em 50% dos seus itens.

ANEXO H - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC/Goiás

PROJETO DE PESQUISA

Título: Obesidade mórbida: qualidade de vida, mobilidade, acessibilidade.

Área Temática:

Pesquisador: Marina Oliveira Chagas

Versão: 3

Instituição:

CAAE: 00517712.2.0000.0037

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 35553

Data da Relatoria: 06/06/2012

Apresentação do Projeto:

O projeto propõe que avaliar a qualidade de vida de pessoas com obesidade permite verificar aspectos globais do indivíduo em diferentes domínios, uma vez que analisa o impacto da qualidade de vida nas atividades diárias dos obesos e que a acessibilidade nos espaços urbanos pode então, contribuir para diminuir as barreiras arquitetônicas, propiciar mudanças de comportamento, melhorar as políticas públicas e proporcionar uma nova abordagem na busca da promoção da saúde e qualidade de vida das pessoas com obesidade mórbida.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: avaliar a qualidade de vida e investigar problemas de acessibilidade enfrentados por pessoas com obesidade mórbida no município de Jataí, Goiás.

Objetivo Secundário: caracterizar o perfil sócio econômico de pessoas com obesidade mórbida; Descrever a experiência vivenciada pelos participantes quanto aos problemas de acessibilidade existentes, explorando com profundidade a percepção e as dificuldades encontradas frente ao ambiente; Avaliar as dimensões de qualidade de vida através dos instrumentos: Whoqol-Bref que é composta por 4 domínios: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio ambiente e Medical Outcomes Study Short Form (SF-36) que apresenta componentes de Saúde Física (Capacidade Funcional, Aspectos Físicos, Dor e Estado Geral de Saúde) e componentes de Saúde Mental (Vitalidade, Aspectos Sociais, Aspectos emocionais e Saúde Mental).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Atende ao preconizado pela 196/96.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Atende ao preconizado pela 196/96.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Atende ao preconizado pela 196/96.

Recomendações:

Nenhuma.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado/a a participar, como voluntário/a da pesquisa intitulada **“Obesidade mórbida: qualidade de vida, mobilidade e acessibilidade”**. O trabalho está sendo desenvolvido pela farmacêutica Marina Oliveira Chagas, aluna do curso de Mestrado do Programa de Pós - Graduação em Ciências Ambientais e Saúde, sob a orientação da Prof^a Dr^a Sônia Maria Mello Neves.

O trabalho tem como objetivo avaliar a qualidade de vida e investigar problemas de acessibilidade enfrentados por pessoas com obesidade mórbida no município de Jataí, Goiás. Esta pesquisa é importante para compreender as dificuldades que essas pessoas enfrentam em se movimentar, orientar ou utilizar diferentes lugares e qual influência das barreiras ambientais no desempenho de suas atividades cotidianas.

A pesquisa adotará os seguintes procedimentos:

1. A coleta de dados será realizada por meio de entrevistas e de questionários.
 - Nas entrevistas, as perguntas serão sobre as dificuldades encontradas pelo/a entrevistado/a ao se locomover em diferentes lugares no seu dia-a-dia.
 - Os questionários contêm perguntas sobre diversos aspectos da vida, como: saúde física, vida emocional, relação com amigos e familiares.

Este questionário será preenchido pelo entrevistador de acordo com suas respostas e você receberá as devidas informações sobre o procedimento e poderá responder tranquilamente. Caso aceite participar, você poderá escolher em sua residência, o local mais adequado e onde você se sinta mais confortável sem sofrer a interferência de outras pessoas.

2. Garantimos que todas as informações serão confidenciais, seu nome será mantido em sigilo. As informações pessoais são de acesso restrito à pesquisadora, e após o fim do trabalho elas serão destruídas.

3. Sua participação nesta pesquisa é voluntária e não haverá nenhum tipo de pagamento ou gratificação em dinheiro pela sua participação. Você não terá gastos, uma vez que todos os gastos são da pesquisadora, entretanto caso haja, você será devidamente ressarcido.

4. O trabalho deverá ser interrompido imediatamente diante de algum risco ou dano à saúde quando este estiver previsto ou não no termo de consentimento. Caso ocorra algum dano eventual e você se sinta prejudicado com a pesquisa, poderá solicitar indenização nos termos da lei e o que for decidido pela justiça será acatado pela pesquisadora.

5. Entre os possíveis riscos durante a realização da pesquisa, inclui-se a possibilidade de reações emocionais, como choros, desconforto, constrangimento, vergonha, receio no momento da entrevista. Na ocorrência desse fato, caso seja identificada alguma alteração emocional, os sujeitos poderão procurar o Núcleo de

Apoio à Saúde da Família (NASF) cadastrado na Unidade Básica de Saúde do Conjunto Rio Claro localizado na Alameda Rio Claro esquina com Alameda Rio Verde nº 136, Conjunto Rio Claro I, que o atendimento lhe será garantido.

6. A sua contribuição em responder as entrevistas e os questionários pode trazer benefícios como a melhoria das condições ambientais de diferentes locais percorridos no seu dia-a-dia (parques, transportes, restaurantes etc).

7. Você tem a liberdade de participar ou não da pesquisa e ainda retirar o seu consentimento, a qualquer momento, se assim sentir vontade, sem nenhum problema.

8. 8. Após o término da pesquisa os resultados serão analisados e publicados em revista científica da área da saúde, a fim de que outros pesquisadores e demais estudantes tenham acesso a estes dados e os mesmos possam ser aprofundados e contribuir para a investigação de pesquisas futuras.

9. Ao ler com atenção e ser esclarecido/a sobre o desenvolvimento da pesquisa, e se manifestar favorável à participação, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra da responsável pela realização da pesquisa.

Em caso de dúvidas sobre os seus direitos como participante nessa pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás – PUC/GO, fone: (62) 3946-1512.

Em caso de dúvida, sobre a pesquisa você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável Marina Oliveira Chagas nos telefones: (64) 3631-4162 e (64) 9975-3991.

Eu, _____, li e entendi todas as informações que me foram fornecidas sobre a minha participação neste estudo e me foi dada a oportunidade de discutir e fazer perguntas. Todas as minhas dúvidas foram esclarecidas e eu, voluntariamente, concordo em participar do mesmo. Eu recebi uma cópia deste termo de consentimento livre esclarecido, concordo e assino. Autorizo, também, a liberação de dados dessa pesquisa que não identifique a minha pessoa.

Assinatura do participante _____

Data: ____/____/____

Eu expliquei a natureza e o propósito do estudo para o participante acima nomeado.

Assinatura do investigador _____

Marina Oliveira Chagas

Pesquisadora Responsável

Endereço: Rua: Maria Albina, 70, Setor José Ferreira.

Telefone: (64) 9975-3991

Jataí-GO

Jataí, _____ de _____ de _____.

Consentimento de Participação da Pessoa como Sujeito

Eu _____, RGnº _____
 _____, CPF nº _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo “Obesidade mórbida: qualidade de vida, mobilidade e acessibilidade”. Fui devidamente informado/a e esclarecido/a pela mestrande do Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Ciências Ambientais e Saúde da PUC-GO, Marina Oliveira Chagas, sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, e a importância de minha participação. Foi me garantido o direito de retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer penalidade.

Jataí, _____ de _____ de _____.

Nome do Sujeito: _____

Assinatura: _____

Testemunhas:

Nome: _____

Assinatura: _____

Nome: _____

Assinatura: _____

APÊNDICE B - Perfil socioeconômico de pessoas com obesidade mórbida

Variável	N da Amostra	%
Idade		
20 — 39 anos	30	60,0
≥ 40 anos	20	40,0
Total	50	100,0
Sexo		
Feminino	43	86,0
Masculino	7	14,0
Total	50	100,0
IMC		
40 — 50	45	90,0
51 — 60	2	4,0
≥ 61	3	6,0
Total	50	100,0
Escolaridade		
Fundamental	20	40,0
Médio	25	50,0
Superior	5	10,0
Total	50	100,0
Classe Econômica		
B	15	30,0
C	33	66,0
D	2	4,0
Total	50	100,0

N da amostra = número da amostra; % = porcentagem.

APÊNDICE C - Análise entre qualidade de vida e classificação do IMC

IMC	40 — 50		51— 60		≥61		p
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	
WHOQOL-Bref							
Físico	59,92	22,35	64,29	10,10	44,05	23,78	0,467
Psicológico	60,00	18,73	56,25	14,74	59,72	8,67	0,961
Relações sociais	65,37	21,90	75,00	0,00	69,44	9,62	0,789
Meio ambiente	53,47	14,17	48,44	24,31	50,00	6,25	0,824
SF-36							
Capacidade funcional	59,00	28,36	65,00	21,21	40,00	5,00	0,487
Aspectos físicos	66,11	44,00	100,00	0,00	50,00	50,00	0,456
Dor	55,62	28,09	71,00	41,01	51,67	17,62	0,724
Estado geral de saúde	51,16	17,22	49,50	3,54	48,67	33,29	0,967
Vitalidade	54,00	23,08	60,00	0,00	53,33	28,43	0,935
Aspectos sociais	67,22	28,49	100,00	0,00	37,50	21,65	0,056
Aspecto emocional	72,59	42,81	83,34	23,57	44,44	50,92	0,508
Saúde mental	60,36	22,64	62,00	25,46	65,33	40,07	0,937

DP= desvio padrão; p= significância. Teste Anova.

APÊNDICE D - Entrevista semiestruturada

1- Em sua opinião, os ambientes que você frequenta como, restaurantes, cinemas, parques, serviços de saúde, oferece condições seguras de utilização, considerando suas habilidades? Fale sobre isso.

2- Quando você frequenta esses ambientes, você considera o atendimento adequado para você? Por quê?

3- Muitos locais oferecem dificuldades de acesso, como por exemplo, banheiros não adaptados, cadeiras ou equipamentos inadequados, falta de rampas, degraus altos. Você se depara com alguma dessa realidade no seu dia a dia? Como tem sido lidar com isso?

4- Em relação ao seu cotidiano, você necessita de ajuda de alguém para realizar atividades como tomar banho, levantar-se, andar? Relate mais sobre isso.

5- Quando você precisa deslocar-se de sua residência para outro local, que tipo de transporte utiliza? Quais as maiores dificuldades que você encontra no uso desses transportes?

6- Ao buscar um serviço de saúde para realização de exames de rotina, como tem sido para você realizar exames de sangue, de urina, radiografias. Fale sobre isso.

7- Para você, o que poderia ser feito para melhorar o acesso nos lugares que você frequenta?