



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA – MEC  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ – UFPI  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO – PRPG  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS E SAÚDE – PPGCS

GLEYSON MOURA DOS SANTOS

**ESTADO NUTRICIONAL E QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES ATENDIDOS  
EM UM SERVIÇO AMBULATORIAL**

TERESINA – PI

2019

GLEYSON MOURA DOS SANTOS

**ESTADO NUTRICIONAL E QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES ATENDIDOS  
EM UM SERVIÇO AMBULATORIAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências e Saúde (PPGCS) da Universidade Federal do Piauí (UFPI), como requisito para a obtenção do título de Mestre em Ciências e Saúde.

**Orientadora:** Dr<sup>a</sup> Maria Zélia de Araújo Madeira

**Linha de Pesquisa:** Métodos diagnósticos e análises das condições de Saúde.

TERESINA – PI

2019

**Universidade Federal do Piauí**  
**Biblioteca Setorial do Centro de Ciências da Saúde**  
**Serviço de Processamento Técnico**

S237e Santos, Gleyson Moura dos.  
Estado nutricional e qualidade de vida de pacientes atendidos em um  
serviço ambulatorial / Gleyson Moura dos Santos. -- 2019.  
81 f. : il.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Piauí, Pós-Graduação  
em Ciências e Saúde, 2019.

“Orientação : Dra Maria Zélia de Araújo Madeira.”  
Bibliografia

1. Percepção de saúde. 2. Estado Nutricional. 3. Qualidade de vida. I.  
Título. II. Universidade Federal do Piauí – Teresina.

CDD 613.2

GLEYSON MOURA DOS SANTOS

**ESTADO NUTRICIONAL E QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES ATENDIDOS  
EM UM SERVIÇO AMBULATORIAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências e Saúde (PPGCS) da Universidade Federal do Piauí (UFPI), como requisito para a obtenção do título de Mestre em Ciências e Saúde.

DATA DA APROVAÇÃO: 32 / 02 / 2019

BANCA EXAMINADORA

*Maria Zélia de Araújo Madeira*

---

Dr<sup>a</sup> Maria Zélia de Araújo Madeira – UFPI

(Presidente)

*Carmen Viana Ramos*

---

Dr<sup>a</sup> Carmen Viana Ramos – UNINOVAFAPI

(1<sup>a</sup> Examinadora)

*Rosana dos Santos Costa*

---

Dr<sup>a</sup> Rosana dos Santos Costa – UFPI

(2<sup>a</sup> Examinadora)

*Cecília Maria Resende Gonçalves de Carvalho*

---

Dr<sup>a</sup> Cecília Maria Resende Gonçalves de Carvalho – UFPI

(Suplente)

TERESINA – PI

2019

*Dedico este trabalho a Deus que é o Senhor da minha vida.  
Aos meus pais, em especial minha mãe Maria do Socorro, ao qual vive meus sonhos  
junto comigo. E a meus irmãos e sobrinhos.*

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente a Deus pela oportunidade, força e paciência dada para crescimento profissional, pessoal e espiritual durante este período, pois sem ele nada disso teria acontecido.

A minha orientadora professora Dr<sup>a</sup> Maria Zélia de Araújo Madeira, por ter aceitado o desafio de me orientar no meio deste mestrado. E por poder me mostrar o sentimento de empatia para com o próximo. Agradeço também pela confiança em mim depositada na realização deste trabalho. Gratidão!

Aos membros da banca, professoras Dr<sup>a</sup> Carmen Viana, Dr<sup>a</sup> Cecília Carvalho e Dr<sup>a</sup> Rosana Costa, por terem aceitado o convite e pelas contribuições para melhoria deste trabalho.

À Universidade Federal do Piauí e ao Programa de Pós-graduação em Ciências e Saúde, pela oportunidade de realização do meu tão sonhado mestrado. Ao Hospital Universitário, por abrir as portas para a realização deste trabalho.

Ao Núcleo de Apoio Estatístico à Pesquisa da PROPESQ, pela realização das análises estatísticas deste trabalho.

A todas e todos os professores que com seus conhecimentos contribuíram de alguma forma para minha formação. Em especial a professora MSc. Gilmara Peres, por ter me mostrado a força das palavras em um dia de desespero. Que Deus lhe ilumine sempre professora, a senhora é LUZ!

As minhas colaboradoras, Dallyla Jennifer, Larissa Layana e Joanne Rodrigues, pois sem elas a etapa de coleta seria muito árdua. A participação de vocês foi primordial no decorrer desta pesquisa, muito obrigado meninas!

A Gliane Barbosa e Carolina Rodrigues por terem me ajudado no desenvolvimento deste trabalho.

Aos meus companheiros de turma no mestrado, em especial, Higo Neri, Thaís Alves, Mísia Joyner, Monalisa Matos, Maryanna Barreto, Renata Vieira, Ruan Rodrigues e Víctor Alves.

Aos meus amigos da UFPI, em especial, Paulo Victor, Nara Vanessa, Marilene Magalhães, Vanessa Passos, Stéfany Rodrigues, Loanne Rocha, Mara Cristina, Raísa dos Santos, Islanne Leal, Elyne Barros, Maísa Silva e Bruna Abreu.

As minhas amigas da época da graduação que levarei para vida, Bárbara Cavalcanti, Vanessa Germana e Thamara Martins. Amo vocês meus amores!

À Amanda Joyce Alves Silva, minha melhor amiga que sempre está do meu lado para o que der e vier.

À Cláudia Lorena, que mesmo longe sempre se faz presente na minha vida.

A todos os funcionários do CCS, que contribuíram de forma direta ou indireta para a realização deste trabalho.

À minha família que sempre me acompanhou nessa grande jornada, pelos valores e princípios repassados que me fizeram ser quem sou.

Aos pacientes incluídos nessa pesquisa, sem eles nada disso teria sido possível.

E por fim, a todos cujos nomes não foram citados, mas que, cada qual a sua maneira contribuíram direta ou indiretamente para a realização deste trabalho.

**Meus sinceros agradecimentos!**

*“Se você aprendeu algo com a derrota, você na verdade nunca perdeu.”*

*Zig Ziglar*

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** A obesidade é predominante nos indivíduos ao longo da vida e isso enfatiza o interesse de investigação desta condição na qualidade de vida. Desse modo, o estudo teve como objetivo avaliar o estado nutricional e a qualidade de vida de pacientes atendidos no ambulatório de um hospital universitário na cidade de Teresina – PI. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo transversal do tipo descritivo, com abordagem quantitativa, realizado com 229 pacientes entre maio a julho de 2018. A coleta dos dados foi realizada por meio de antropometria e aplicação de instrumentos para obtenção de dados sociodemográficos, estilo de vida e qualidade de vida (SF-36). Para análise dos dados, foi realizada estatística descritiva das variáveis. Para verificação de diferença entre níveis de uma mesma variável em cada domínio, foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis, ou o teste de Wilcoxon para duas amostras independentes. Os casos em que o teste Kruskal-Wallis acusou diferença utilizou-se o teste de Dunn-Bonferroni para comparação múltipla. O projeto foi aprovado no CEP-UFPI sob o número de parecer de aprovação 2.654.138. **RESULTADOS:** Os resultados apontaram média de idade de 40,7 anos, 65,5% eram do sexo feminino, 55,6% de cor parda, 40,61% eram analfabetos ou possuíam apenas o ensino fundamental, 49,34% ganhavam menos que um salário mínimo, 49,78% casados e 80,79%, era residente em áreas urbanas. Os dados sobre estilo de vida mostraram-se positivos para as variáveis, hábitos de fumar e uso de bebidas alcoólicas. Por outro lado, 69% dos pacientes não praticavam nenhum tipo de atividade física e 65,07% referiram uso de medicação. Quanto ao estado nutricional, houve predominância de sobrepeso (35,37%) e obesidade (25,76%). Em referência à qualidade de vida, metade dos domínios pesquisados apresentaram valores médios acima de 60, demonstrando uma percepção favorável de qualidade de vida. Relacionando os domínios do instrumento de qualidade de vida SF-36 com as variáveis estudadas, observou-se diferença significativa entre os sexos masculino e feminino em relação ao domínio capacidade funcional ( $p=0,023$ ). A escolaridade apresentou diferença entre os domínios capacidade funcional ( $p=0,019$ ) e aspectos físicos ( $p=0,007$ ) entre os que possuíam ensino fundamental incompleto com aqueles com ensino médio completo. A renda apresentou diferença entre os domínios capacidade funcional ( $p<0,001$ ) entre os que recebiam menos que um salário daqueles que recebiam de 2 a 4 ou mais de 5 salários e aspectos físicos ( $p=0,005$ ) entre os que recebiam menos de um salário para aqueles que recebiam de 2 a 4 salários. Com relação à situação do estado civil, observou-se diferença entre limitação emocional ( $p=0,022$ ) entre Casado/União Estável e Viúvos. Para as variáveis estilo de vida houve diferença significativa (valor de  $p<0,05$ ) entre 7 dos 8 domínios do SF-36 para a prática de atividade física. Enquanto que o uso de medicamentos apresentou apenas para os domínios capacidade funcional, aspectos físicos e estado geral de saúde. No que concerne à influência do estado nutricional na qualidade de vida, diferença estatística foi observada apenas para o domínio emocional ( $p=0,04$ ) entre os indivíduos obesos e desnutridos. **CONCLUSÃO:** Os achados deste estudo mostram que grande parte dos entrevistados apresentam estado nutricional inadequado e que a percepção da qualidade de vida de forma geral apresenta-se positiva.

**Palavras-chave:** Percepção de saúde. Estado Nutricional. Qualidade de vida.

## ABSTRACT

**INTRODUCTION:** Obesity is lifelong prevalent in individuals and this emphasizes the research interest on the impact of this condition in the quality of life. Thus, the study aimed to evaluate the nutritional status and quality of life of patients attending the outpatient clinic of a university hospital in the city of Teresina - PI. **METHODS:** This is a descriptive cross-sectional study with a quantitative approach, performed with 229 patients between May and July of 2018. Data were collected through anthropometry and instruments to obtain sociodemographic data, lifestyle and quality of life (SF-36). For data analysis, descriptive statistics of the variables were performed. To verify the difference between levels on the same variable in each domain, Kruskal-Wallis test was used, or Wilcoxon test for two independent samples. In cases that Kruskal-Wallis test showed a difference, the Dunn-Bonferroni test was used for multiple comparison. The project was approved at CEP-UFPI under approval number 2,654,138. **RESULTS:** The results showed a mean age of 40.7 years, 65.5% were female, 55.6% brown, 40.61% were illiterate or had only elementary school, 49.34% earned less than one minimum wage, 49.78% married and 80.79%, was a resident of urban areas. Lifestyle data were positive for variables, smoking habits, and ingestion of alcoholic beverages. On the other hand, 69% of the patients did not practice any type of physical activity and 65.07% reported medication use. Regarding nutritional status, there was a predominance of overweight (35.37%) and obesity (25.76%). Regarding quality of life, half of the domains surveyed had mean values above 60, demonstrating a favorable perception of quality of life. Comparing SF-36 domains' quality of life instrument with studied variables, a significant difference was observed between male and female in relation to the functional capacity domain ( $p = 0.023$ ). Schooling had a difference between the functional capacity domains ( $p = 0.019$ ) and physical aspects ( $p = 0.007$ ) among those who had incomplete elementary school with those with complete secondary education. The income presented a difference between the functional capacity domains ( $p < 0.001$ ) among those receiving less than a salary from those who received from 2 to 4 or more than 5 salaries and, physical aspects ( $p = 0.005$ ) among those receiving less than one salary for those who received from 2 to 4 salaries. Regarding the marital status, there was a difference between emotional limitation ( $p = 0.022$ ) and Married / Stable Union and Widowers. For the lifestyle variables, there was a significant difference ( $p$  value  $< 0.05$ ) among 7 of the 8 SF-36 domains for the practice of physical activity. While the use of drugs presented only for the functional domain's capacity, physical aspects and general state of health. Regarding the influence of nutritional status on quality of life, statistical difference was observed only for the emotional domain ( $p = 0.04$ ) among obese and malnourished individuals. **CONCLUSIONS:** The findings of this study show that most interviewees had inappropriate nutritional status and a positive of quality of life.

**Keywords:** Health perception. Nutritional status. Quality of life.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1. Estilo de vida dos pacientes atendidos no ambulatório de um Hospital Universitário na cidade de Teresina – PI, 2018..... 38
- Figura 2. Estado nutricional dos pacientes atendidos no ambulatório de um Hospital Universitário na cidade de Teresina – PI, 2018..... 40

## LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1.	Definições de qualidade de vida encontradas na literatura médica.....	23
Tabela 1.	Classificação do estado nutricional, segundo IMC em adultos.....	30
Quadro 2.	Variáveis resumidas, domínios e questões itens do SF-36.....	31
Quadro 3.	Esquema para recodificação dos valores dos itens das questões do SF-36.....	32
Quadro 4.	Valores de limite inferior e variação (Score Range) para cada domínio do questionário de avaliação de qualidade de vida.....	33
Tabela 2.	Características sociodemográficas dos pacientes atendidos no ambulatório de um Hospital Universitário na cidade de Teresina – PI, 2018.....	35
Tabela 3.	Valores numéricos obtidos para cada domínio do SF – 36 realizado com pacientes atendidos no ambulatório de um Hospital Universitário na cidade de Teresina – PI, 2018.....	42
Tabela 4.	Mediana e intervalo interquartilico (IIQ) dos domínios do SF – 36 por característica sociodemográfica dos pacientes atendidos no ambulatório de um Hospital Universitário na cidade de Teresina – PI, 2018. <b>(continua)</b> .....	44
Tabela 4.	Mediana e intervalo interquartilico (IIQ) dos domínios do SF – 36 por característica sociodemográfica dos pacientes atendidos no ambulatório de um Hospital Universitário na cidade de Teresina – PI, 2018. <b>(conclusão)</b> .....	45
Tabela 5.	Mediana e intervalo interquartilico (IIQ) dos domínios do SF – 36 por estilo de vida dos pacientes atendidos no ambulatório de um Hospital Universitário na cidade de Teresina – PI, 2018.....	49
Tabela 6.	Mediana e intervalo interquartilico (IIQ) dos domínios do SF – 36 por estado nutricional dos pacientes atendidos no ambulatório de um Hospital Universitário na cidade de Teresina – PI, 2018.....	53

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AEV	Alto Estilo de Vida
BA	Bahia
BEV	Baixo Estilo de Vida
CAPP-HU	Comissão de Avaliação de Projetos de Pesquisa do Hospital Universitário
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
GO	Goiânia
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IIQ	Intervalo Interquartil
IMC	Índice de Massa Corporal
MG	Minas Gerais
OMS	Organização Mundial de Saúde
PI	Piauí
QV	Qualidade de Vida
RJ	Rio de Janeiro
SUS	Sistema Único de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	15
2 OBJETIVOS .....	18
2.1 Geral.....	18
2.2 Específicos .....	18
3 REFERENCIAL TEÓRICO .....	19
3.1 Avaliação do Estilo de Vida.....	19
3.2 Estado Nutricional na População Adulta .....	20
3.3 Qualidade de Vida .....	22
3.3.1 Instrumento SF-36.....	24
3.4 Relação do Estado Nutricional com a Qualidade de Vida .....	26
4 METODOLOGIA .....	28
4.1 Tipo de estudo .....	28
4.2 Local do estudo.....	28
4.3 População e amostra.....	28
4.4 Critérios de inclusão e exclusão .....	29
4.5 Variáveis do estudo .....	29
4.6 Instrumentos utilizados para coleta de dados .....	29
4.6.1 Avaliação sociodemográfica e do estilo de vida.....	29
4.6.2 Avaliação antropométrica.....	30
4.6.2.1 Peso e estatura.....	30
4.6.2.2 Índice de massa corporal (IMC) e classificação do estado nutricional.....	30
4.6.3 Avaliação da qualidade de vida .....	31
4.7 Procedimentos de coleta de dados.....	33
4.8 Análise dos dados .....	34
4.9 Aspectos éticos e legais da pesquisa .....	34
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	35
5.1 Caracterização Sociodemográfica .....	35
5.2 Caracterização do estilo de vida .....	38
5.3 Classificação do estado nutricional.....	40
5.4 Avaliação da qualidade de vida .....	41
5.5 Relação dos aspectos sociodemográficos com os domínios do instrumento genérico de avaliação de qualidade de vida.....	43

5.6 Relação do estilo de vida com os domínios do instrumento genérico de avaliação de qualidade de vida .....	48
5.7 Relação do estado nutricional com os domínios do instrumento genérico de avaliação de qualidade de vida .....	52
6 CONCLUSÃO .....	56
REFERÊNCIAS.....	57
APÊNDICES .....	69
ANEXOS .....	74

## 1 INTRODUÇÃO

Nos últimos anos o Brasil vivencia uma rápida transição nutricional, representada por modificações na qualidade e na quantidade da dieta, bem como nos elevados índices de sedentarismo (GUIMARÃES et al., 2010).

A obesidade nas três últimas décadas ganhou destaque na agenda pública internacional, identificando-se como um evento de prevalência crescente e de proporções globais. No Brasil, o sobrepeso e a obesidade vêm aumentando em todas as faixas etárias e em ambos os sexos, em todos os níveis de renda, sendo a velocidade de crescimento mais expressiva na população com menor rendimento familiar (IBGE, 2010). Em adultos, o excesso de peso e a obesidade atingiram 56,9% e 20,8% da população em 2013, respectivamente (IBGE, 2015).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera a obesidade como uma epidemia mundial condicionada principalmente pelo perfil alimentar e de atividade física (WHO, 2000). Sua crescente prevalência vem sendo atribuída a diversos processos biopsicossociais, em que o “ambiente” (político, econômico, social, cultural), e não apenas o indivíduo e suas escolhas, assume um lugar estratégico na análise do problema e nas propostas de intervenções (SWINBURN et al., 2015; WANDERLEY; FERREIRA, 2010).

Segundo a OMS, o índice de massa corporal (IMC) é um indicador utilizado para classificar o indivíduo conforme seu peso e sua altura. Sendo válido também para estratificar os níveis de estado nutricional (desnutrido, eutrófico, sobrepeso e obeso) do indivíduo (WHO, 2000).

A obesidade está relacionada com o aumento da gordura corporal, a qual pode trazer prejuízos para a saúde e está associada a diversas doenças, tais como: às cardiovasculares, ao diabetes tipo 2, à apneia do sono e ao câncer. Essas comorbidades, associadas ao excesso de adiposidade, resultam em maior gasto com a saúde e levam a um aumento da morbidade e diminuição da expectativa de vida (APOVIAN; GOKCE, 2012; KAHN; COOPER; DEL PRATO, 2014; JORDAN; MCSHARRY; MALHOTRA, 2014; CATALÁN et al., 2013; WITHROW; ALTER, 2013; TOBIAS; PAN; HU, 2014).

Dentro desse contexto, é fato que a obesidade é predominante nos indivíduos ao longo da vida, isso o que enfatiza o interesse de investigação desta condição na qualidade de vida. Magallares et al. (2014) ao estudarem o bem-estar

psicológico em um amostra de pacientes obesos em comparação com um grupo controle, citam que várias meta-análises mostram que a obesidade está relacionada com menor qualidade de vida.

No estudo de Van Nunen et al. (2007) os autores reportaram que, adultos com obesidade grave que procuram intervenções no estilo de vida relataram ter uma qualidade de vida prejudicada. Assim, estudos incluem a qualidade de vida como desfecho primário na avaliação de intervenções de estilo de vida multicomponente para indivíduos obesos (DANIELSEN et al., 2014; KARLSEN et al., 2013). Conseqüentemente, é essencial a realização de estudos que avalie a saúde física e mental em um contexto mais amplo da qualidade de vida.

A Qualidade de vida (QV) é uma noção eminentemente humana, subjetiva e polissêmica que se refere ao bem estar que os indivíduos e a coletividade encontram na vida familiar, amorosa, social e ambiental (MINAYO, 2013). Seu termo tem sido muito utilizado nas últimas décadas pelos meios de comunicação, por universitários e em diálogos do dia-a-dia devido a crescente preocupação de indivíduos e da coletividade com a saúde e o bem estar dos cidadãos (GORDIA et al., 2011).

Segundo Oliveira-Campos (2013) o aumento do interesse pela monitorização do nível de qualidade de vida vem aumentando devido sua importância como indicador de saúde pública, sendo cada vez mais utilizada para controlar o peso da doença em uma população.

O conceito de qualidade de vida está relacionado à autoestima e ao bem-estar pessoal e abrange uma série de aspectos entre eles o estado de saúde, o estilo de vida, incluindo os cuidados com a alimentação e o equilíbrio nutricional (MALTA et al., 2013).

Desta forma, apesar de diversos estudos abordarem a temática da relação do estado nutricional, principalmente no que diz respeito à obesidade na qualidade de vida, alguns pontos dessa relação precisam ser explorados e esclarecidos, de forma que possam ser melhor compreendidos, principalmente no que tange à população adulta que buscam acompanhamentos médicos. Sendo assim, tal argumento reforça a necessidade de ampliar a compreensão sobre essa relação do estado nutricional com a qualidade de vida, de forma que este estudo possa auxiliar na geração de novos conhecimentos, levantando questionamentos e contribuindo para melhorar a promoção da saúde das pessoas.

Diante do exposto, este estudo tem como questionamento: Como está o estado nutricional e a qualidade de vida dos pacientes/clientes que buscam o atendimento no ambulatório do Hospital Universitário?

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

Avaliar o estado nutricional e a qualidade de vida de pacientes atendidos no ambulatório de um Hospital Universitário.

### **2.2 Específicos**

- Caracterizar a população do estudo quanto aos aspectos sociodemográficos e estilo de vida;
- Realizar as medidas antropométricas e classificar o estado nutricional;
- Obter os escores padronizados para a população estudada, em cada um dos domínios do instrumento genérico de avaliação de qualidade de vida.
- Relacionar os aspectos sociodemográficos, estilo de vida e estado nutricional com cada um dos domínios do instrumento genérico de avaliação de qualidade de vida.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 Avaliação do Estilo de Vida

Nos últimos anos o conceito de saúde sofreu várias modificações, tendo melhorias de acordo com a necessidade de adequações e com o progresso da humanidade diante da realidade vivenciada, nomeadamente aos fatores ambientais e sócios organizacionais, que evidenciavam a comunidade em que o ser humano cresceu (GONÇALVES, 2008).

Ao julgarem que muitos modos de vida são capazes de acometer a saúde, algumas pesquisas têm ressaltado que o estilo de vida passou a ser um dos mais significantes determinadores da vitalidade do ser humano, sendo representado por uma reunião de condutas diárias que mostram o comportamento e preceitos do indivíduo (SALLIS; OWEN, 1999; NAHAS, 2013).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2004), estilo de vida é o conjunto de práticas e condutas que sofrem interferência, que são alteradas, que são estimuladas ou que são inibidas pelo demorado procedimento de socialização. Entre essas práticas estão o uso de substâncias tais como o álcool, o fumo, o chá ou o café, os hábitos dietéticos e de exercício físico.

Portanto, é imprescindível esclarecer que a saúde deve ser encarada como um meio de intervenção que prioriza a qualidade de vida do indivíduo, assim, um estilo de vida adequado auxilia na manutenção do corpo saudável e a manutenção da mente ativa. Inúmeras pesquisas vêm corroborando com a ideia de que a saúde dos indivíduos vem agravando no decorrer dos anos e isto se deve em parte, ao estilo de vida globalizado e a aquisição de costumes inapropriados, fazendo com que os indivíduos tenham mais predisposição a apresentarem problemas cardiovasculares, pulmonares dentre outros (PÔRTO et al., 2015).

No estudo de Filho et al. (2016) os autores certificaram que o estilo de vida interfere na antropometria e nos valores da pressão arterial em adultos jovens. Os resultados analisados mostraram que adultos jovens de ambos os sexos, frequentadores de parque de lazer e enquadrados como grupo de baixo estilo de vida (BEV) obtiveram massa corporal, índice de massa corporal e pressão arterial diastólica consideravelmente aumentados quando comparados com o grupo classificado com alto estilo de vida (AEV). Ademais, os referidos autores ainda

relataram que homens com BEV apresentaram valores de circunferência da cintura elevados quando comparados aos homens do grupo com AEV.

Ferreira et al. (2011) fizeram um estudo onde avaliaram o estilo de vida entre Adventistas do Sétimo Dia que propagam em seus discursos abstenção ao álcool, do fumo e estimulam a alimentação vegetariana, a importância da prática de exercícios físicos, a ingestão de água e o repouso do corpo por determinado período. Estes autores apresentaram que os indivíduos semivegetarianos mostraram um estilo de vida mais saudável em relação aos não vegetarianos, intensificando a premissa de que a dieta vegetariana auxilia para a preservação da saúde, reduzindo o risco de doenças cardiovasculares e obesidade.

Tuomilehto et al. (2001) mostraram que o estilo de vida entre uma população de obesos e sedentários é capaz de favorecer um desenvolvimento de diabetes mellitus tipo 2, assim, pessoas que praticam alguma atividade física com regularidade e fazem uma alimentação equilibrada apresentam diminuição do risco de desenvolver diabetes. A partir disso, concluíram que um estilo de vida saudável necessariamente compõe a realização de exercícios físicos e uma alimentação saudável, e que tais práticas reduzem o risco de diabetes tipo 2.

Diante disso, o estilo de vida compreende um conjunto de ações habituais que repercutem as atitudes, valores e oportunidades das pessoas. Estas ações têm enorme interferência na saúde geral e na qualidade de vida dos indivíduos (NAHAS; BARROS; FRANCALACCI, 2000). Assim, conseguir aderir a práticas de estilos de vida saudáveis é um processo complexo, e isso requer estratégias mais eficientes de promoção da saúde na atenção básica.

### **3.2 Estado Nutricional na População Adulta**

O processo de avaliação do estado nutricional objetiva analisar se há os distúrbios nutricionais que estão presentes e a intervenção nutricional ao paciente, contribuindo com a recuperação e/ou manutenção do estado clínico do indivíduo (WAITZBERG; FERRINI, 2003; KAMIMURA et al., 2005). A avaliação apropriada da composição corporal é imprescindível para o diagnóstico do perfil nutricional, pois assim, é possível reconhecer elementos capazes de colocar em risco a saúde individual e populacional, determinar condutas clínicas quanto à nutrição e verificar a eficiência das intervenções propostas (REZENDE et al., 2007).

Na fase adulta ocorre um alto dispêndio energético advindo das rotinas diárias, da manutenção das funções orgânicas e reprodutivas, além dos exercícios físicos realizados, sendo necessário, assim, um controle nutricional. A avaliação nutricional desse grupo envolve vários critérios, dentre os quais, a antropometria (FERREIRA et al., 2016).

A antropometria pode ser conceituada como a avaliação das medidas de tamanho e proporções do corpo humano. As medidas antropométricas tais como peso, altura, circunferência de cintura e circunferência de quadril são aplicadas para o diagnóstico do estado nutricional (desnutrição, excesso de peso e obesidade) e avaliação dos riscos para algumas enfermidades (diabetes mellitus, cardiopatias e hipertensão arterial sistêmica) em crianças, adultos, gestantes e idosos. A antropometria não deve ser encarada como uma simples ação de pesar e medir, mas, principalmente, como um procedimento de vigilância do estado de saúde do indivíduo (ARAÚJO, 2015).

Neste contexto, diversas técnicas de avaliação da composição corporal estão descritas na literatura. Os métodos de análise executados em laboratórios e com equipamentos sofisticados são capazes de representar a melhor opção para avaliação da composição corporal, porém são de alto custo e de complicado acesso. Uma possível alternativa podem ser as medidas antropométricas que são simples de serem empregadas, inócuas e mostram-se pouco restritivas para sua utilização, tornando, então, essas medidas as mais aplicáveis (ELLIS, 2000; GUEDES, 2013).

Dentre os métodos antropométricos acessíveis, o índice de massa corporal (IMC) é um dos mais empregados na prática clínica e em estudos de base populacional. Contudo, algumas limitações do IMC estão enumeradas no meio acadêmico, tais como uma possível variação para a mesma faixa de IMC entre indivíduos de uma mesma população e entre diferentes populações, impossibilidade de mensuração precisa do IMC em locais os quais a balança não está acessível, em indivíduos de raças/etnia variadas e em atletas com alta porcentagem de massa magra (PIERS et al., 2003; LÓPEZ et al., 2012; RAHMAN e BERENSON, 2010; GARRIDO-CHAMORRO et al., 2009).

Silva et al. (2018) ao verificar o perfil clínico e nutricional dos indivíduos atendidos em um ambulatório de nutrição de um Hospital Universitário em Alagoas, concluíram que o perfil nutricional da amostra, avaliado segundo o IMC, mostrou excesso de peso nestes pacientes. Da mesma forma, Babinski et al. (2017)

corroboraram com este resultado, ao verificarem uma alta prevalência de prevalência de sobrepeso e obesidade na população de adultos atendidos no ambulatório de especialidades de nutrição da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (URI). Diante disso, é imprescindível verificar que o sobrepeso e a obesidade estão entre os problemas de saúde pública preponderante, e para amenizar esse panorama, é de grande valia a execução de meios que repercutam positivamente sobre os inúmeros determinantes da saúde e nutrição (WHO, 2003).

Diante do exposto, o estado nutricional adequado mostra-se como o reflexo da harmonia entre a ingestão balanceada de alimentos e o consumo de energia essencial para a manutenção das funções orgânicas, assim, presume-se que há exigência de uma constante inspeção deste, para promoção da saúde populacional.

### **3.3 Qualidade de Vida**

As constantes mudanças na sociedade proporcionadas pelo dinamismo do mundo contemporâneo resultaram em um maior enfoque na qualidade de vida da população atual, uma vez que esta passou a ter importância não só na vida pessoal, mas também profissional. Nesse contexto, a escolha da profissão, cultura, valores, infraestrutura familiar e relações interpessoais estão dentre os fatores que podem influenciar a qualidade de vida (RIBEIRO; SANTANA, 2015).

Embora a qualidade de vida (QV) seja considerado um tema de abordagem atual, desde a antiguidade tem-se buscado o seu real significado. A expressão QV foi mencionada, inicialmente por Pigou, em 1920, em seu livro sobre economia e bem-estar (SIQUEIRA, 2005). Logo em seguida, o termo QV foi gradativamente ampliado e em 1960, foi incluído no relatório dos membros da Comissão dos Objetivos Nacionais dos Estados Unidos, pelo ex-presidente norte-americano Lyndon Johnson, o qual afirmou que uma nação não pode medir seus objetivos de vida apenas através do balanço dos bancos, mas também através da QV que proporciona às pessoas (MONTEIRO et al., 2010).

A QV constitui uma construção social com a marca da relatividade cultural, uma vez que engloba vários significados que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ela se atribuem em variadas épocas, espaços e histórias diferentes (MINAYO; ZULMIRA; BUSS, 2000). Segundo o Grupo

de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde a definição de QV é "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" (WHO, 1998).

Muitas tentativas de definições já foram propostas para "qualidade de vida" e nenhuma delas traz uma ideia clara e bem determinada, uma vez que abrange muitos aspectos tais como: a) a capacidade de realizar as tarefas do dia-a-dia; b) a capacidade de cuidar de si mesmo; c) a capacidade física funcional; d) a função psicológica, tais como o bem-estar emocional e mental; e) o funcionamento social, tais como as relações sociais e a participação em atividades sociais; f) a percepção geral de saúde, de dor e a satisfação geral com a vida (TAILLEFER et al., 2003; HIGGS et al., 2003).

**Quadro 1.** Definições de qualidade de vida encontradas na literatura.

<b>DEFINIÇÕES:</b>
Qualidade de vida é a percepção do indivíduo da 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.
Qualidade de vida refere-se à avaliação feita pelo paciente sobre a satisfação com seu atual nível de funcionamento comparado com aquilo que ele acredita ser o ideal.
Qualidade de vida relacionada à saúde é o valor dado ao tempo de vida modificado por dificuldades, alterações do estado funcional, das percepções e das oportunidades sociais quando influenciadas por doenças, lesões, tratamentos ou políticas.
Qualidade vida relacionada à saúde refere-se ao nível de bem-estar e satisfação associados com a vida de um indivíduo e com isso é afetado por doenças, acidentes e tratamentos do ponto de vista do paciente.
A qualidade de vida do paciente torna-se melhor quando a distância entre os objetivos esperados e os objetivos alcançados torna-se menor.
A qualidade de vida mede a diferença, ou à distância num determinado intervalo de tempo, entre as esperanças e expectativas do indivíduo com as experiências reais nesse momento.

**Fonte:** Tedesco (2006).

Na literatura médica encontram-se vários termos usados indistintamente referindo-se à QV tais como bem-estar subjetivo, satisfação de vida, incapacidade funcional e muitos outros. O quadro 1 mostra algumas das definições mais encontradas.

Nesse sentido, em virtude de sofrer modificações quando se considera a cultura, a época e o indivíduo que também se transforma com o tempo e as circunstâncias, a interpretação da qualidade de vida não é simples (PRAÇA, 2012). Ademais, quanto maior o grau de bem-estar da sociedade e de igual acesso a bens materiais e culturais, mais ampla é a noção de qualidade de vida, pois essa é acima de tudo humana e tem sido associada ao grau de satisfação do meio socioambiental (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

A avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde é comumente realizada em populações específicas, geralmente já acometidas por alguma patologia. Entre elas, pessoas que convivem com HIV (MEIRELLES et al., 2010); hipertensão (OLIVEIRA et al., 2014); câncer (FERREIRA et al., 2015); doença pulmonar obstrutiva crônica (BLAKEMORE et al., 2014); doença renal crônica, que realizam hemodiálise (RAYNER et al., 2014); entre outras. Além disso, no estudo de Otero-Rodriguez et al. (2010) a QV qualificada foi associada a um risco aumentado para mortalidade por todas as causas verificadas.

Diante do exposto, ressalta-se que a QV é um resultado importante, pois reflete a percepção individual do bem-estar mental e físico. Assim, avaliar a qualidade de vida dos indivíduos atendidos em um serviço ambulatorial permite verificar os aspectos globais destes 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.

### **3.3.1 Instrumento SF-36**

Com o objetivo de considerar a perspectiva da população ou dos pacientes, atualmente, os métodos de avaliação têm sido desenvolvidos para tal propósito e não com a preocupação de destacar a visão de cientistas e de profissionais de saúde. Em relação à QV, os instrumentos procuram medi-la por meio de indicadores que permeiam a vida humana (ALVES, 2011).

Parte significativa dos instrumentos que avaliam a QV foram desenvolvidos nos Estados Unidos e na Europa, sendo posteriormente traduzidos e adaptados para a realidade de outros países, entre eles o Brasil, e podem ser classificados como genéricos ou específicos (ZATTA et al. 2009). O genérico usa questionários de base populacional sem especificar patologias, no qual abrange uma ampla gama dos aspectos da saúde e das consequências das doenças, sendo utilizado em diversas situações clínicas e em diversos tipos de pacientes. E o específico, como o nome já sugere, é voltado especificamente para uma condição mórbida ou doença (TEDESCO, 2006).

Entre os principais instrumentos traduzidos para o português e validados para uso no Brasil encontra-se o questionário SF-36 (*Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey*) (ZATTA et al. 2009). O questionário SF-36 é um instrumento bastante utilizado na área da saúde e caracteriza-se por ser curto, genérico e de fácil aplicação (WARE; SHERBOURNE, 1992).

O SF-36 constitui um instrumento para a percepção da saúde de uma população em geral, podendo ser utilizado para estudar diversas condições de saúde ou doença (WEE et al., 2005). A tradução e a validação para a língua portuguesa foram descritas por Ciconelli (1999). 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 indivíduo (BRILMANN et al., 2007).

Também são encontradas na literatura versões mais curtas do questionário como SF-12 e o SF-8 os quais diferem da versão original apenas no número de questões.

### 3.4 Relação do Estado Nutricional com a Qualidade de Vida

O estado nutricional demonstra o grau no qual as necessidades fisiológicas por nutrientes estão sendo atingidas para manutenção da composição e das funções adequadas do organismo (TAVARES; ANJO, 1999). Diversos estudos clínicos e de intervenção mostram a ligação direta entre qualidade da dieta e surgimento de doenças e agravos não transmissíveis, destacando a importância da alimentação na saúde e no bem-estar (CERVATO et al., 2005).

Segundo Lira, Goulart e Afonso (2017) o estado nutricional interfere na capacidade funcional, que por sua vez, pode ser influenciado por condições mórbidas que comprometem a qualidade de vida. Son (2017) ao avaliar a percepção corporal, distúrbios psicológicos e qualidade de vida entre indivíduos obesos e não obesos na Turquia, concluiu que a obesidade prejudica a qualidade de vida dos indivíduos e que esta diminui na mesma proporção que a obesidade aumenta. Seus resultados mostraram ainda que a perda de peso em pacientes obesos aumenta a qualidade de vida, especialmente em pacientes do sexo masculino e com nível de escolaridade elevado.

Xu et al. (2018) ao estudarem a relação entre depressão e qualidade de vida em pacientes com obesidade grave concluíram que, a QV é notavelmente afetada nesse público e que a avaliação do estado mental de pacientes com obesidade grave pode ajudar a identificar esse problema e, assim, melhorar a QV.

No estudo de Tamura et al. (2017) realizado com indivíduos admitidos em um serviço de cirurgia bariátrica de um Hospital Universitário, os autores observaram um impacto global significativamente negativo da obesidade mórbida na qualidade de vida, os autores reportaram que como a obesidade está fortemente ligada a várias comorbidades clínicas e também influencia questões socioeconômicas e psicológicas, esse achado era esperado.

Por outro lado, Freitas et al. (2017) ao verificarem a relação da qualidade de vida com o estado nutricional em idosos observaram que ao avaliarem o escore geral do questionário de QV, o peso foi a única variável estudada que apresentou correlação positiva, mostrando que quanto maior o peso, maior a satisfação com a QV. Divergindo dos dados apresentados por Nagahashi et al. (2013) que avaliaram a QV de idosas e observaram que as idosas com excesso de peso, nos diferentes

domínios avaliados, atingiram uma pontuação menor em relação às que estavam com peso saudável.

Nessa perspectiva, verificar a associação do estado nutricional com a qualidade de vida de pacientes atendidos em um serviço ambulatorial irá contribuir para uma avaliação da saúde física e mental destes, em um contexto mais amplo da qualidade de vida.

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo transversal do tipo descritivo, com abordagem quantitativa, recortado de uma pesquisa maior intitulada: risco de disbiose intestinal, estado nutricional e qualidade de vida dos pacientes atendidos no ambulatório de nutrição.

### **4.2 Local do estudo**

O estudo foi desenvolvido em um hospital universitário, localizado no município de Teresina, no estado do Piauí, região Nordeste do Brasil.

O hospital em questão iniciou em 2012 o projeto de expansão de suas atividades objetivando a prestação de assistência à saúde e a realização de atividades de ensino, pesquisa, extensão e inovação tecnológica. Hoje, oferece serviços em 32 especialidades médicas, possui 190 leitos de internação, 15 de UTI e dez salas cirúrgicas. Atualmente, oferta serviços de alta e média complexidade, não havendo atendimento de urgência e emergência (EBSERH, 2018).

Por ser um hospital referenciado, o encaminhamento de pacientes para serviços ambulatoriais (consultas, exames e procedimentos) é realizado a partir de agendamento pela central de marcação de consultas do Sistema Único de Saúde (SUS). Enquanto que, o encaminhamento de pacientes para internação é de responsabilidade da Central Estadual de Regulação, ligada à Secretaria Estadual de Saúde (EBSERH, 2018).

### **4.3 População e amostra**

O estudo envolveu 229 pacientes atendidos no ambulatório do hospital universitário. O tamanho da amostra foi calculado utilizando o *software Raosoft*. Para o cálculo amostral, partiu-se do universo de 565 indivíduos, que representa o total médio de pacientes atendidos semanalmente no serviço ambulatorial. Adotou-se intervalo de confiança de 95%, margem de erro de 5,0%.

#### **4.4 Critérios de inclusão e exclusão**

Os indivíduos foram selecionados de acordo com os seguintes critérios de elegibilidade: critérios de inclusão (pacientes de ambos os sexos na faixa etária entre 20 a 59 anos) e critérios de exclusão (pacientes portadores de doenças gástricas e consumptivas; pacientes que tenham utilizado medicamento para perda de peso nos últimos seis meses, pacientes que tenham realizado cirurgias plásticas, tipo abdominoplastia ou portadores de patologia que pudessem modificar a composição corporal, pacientes que tenham realizado gastroplastia, gestantes e lactantes).

#### **4.5 Variáveis do estudo**

Variável dependente: qualidade de vida, avaliada pelo instrumento SF-36, utilizando-se os escores de seus domínios.

Variáveis independentes: características sociodemográficas (idade, sexo, cor, escolaridade, renda, estado civil e zona de residência), estilo de vida (tabagismo, consumo de álcool, prática de atividade física e uso de medicações), estado nutricional (desnutrição, eutrofia, sobrepeso e obesidade).

#### **4.6 Instrumentos utilizados para coleta de dados**

##### **4.6.1 Avaliação sociodemográfica e do estilo de vida**

As informações sobre as características sociodemográficas e do estilo de vida dos pacientes foram obtidas através da aplicação do questionário sociodemográfico e estilo de vida, no qual neste constava as seguintes informações: características sociodemográficas (idade, sexo, cor, escolaridade, renda, estado civil, zona de residência) e estilo de vida (tabagismo, consumo de bebidas alcólicas, prática de atividade física e uso de medicações).

## 4.6.2 Avaliação antropométrica

### 4.6.2.1 Peso e estatura

Para determinar o estado nutricional global, foram realizadas medidas de peso e estatura dos participantes. O peso corporal foi determinado utilizando uma balança digital da marca Líder<sup>®</sup>, modelo P150C, capacidade para 200 Kg, graduada em 100 gramas, estando os participantes descalços e usando roupas leves. A estatura foi medida em um antropômetro acoplado à balança com escala métrica vertical de 2,1 metros e divisão de 0,5 centímetros, com haste horizontal fixa para posicionamento sobre a cabeça do indivíduo, estando o participante descalço, com os pés unidos, em posição ereta, olhando para frente. As aferições foram realizadas três vezes para cada participante, sendo então obtida a média dessas medidas. O peso foi medido em quilogramas e a estatura em centímetros (DUARTE, 2007).

### 4.6.2.2 Índice de massa corporal (IMC) e classificação do estado nutricional

As medidas de peso corporal e estatura foram utilizadas para o cálculo do IMC, expresso em Kg/m<sup>2</sup>, e foi calculado a partir do valor médio de peso corporal, em quilogramas, dividido pelo valor médio de estatura, em metros, elevada ao quadrado (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

$$\text{IMC (kg/m}^2\text{)} = \text{Peso (kg)} / \text{Estatura (m)}^2$$

A classificação do estado nutricional a partir dos pontos de corte de IMC para adultos, conforme categorias propostas pela *World Health Organization* (2000), estão apresentadas na tabela 1.

**Tabela 1.** Classificação do estado nutricional, segundo IMC em adultos.

CLASSIFICAÇÃO	IMC (kg/m <sup>2</sup> )
Magreza grau III	< 16,0
Magreza grau II	16,0 – 16,9
Magreza grau I	17,0 – 18,4
Eutrófico	18,5 – 24,9
Pré-obesidade	25,0 – 29,9
Obesidade classe I	30,0 – 34,9
Obesidade classe II	35,0 – 39,9
Obesidade classe III	≥ 40

Fonte: World Health Organization (2000).

#### 4.6.3 Avaliação da qualidade de vida

**Quadro 2.** Variáveis resumidas, domínios e questões itens do SF-36.

Variáveis resumidas	Domínio	Questão-item
Saúde física	Capacidade funcional	Q3a – atividade vigorosas
		Q3b – atividade moderada
		Q3c – levantar ou carregar mantimentos
		Q3d – subir vários lances de escada
		Q3e – subir um lance de escada
		Q3f – dobrar-se e ajoelhar-se
		Q3g – andar mais de um quilometro
		Q3h – andar vários quarteirões
		Q3i – andar um quarteirão
		Q3j – banhar-se, vestir-se
	Aspectos físicos	Q4a – diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao trabalho/ outras atividades
		Q4b – realizou menos tarefas do que gostaria
		Q4c – esteve limitado no seu tipo de trabalho ou outras atividades
		Q4d – teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades
	Dor	Q7 – quanta dor no corpo
		Q8 – interferência da dor na realização do trabalho
	Estado geral de saúde	Q1 – em geral você diria que sua saúde é
		Q11a – adoecer facilmente
		Q11b – considerar-se saudável
Q11c – saúde vai piorar		
Q11d – saúde excelente		
Saúde mental	Vitalidade	Q9a – quanto tempo se sente cheio de vigor, força, e de vontade
		Q9e – se sentir com muita energia
		Q9g – sentir-se esgotado
		Q9i – quanto tempo se sente cansado
	Aspectos Sociais	Q6 – de que maneira a saúde física ou problemas emocionais interferi
		Q10 – quanto tempo a saúde física ou emocional interferiu nas atividades sociais
	Aspectos emocionais	Q5a – diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao trabalho ou outras atividades
		Q5b – realizou menos tarefa
		Q5c – não trabalhou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado
	Saúde mental	Q9b – nervosismo
		Q9c – sentir-se deprimido
		Q9d – sentir-se calmo
		Q9f – sentir-se desanimado
		Q9h – sentir-se feliz

**Fonte:** Instrumento Medical Outcomes Study 36- Item Short Form Health Survey (SF-36).

Para a coleta de dados, foi utilizado o instrumento *Medical Outcomes Study 36- Item Short Form Health Survey (SF-36)*. O SF-36 contém 36 questões agrupadas em oito domínios que avaliam os diferentes estados de saúde resumidos em dois componentes (saúde física e saúde mental), conforme ilustrado no quadro 2.

**Quadro 3.** Esquema para recodificação dos valores dos itens das questões do SF-36.

Questão	Valor da resposta	Valor recodificado
1*	1	5,00
	2	4,40
	3	3,40
	4	2,00
	5	1,00
6**	1	5,00
	2	4,00
	3	3,00
	4	2,00
	5	1,00
7*	1	6,00
	2	5,40
	3	4,20
	4	3,10
	5	2,20
	6	1,00
8** (depende das respostas da questão 7)	Se 7=1 e 8=1	6,00
	Se 7>1 e 8=1	5,00
	Se 7>1 e 8=2	4,00
	Se 7>1 e 8=3	3,00
	Se 7>1 e 8=4	2,00
	Se 7>1 e 8=5	1,00
9** (itens: a, d, e, h)	1	6,00
	2	5,00
	3	4,00
	4	3,00
	5	2,00
	6	1,00
11** (itens: b, d)	1	5,00
	2	4,00
	3	3,00
	4	2,00
	5	1,00

**Fonte:** Instrumento Medical Outcomes Study 36- Item Short Form Health Survey (SF-36).\* recodificação segundo escala Likert\*\* Valores invertidos para que maior valor represente melhor estado de saúde.

Cada um dos domínios apresenta escore final de 0 a 100, sendo que zero (0) corresponde a pior estado de saúde e cem (100) representa melhor estado de saúde. O cálculo do escore dos domínios do SF-36 é realizado com os itens recodificados, para valores altos representarem melhor saúde. As questões 1, 6, 7, 8, 9 (itens a, d, e, h) e 11 (b, d) são recodificadas, conforme demonstrado no quadro 3. Já as questões 2, 3, 4, 5, 9 (itens b, c, f, g, i), 10 e 11 (a,c) permanecem os mesmos valores.

Após a etapa de recodificação, soma-se a pontuação dos itens de cada domínio para obter a pontuação real bruta. Em seguida é realizada uma transformação linear para uma escala de 0 a 100, conforme a fórmula abaixo:

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

Na fórmula, os valores de limite inferior e variação (Score Range) são fixos e estão estipulados no quadro 4.

**Quadro 4.** Valores de limite inferior e variação (Score Range) para cada domínio do questionário de avaliação de qualidade de vida.

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

Fonte: Instrumento Medical Outcomes Study 36- Item Short Form Health Survey (SF-36).

#### 4.7 Procedimentos de coleta de dados

O estudo foi desenvolvido entre maio a julho de 2018. A coleta dos dados foi realizada antes do atendimento ambulatorial, de forma a não atrapalhar a rotina do

serviço. Após esclarecimentos detalhados sobre a pesquisa, aqueles que se enquadraram aos critérios de elegibilidade e que aceitaram participar do estudo responderam o questionário sociodemográfico e estilo de vida (APÊNDICE A) e o questionário de avaliação de qualidade de vida (ANEXO A), em seguida realizaram as medidas antropométricas, onde foram registradas na ficha de avaliação antropométrica do paciente (APÊNDICE B).

#### **4.8 Análise dos dados**

Os dados obtidos foram organizados, digitados e armazenados em uma planilha eletrônica no programa *Microsoft Excel*<sup>®</sup>. Para análise dos dados, foram exportados para o *software* PSPP versão 1.1.0. Foi realizada a análise descritiva das variáveis referentes ao tema em estudo, utilizando-se média, frequência e desvio padrão. Para verificação de diferença entre níveis de uma mesma variável em cada domínio, foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis, ou o teste de Wilcoxon para duas amostras independentes. Os casos em que o teste Kruskal-Wallis acusou diferença foi utilizado o teste de Dunn-Bonferroni para comparação múltipla.

#### **4.9 Aspectos éticos e legais da pesquisa**

O projeto foi enviado para Comissão de Avaliação de Projetos de Pesquisa do Hospital Universitário (CAPP-HU), posteriormente foi cadastrado na Plataforma Brasil para encaminhamento e apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFPI, conforme prevê a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), com aprovação por meio do Parecer Consubstanciado do CEP nº 2.654.138 (ANEXO B).

Os participantes da pesquisa foram esclarecidos quanto aos objetivos, procedimentos realizados, bem como possíveis benefícios e riscos da pesquisa e a adesão ao estudo foi confirmado pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C). Todos os participantes foram assegurados quanto ao sigilo e anonimato, estando à guarda dos dados sob total responsabilidade dos pesquisadores.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1 Caracterização Sociodemográfica

Neste estudo, investigou-se a qualidade de vida, bem como seus determinantes sociodemográficos, estilo de vida e estado nutricional em uma população de pacientes atendidos em um serviço ambulatorial de um hospital universitário no município de Teresina, Piauí. A tabela 2 apresenta as características sociodemográficas relativas aos participantes deste estudo.

**Tabela 2.** Características sociodemográficas dos pacientes atendidos no ambulatório de um Hospital Universitário na cidade de Teresina – PI, 2018.

Variável	Número de Pacientes (n=229)	%
<b>Idade (Média e Desvio Padrão)</b>	40,7 (11)	
<b>Sexo</b>		
Masculino	79	34,5
Feminino	150	65,5
<b>Cor</b>		
Branco	23	10,04
Negro	72	31,44
Amarelo	06	2,62
Pardo	128	55,9
<b>Escolaridade</b>		
Analfabeto	11	4,8
Ensino Fundamental Incompleto	63	27,51
Ensino Fundamental Completo	19	8,3
Ensino Médio Incompleto	17	7,42
Ensino Médio Completo	92	40,17
Ensino Superior	27	11,79
<b>Renda</b>		
≤ 1 Salário Mínimo	113	49,34
2 – 4 Salários Mínimos	108	47,16
≥ 5 Salários Mínimos	08	3,49
<b>Estado Civil</b>		
Solteiro	90	39,3
Casado/União estável	114	49,78
Viúvo	10	4,37
Divorciado	15	6,55
<b>Zona de Residência</b>		
Urbana	185	80,79
Rural	44	19,21

Fonte: Dados da Pesquisa (2018).

Observa-se que a média de idade dos pacientes foi de 40,7 anos, houve um predomínio de indivíduos do sexo feminino (65,5%), de cor parda (55,9%). Em relação à escolaridade, a maioria dos participantes apresentava ensino médio completo e ensino superior, no entanto, a baixa escolaridade foi um fator relevante, considerando que em 40,61% dos indivíduos caracterizaram-se como analfabetos, não concluíram o ensino fundamental e concluíram o ensino fundamental. Quanto a variável renda, 49,34% dos entrevistados ganhavam menos que um salário mínimo. Sobre o estado civil 49,78% caracterizavam-se como casados e 80,79% eram residentes de áreas urbanas.

Com referência à idade dos participantes desse estudo, a média identificada foi de  $40,7 \pm 11$  anos, estando de acordo com o verificado em outras pesquisas presentes na literatura (CRUZ et al., 2013; CALENZANI et al., 2017; SON, 2018).

Resultado semelhante à alta prevalência de mulheres verificada neste estudo foi observado também em pesquisa realizada na Colômbia, com o objetivo de determinar a qualidade relacionada à saúde da população em geral da zona urbana de Bucaramanga, no qual 66,7% dos participantes eram mulheres (CÁCERES-MANRIQUE; PARRA-PRADA; PICO-ESPINOSA, 2018).

Em uma pesquisa retrospectiva, realizada para avaliar a qualidade de vida de pacientes com síndrome metabólica no Teerã, observou que 64,3% eram do sexo feminino (AMIRI et al. , 2018). Um estudo transversal, realizado em Viena na Áustria, que teve como objetivo avaliar a associação da percepção da doença com a qualidade de vida relacionada à saúde de indivíduos com artrite reumatoide revelou que 82,5% eram mulheres (BERNER et al., 2018).

Estudos brasileiros também apontam predominância de mulheres, como o de Jataí- GO que avaliou a qualidade de vida de pessoas com obesidade mórbida, apresentou percentual de 86% do sexo feminino (CHAGAS e NEVES, 2015). Em Niterói- RJ, uma pesquisa que estimou a interação biológica entre gênero e obesidade na qualidade de vida, apontou que 55% dos entrevistados eram mulheres (TORRES; ROSA; MOSCAVITCH, 2016).

Neste contexto, nota-se que os participantes desse estudo seguem o mesmo perfil das pesquisas nacionais e internacionais, evidenciando a predominância do sexo feminino. De modo geral, as mulheres utilizam mais os serviços de saúde de maneira preventiva e, por isso, há uma situação de saúde desfavorável quando se trata do grupo masculino em relação ao feminino. Segundo Moreira, Gomes e

Santos (2010) tal evidência tem relação com a concepção de cuidado culturalmente atribuída às mulheres, e sua busca mais assídua por serviços de saúde.

Os indivíduos de cor parda se destacaram neste estudo. Esse resultado deve ser interpretado a partir dos dados demográficos da população residente por cor, que segundo o IBGE (2015) a região Nordeste apresenta 72,5% de sua população parda ou preta.

Quanto a variável escolaridade, apesar de mais da metade da população em estudo possuir ensino médio completo e ensino superior, parte destes possuía baixa escolaridade, corroborando assim com os dados do estudo de Bortolotto, Mola e Tovo-Rodrigues (2018). No que concerne a variável renda, 49,34% dos entrevistados relataram ganhar um salário mínimo ou menos.

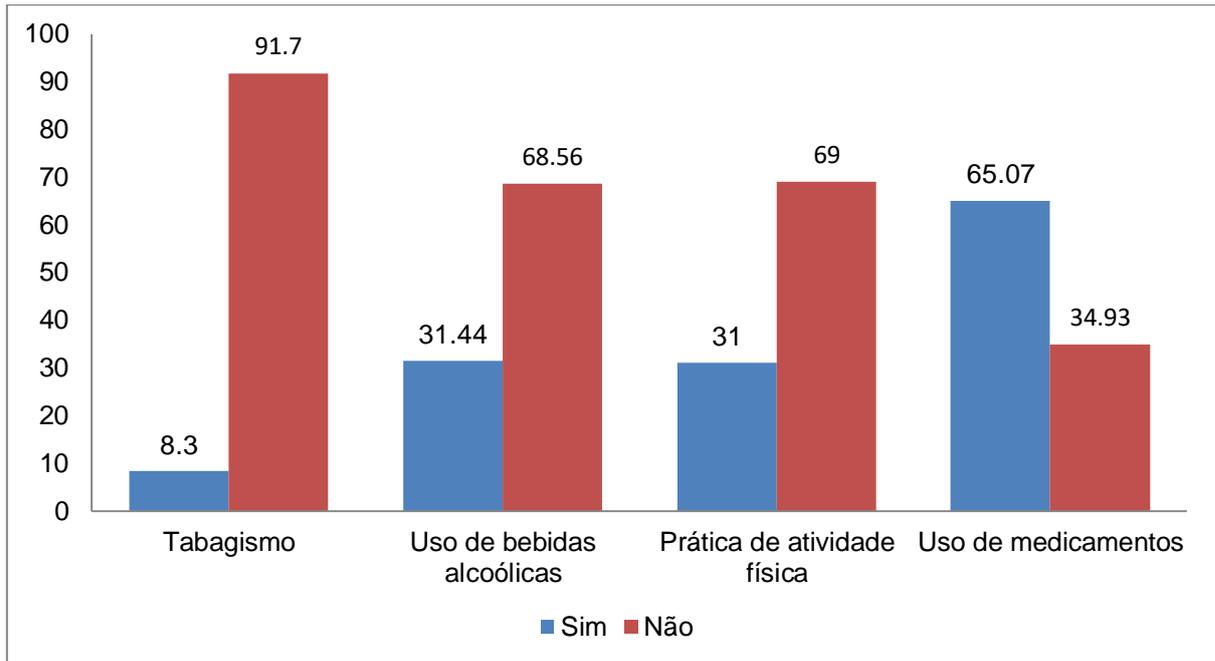
Tais achados são preocupantes, visto que a baixa escolaridade, juntamente com baixa renda constituem fatores de risco para hospitalização, uma vez que, a capacidade de compreensão e maior facilidade nas decisões para a promoção, recuperação e proteção da saúde, se dão com o maior nível de instrução do paciente. Ademais, a renda afeta na capacidade do acesso ao serviço de saúde, aquisição de medicamentos e nutrição (LINN et al., 2016; ALMEIDA et al., 2013).

Em relação do estado civil declarado pelos participantes do estudo em questão, 49,78% se declaram casados ou em união estável. Uma pesquisa desenvolvida no Paraná com pacientes acompanhados por um serviço de obesidade e cirurgia bariátrica, que teve como objetivo analisar a associação da obesidade com a adesão ao tratamento farmacológico e percepção da qualidade de vida relacionada à saúde, também identificou que a maior parte dos pacientes (68,8%) era casada (FIEIRA e SILVA, 2018). Outro estudo realizado em Aracaju, Sergipe, que teve como objetivo avaliar a relação entre qualidade de vida e sintomas depressivos em indivíduos com doença coronariana, verificou que 81% dos pacientes eram casados (GOIS et al., 2018). Desta forma, nota-se que o predomínio de casados autodeclarados é reflexo do público em questão empregado no estudo, que é de indivíduos adultos.

No tocante a zona de residência, 80,79% dos entrevistados residia em zona urbana. Este resultado corrobora com o apresentado por Flores (2018), que ao estudar a qualidade de vida e estado nutricional de mulheres sobreviventes do câncer de mama atendidas em um hospital universitário, reportou que 81,8% destas eram também residentes de zona urbana.

## 5.2 Caracterização do estilo de vida

No que se refere ao estilo de vida, observou-se resultados positivos para as variáveis, tabagismo e uso de bebidas alcoólicas, pois 91,7% e 68,56% dos entrevistados respectivamente, não possuíam esses comportamentos. Por outro lado, 69% dos pacientes não praticavam nenhum tipo de atividade física e 65,07% referiram uso de medicação (Figura 1).



**Figura 1.** Estilo de vida dos pacientes atendidos no ambulatório de um Hospital Universitário na cidade de Teresina – PI, 2018.

**Fonte:** Dados da Pesquisa (2018).

No que concerne ao tabagismo, os achados desta pesquisa corrobora com o verificado em um estudo de base populacional desenvolvido na cidade de São Paulo, no qual os autores ao estudarem o estilo de vida saudável da população paulista, relataram que 58% dos adultos não possuíam o hábito de fumar (FERRARI et al., 2017). Outro estudo realizado com homens atendidos em um serviço ambulatorial de urologia, também reportou resultado favorável em relação ao hábito de fumar, onde o percentual observado foi de 73% (SERAFIM et al., 2019).

Teixeira et al. (2010) explicam que o abandono ao tabaco tem ocorrido com maior frequência, devido à restrição nos espaços públicos, à proibição de propagandas e à maior divulgação dos males atribuídos ao seu uso. Essas razões podem justificar a menor prevalência de tabagismo verificada neste estudo.

Tendo em consideração o consumo de bebidas alcoólicas, mais da metade da população em questão, não apresentou tal comportamento, no entanto, 31,44%, declararam fazerem uso desse tipo de bebida. Segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, o consumo de álcool começa a fazer parte da vida do brasileiro a partir dos 19 anos, em média. Logo, a ingestão de álcool acima do recomendado, uma vez ou mais por semana é comum para mais de 35 milhões de pessoas, o que equivale a 24% da população (BRASIL, 2014).

Desta forma, tal prática chama atenção, tendo em vista que segundo Carvalho et al. (2015) o consumo de álcool contribui para o desenvolvimento da obesidade, visto que comumente, a energia que esta bebida oferece é adicional ao valor energético diário dos indivíduos. Além do mais, o consumo de bebida alcoólica eleva o apetite e está correlacionado ao consumo de outros alimentos concomitantemente, o que também contribui para o aumento de peso. Como o álcool possui prioridade no metabolismo, este é capaz de modificar a oxidação lipídica, favorecendo o acúmulo de gordura, especialmente na região abdominal.

Neste estudo verificou-se prevalência de inatividade física, no qual 69% dos participantes informaram não praticar atividade física. Polisseni e Ribeiro (2014), explicam que, apesar da atividade física ser uma relevante proteção para a promoção de saúde, os elevados índices de inatividade ainda são preocupantes em todo o mundo.

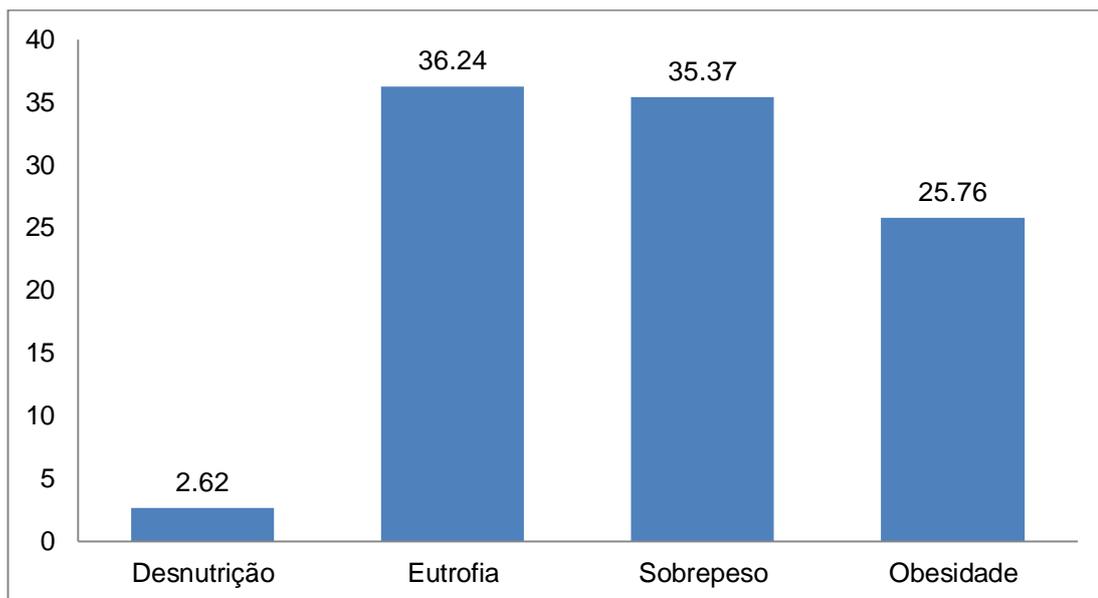
Dessa forma, é necessário que se tenha uma atenção especial a esse público, para que estes possam inserir práticas de atividade física em seus cotidianos, de forma a favorecer sua saúde, uma vez que a prática regular de atividade física, bem como a manutenção do peso adequado, auxilia o estilo de vida na determinação do desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, mostrando que esses fatores devem ser utilizados nas diferentes estratégias de prevenção de doenças (WHO, 2004).

Outro aspecto de grande importância no que diz respeito ao estilo de vida dos pacientes estudados foi a ingestão de fármacos. Nesta pesquisa, grande parte dos envolvidos (65,07%) referiu fazer uso de medicações, mesmo fato observado no estudo de Cerqueira (2014), que ao estudar o impacto do acompanhamento nutricional sobre os parâmetros antropométricos e metabólicos de indivíduos atendidos ambulatorialmente, demonstrou que 71,2% de sua população de estudo faziam uso de medicação.

Tal achado requer atenção, visto que a medicalização apresenta aspectos positivos e negativos. Segundo Albuquerque (2018) o consumo de medicamentos associa-se a segurança do paciente, uma vez que o excesso de intervenções médicas geralmente ocasiona o uso de fármacos e a realização de procedimentos que podem causar danos ao paciente.

### 5.3 Classificação do estado nutricional

Quanto ao estado nutricional dos pacientes estudados, observa-se em relação aos valores do IMC, que embora se tenha verificado um maior percentual de eutrofia (36,24%), ressalta-se uma maior ocorrência de pessoas com sobrepeso e obesidade (35,37% e 25,76%). Enquanto que apenas uma pequena parcela encontrava-se com desnutrição (2,62%) (Figura 2).



**Figura 2.** Estado nutricional dos pacientes atendidos no ambulatório de um Hospital Universitário na cidade de Teresina – PI, 2018.

**Fonte:** Dados da Pesquisa (2018).

A respeito aos dados de desnutrição verificados nesta pesquisa, Monteiro, Mondini e Costa (2000) explicam que a subnutrição ainda afeta indivíduos no Brasil, apesar de afetar contingentes populacionais mais limitados, diferente da obesidade que vem acometendo amplamente a população.

Na presente pesquisa, a predominância de excesso de peso observada no público em questão, assemelha-se a outros estudos presentes na literatura. Babinski

et al. (2017), onde os autores ao estudarem o perfil nutricional de pacientes atendidos em um ambulatório de especialidades em nutrição, observaram que o sobrepeso na população de adultos estudados foi maior que a desnutrição, eutrofia e obesidade.

No estudo de Gome e Salles (2010), os autores ao avaliarem o perfil nutricional dos pacientes atendidos no ambulatório de Nutrição da Faculdade de Ciências da Saúde de Patos de Minas- MG observaram também uma prevalência de indivíduos adultos com excesso de peso, em que 29% apresentavam-se com sobrepeso e 42% foram classificados como obesos.

Vale ressaltar, que a alta parcela de pacientes com excesso de peso verificada na respectiva pesquisa merece a atenção dos profissionais e gestores dos serviços de saúde. Esse achado demonstra que o excesso de peso encontra-se significativo na população em questão. No estudo de Abreu et al. (2018), os autores ao monitorarem e identificarem o estado nutricional de adultos atendidos na Atenção Básica do município de Salvador- BA, também reportaram que o excesso de peso foi a categoria mais prevalente em todos os dez anos analisados, com maior frequência absoluta e relativa.

Desta forma, vale ressaltar a necessidade de prevenção do excesso de peso, pois este juntamente com a obesidade já se é sabido que são fatores de risco associados a diversas DCNT, como diabetes, hipertensão arterial sistêmica, câncer, doenças cardiovasculares, renais e outras doenças que hoje são as responsáveis pelo aumento da morbimortalidade da população brasileira.

#### **5.4 Avaliação da qualidade de vida**

Em referência à qualidade de vida, metade dos domínios pesquisados apresentaram valores médios acima de 60, demonstrando uma percepção positiva de qualidade de vida em alguns aspectos. Na tabela 3 encontram-se demonstrados os valores numéricos obtidos para cada domínio do SF-36 realizado com a população estudada.

Como observado na tabela abaixo, o item que apresentou pior classificação segundo os pacientes foi o domínio relacionado ao estado geral de saúde. Uma resposta para este achado pode ser explicada pelo fato de os entrevistados fazerem

parte de uma parcela de pessoas buscando atendimento ambulatorial, o que já indicam um possível comprometimento de saúde.

**Tabela 3.** Valores numéricos obtidos para cada domínio do SF-36 realizado com pacientes atendidos no ambulatório de um Hospital Universitário na cidade de Teresina – PI, 2018.

<b>Domínios</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio</b>	<b>Mediana</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
Capacidade funcional	71,22	26,67	80	5	100
Aspectos físicos	47,71	43,4	50	0	100
Dor	57,61	30,01	52	0	100
Estado geral de saúde	46,26	19,58	47	5	92
Vitalidade	62,64	23,41	65	5	100
Aspectos sociais	71,34	26,74	75	0	100
Aspectos emocionais	61,86	43,72	100	0	100
Saúde mental	67,04	21,63	72	12	100

**Fonte:** Dados da Pesquisa (2018).

Já os problemas relacionados com o trabalho ou atividade diária em decorrência da saúde física (aspectos físicos) foi o segundo mais crítico apontado pelos entrevistados. Os domínios dor e aspectos emocionais ocuparam o sexto e quinto lugares, respectivamente de forma decrescente dentre os demais, demonstrando que para parte dos entrevistados a dor e suas emoções interferem de forma razoável em seus trabalhos ou atividades diárias.

O domínio vitalidade, composto por quatro itens relacionados a vigor, energia, esgotamento e cansaço, obteve uma média de escore de 62,64 entre os pacientes. Isso demonstra que apesar do estado geral de saúde dos sujeitos esteja afetado, o seu comprometimento em relação à disposição e ânimo para enfrentamento das situações cotidianas ainda está pouco alterada.

Problemas relacionados à depressão e ansiedade não foram observados na população do estudo, tendo em vista que a média de escore para o domínio saúde mental foi de 67,04.

Em relação aos domínios capacidade funcional e aspectos sociais, que estão associados à dificuldade de realizar atividades diárias devido à saúde e quanto o problema físico ou emocional interfere nas atividades sociais, foram os itens melhores classificados pelos pacientes, demonstrando pouca interferência desses domínios em seus cotidianos.

Nesse contexto, comparando-se os resultados aqui apontados com os verificados por Simas et al. (2018) ao avaliarem a qualidade de vida em uma amostra de pacientes com bronquiectasia em acompanhamento ambulatorial, verificou-se que os pacientes deste estudo apresentam melhor qualidade de vida nos domínios capacidade funcional (50,3), aspectos físicos (19,3), estado geral de saúde (35,8), vitalidade (55), aspectos sociais (60,2), aspectos emocionais (16,1) e saúde mental (66,7), uma vez que, todos estes domínios apresentaram melhores pontuações.

Por outro lado, Aquino et al. (2009) avaliando a qualidade de vida de indivíduos que utilizam o serviço de fisioterapia em unidades básicas de saúde em Divinópolis – MG, observaram melhor qualidade de vida em todos os domínios quando confrontados com o presente estudo.

Destaca-se ainda que os valores obtidos para os domínios capacidade funcional, vitalidade, aspectos sociais e saúde mental dos dados aqui apresentados encontram-se semelhantes ao demonstrados no estudo de Cruz et al. (2013) em que os autores ao fornecerem escores normativos do SF-36 em uma amostra da população geral no Brasil, obtiveram para esses domínios médias de 75,8 - 66,3 - 80,1 - 73,9 respectivamente.

### **5.5 Relação dos aspectos sociodemográficos com os domínios do instrumento genérico de avaliação de qualidade de vida**

Os dados referentes para os oito domínios do SF-36, segundo características sociodemográficas estão disponíveis na tabela 4. Os resultados estão apresentados em mediana e intervalo interquartil dos escores.

Verifica-se que as mulheres apresentaram pior qualidade de vida nos domínios dor, vitalidade, aspectos emocionais e saúde mental, com diferença estatisticamente significativa ( $p=0,023$ ) no domínio capacidade funcional. Grandes diferenças ocorreram no domínio aspectos emocionais.

Na literatura, os dados que confirmam que as mulheres apresentam uma relação negativa com os domínios de qualidade de vida, já são bem consolidados, tanto em estudos nacionais como internacionais (CRUZ et al., 2013; BORTOLOTTI; MOLA; TOVO-RODRIGUES, 2018; GARCIA; VERA; LUGO, 2014; RAMÍREZ-VELEZ et al., 2010).

**Tabela 4.** Mediana e intervalo interquartílico (IIQ) dos domínios do SF-36 por característica sociodemográfica dos pacientes atendidos no ambulatório de um Hospital Universitário na cidade de Teresina – PI, 2018. **(continua)**

Variável	Capacidade Funcional		Aspectos Físicos		Dor		Estado Geral de Saúde	
	Mediana (IIQ)	Valor de p	Mediana (IIQ)	Valor de p	Mediana (IIQ)	Valor de p	Mediana (IIQ)	Valor de p
<b>Sexo</b>								
Masculino	85 (35)	<b>0,023</b>	25 (100)	0,533	54 (69)	0,59	47 (25)	0,992
Feminino	75 (40)		50 (100)		52 (41)		47 (30)	
<b>Cor</b>								
Branco	85 (40)	0,262	50 (100)	0,262	72 (80)	0,858	52 (35)	0,369
Negro	75 (47,5)		25 (100)		53 (61)		47 (26)	
Amarelo	65 (35)		87,5 (75)		51 (20)		41 (10)	
Pardo	80 (32,5)		50 (100)		52 (51)		47 (30)	
<b>Escolaridade</b>								
Analfabeto	60 (50)	<b>0,019</b>	0 (100)	<b>0,007</b>	72 (59)	0,265	46 (17)	0,271
Fund. Incompleto	65 (45)*		25 (75)*		51 (52)		45 (25)	
Fund. Completo	70 (50)		0 (100)		50 (51)		35 (35)	
Médio Incompleto	80 (35)		75 (100)**		72 (50)		47 (27)	
Médio Completo	85 (25)**		75 (100)**		61 (51)		47 (34)	
Ensino Superior	90 (40)		50 (75)		52 (33)		52 (25)	
<b>Renda</b>								
≤ 1 SM	70 (45)*	<b>&lt;0,001</b>	25 (100)*	<b>0,005</b>	51 (43)	0,239	47 (27)	0,35
2 a 4 SM	85 (30)**		75 (100)**		61 (43)		47 (30)	
≥ 5 SM	95 (23)**		50 (87,5)		72,5 (54)		56 (25)	
<b>Estado Civil</b>								
Solteiro	85 (40)	0,069	50 (100)	0,096	62 (60)	0,257	52 (30)	0,603
Casado/UE	75 (40)		50 (100)		52 (53)		47 (30)	
Viúvo	62,5 (75)		12,5 (50)		51 (30)		40 (32)	
Divorciado	60 (55)		0 (25)		41 (42)		37 (42)	
<b>Zona de Residência</b>								
Urbana	80 (40)	0,939	50 (100)	0,555	52 (53)	0,442	47 (30)	0,611
Rural	75 (37,5)		50 (100)		61 (38,5)		46,5 (28,5)	

**Fonte:** Dados da Pesquisa (2018). Teste de kruskal-Wallis ou teste de Wilcoxon para amostras independentes ao nível de 0,05. Nas análises em que houve diferença significativa, as colunas foram sinalizadas com número de asteriscos diferentes mostrando que há diferença significativa através do teste de Dunn-Bonferroni.

Essas diferenças podem ser explicadas pelo fato de os homens serem menos exigentes para avaliar sua qualidade de vida, uma vez que estes possuem uma maior satisfação de suas expectativas em relação à qualidade de vida, devido à cultura machista ainda predominante na sociedade (CÁCERES-MANRIQUE; PARRA-PRADA; PICO-ESPINOSA, 2018).

**Tabela 4.** Mediana e intervalo interquartil (IIQ) dos domínios do SF-36 por característica sociodemográfica dos pacientes atendidos no ambulatório de um Hospital Universitário na cidade de Teresina – PI, 2018. **(conclusão)**

Variável	Vitalidade		Aspectos Sociais		Aspectos Emocionais		Saúde Mental	
	Mediana (IIQ)	Valor de p	Mediana (IIQ)	Valor de p	Mediana (IIQ)	Valor de p	Mediana (IIQ)	Valor de p
<b>Sexo</b>								
Masculino	70 (30)		75 (50)		100 (100)		72 (36)	
Feminino	65 (35)	0,087	75 (50)	0,266	66,7 (100)	0,151	68 (32)	0,082
<b>Cor</b>								
Branco	65 (30)		75 (50)		100 (100)		68 (48)	
Negro	65 (40)		87,5 (50)		100 (83,35)		72 (34)	
Amarelo	48 (55)	0,518	68,75 (50)	0,784	83,35 (100)	0,833	38 (36)	0,22
Pardo	65 (30)		75 (50)		66,7 (100)		70,5 (30)	
<b>Escolaridade</b>								
Analfabeto	55 (30)		87,5 (62,5)		33,3 (100)		68 (28)	
Fund. Incompleto	65 (40)		87,5 (50)		100 (100)		72 (40)	
Fund. Completo	60 (40)	0,243	75 (37,5)	0,678	100 (66,7)	0,059	48 (36)	0,186
Médio Incompleto	60 (25)		87,5 (50)		100 (33,3)		60 (32)	
Médio Completo	70 (35)		75 (43,75)		100 (66,7)		72 (30)	
Ensino Superior	65 (35)		75 (37,5)		33,3 (100)		68 (32)	
<b>Renda</b>								
≤ 1 SM	65 (30)		75 (50)		100 (100)		68 (36)	
2 a 4 SM	68 (35)	0,963	75 (43,75)	0,567	100 (100)	0,986	72 (30)	0,77
≥ 5 SM	65 (33)		87,5 (37,5)		66,7 (50)		70 (32)	
<b>Estado Civil</b>								
Solteiro	65 (30)		75 (37,5)		66,7 (100)		68 (28)	
Casado/UE	65 (30)	0,603	75 (50)	0,303	100 (66,7)*	<b>0,022</b>	72 (36)	0,5
Viúvo	43 (55)		56,25 (75)		0 (66,7)**		70 (28)	
Divorciado	55 (25)		87,5 (37,5)		100 (100)		60 (56)	
<b>Zona de Residência</b>								
Urbana	65 (35)		75 (50)		100 (100)		69 (36)	0,85
Rural	65 (37)	0,452	87,5 (37,5)	0,155	66,7 (100)	0,498	72 (36)	

**Fonte:** Dados da Pesquisa (2018). Teste de kruskal-Wallis ou teste de Wilcoxon para amostras independentes ao nível de 0,05. Nas análises em que houve diferença significativa, as colunas foram sinalizadas com número de asteriscos diferentes mostrando que há diferença significativa através do teste de Dunn-Bonferroni.

Pode-se indicar também situação de desigualdade de gênero em que as mulheres vivem, onde além de exercerem funções no mercado de trabalho, estas ainda realizam atividades que demandam muitos esforços no ambiente do lar, como serem mães, esposas, realizarem atividade doméstica, além de questões fisiológicas, no qual acabam provocando efeitos em sua qualidade de vida em comparação com os homens (GOKYILDIZ et al. 2013). Dias et al. (2013), destaca que o sexo feminino vem sendo identificado com um preditor de pior avaliação da qualidade de vida.

Para variável cor, observou-se que houve variação das medianas apresentadas para as classificações estudadas, no qual, verificou-se que os indivíduos de cor branca apresentam melhor pontuação nos domínios capacidade funcional, dor, estado geral de saúde e aspectos emocionais.

Em um estudo realizado na região Sul do Brasil com uma população rural, reportou que dentre todos os desfechos estudados, a variável cor apresentou-se associada apenas com a percepção de qualidade de vida global, e que as pessoas que se relacionaram de cor branca apresentaram melhores percepções de qualidade de vida (BORTOLOTTO; MOLA; TOVO-RODRIGUES, 2018).

Esses resultados podem ser explicados devido ao fato de que no Brasil pessoas de cor de pele não branca, apresentam maiores taxas de morbidade e mortalidade e conseqüentemente apresentam menores expectativas de vida. Ademais, estes indivíduos fazem parte daqueles com menores condições financeiras e menor acesso aos serviços de saúde e aos recursos ligados ao conhecimento, de modo que permaneçam no decorrer da vida prejudicados (IBGE, 2014).

No que diz respeito à escolaridade, observou-se que os indivíduos com mais grau de estudo, apresentaram melhores pontos na maioria dos domínios estudados, apresentando diferença significativa entre os domínios capacidade funcional ( $p=0,019$ ) e aspectos físicos ( $p=0,007$ ) entre os que possuíam ensino fundamental incompleto com aqueles com ensino médio completo.

Nesse contexto, com relação à escolaridade os dados aqui apresentados assemelham-se com os resultados de outros estudos, em que o nível de escolaridade está associado com aumento dos escores dos domínios de qualidade de vida (TSIMPIDA; KATIELIDOU; GALANIS, 2018; MCKEE et al., 2014; ALEXANDER; LADD; POWEL, 2012).

No estudo de Freitas (2015), em que o autor ao estudar a qualidade de vida de mototaxistas na cidade de Goiânia, também verificou que houve diferença significativa no domínio estado geral de saúde entre aqueles com ensino fundamental e os com ensino médio, onde os primeiros apresentaram pior qualidade de vida em relação aos segundos.

Outra pesquisa em que os autores estudaram os fatores associados à qualidade de vida de pacientes em hemodiálise, os achados apontaram que os participantes com menor escolaridade apresentam 4,3 vezes mais risco de baixa qualidade de vida em relação àqueles com maior escolaridade (GESUALDO et al. 2017).

Na variável renda notaram-se melhores escores dos domínios para aqueles que ganhavam mais de um salário mínimo. Houve diferença estatística entre os indivíduos que recebiam menos de um salário mínimo, daqueles que recebiam de dois a quatro ou mais de cinco salários mínimos no domínio capacidade funcional ( $p < 0,001$ ), enquanto que para o domínio aspectos físicos ( $p = 0,005$ ) essa diferença foi apontada entre os que recebiam menos de um salário para aqueles que recebiam de dois a quatro salários mínimos.

Esses resultados podem ser interpretados pelo fato de os determinantes socioeconômicos possuírem papel relevante no âmbito de comportamentos em saúde, uma vez que maiores cuidados são observados em indivíduos empregados com uma renda maior (FIALHO et al., 2014; BIERMAN; FAZIO; MILKIE, 2006). Mas McKee et al. (2014) ressaltam que a realização educacional é mais importante do que a renda mais alta como fator protetor da saúde física.

Neste estudo, o estado civil solteiro esteve mais bem pontuado para cinco dos oito domínios relacionado à qualidade de vida, enquanto que os indivíduos casado/união estável apresentaram melhores pontuações em quatro. Com relação a diferenças estatísticas significativas, estas foram apontadas no domínio aspectos emocionais entre o estado civil casado/união estável e viúvos.

Diante desse assunto, os resultados da literatura não mostram uma direção clara no que diz respeito à qualidade de vida em relação ao estado civil. Lima (2018) em sua pesquisa mostrou que o estado civil se caracterizou como um preditor de pior qualidade de vida, pois os avaliados que vivem em união estável obtiveram os escores mais baixos, tanto na qualidade de vida geral quanto no domínio psicológico.

Já no estudo de Gesualdo et al. (2017), os autores verificaram que os pacientes que não tinham um parceiro fixo, possuíam uma percepção de saúde péssima ou ruim apresentando associação com a pior percepção da qualidade de vida. No mais, destaca-se que a relação afetiva apresenta importância para reduzir o estresse, podendo assim influenciar na qualidade de vida (OLIVARES; BONITO; SILVA, 2015).

Quanto à zona de residência, grande parte dos domínios apresentaram bons escores, demonstrando assim boa percepção de qualidade de vida, no entanto, não houve associação da qualidade de vida com nenhum dos domínios estudados. Alencar et al. (2010) constataram também uma não associação destas variáveis. Os autores explicam que o fato de domiciliar-se em zonas diferentes, não será um fator determinante em uma melhor ou pior qualidade de vida. Mesmo resultado foi demonstrado em outros estudos (SAMPAIO et al., 2017; BARBOSA, 2013).

## **5.6 Relação do estilo de vida com os domínios do instrumento genérico de avaliação de qualidade de vida**

Os dados referentes para os oito domínios do SF-36 segundo estilo de vida dos pacientes estudados está apresentado na tabela 5. Os resultados estão apresentados em mediana e intervalo interquartil dos escores.

Conforme a Organização Mundial da Saúde, hábitos alimentares, sedentarismo, ingestão em excesso de álcool e tabagismo, constituem significativos motivos para o desenvolvimento de doenças. Conseqüentemente, o estudo desses motivos com a qualidade de vida é imprescindível para a atenção dessas condições crônicas e a inserção de ações que contribuam para a melhora da qualidade de vida em relação à saúde.

Nesse sentido de acordo com a tabela abaixo, verifica-se que os pacientes que não relataram hábito tabagista apresentaram maiores escores em todos os domínios referentes à qualidade de vida quando comparados àqueles que fumam, sendo observada diferença estatística significativa no domínio estado geral de saúde.

**Tabela 5.** Mediana e intervalo interquartil (IIQ) dos domínios do SF-36 por estilo de vida dos pacientes atendidos no ambulatório de um Hospital Universitário na cidade de Teresina – PI, 2018.

Variável	Capacidade Funcional		Aspectos Físicos		Dor		Estado Geral de Saúde	
	Mediana (IIQ)	Valor de p	Mediana (IIQ)	Valor de p	Mediana (IIQ)	Valor de p	Mediana (IIQ)	Valor de p
<b>Hábito Tabagista</b>								
Sim	65 (45)	0,066	0 (100)	0,232	41 (52)	0,051	35 (27)	<b>0,002</b>
Não	80 (40)		50 (100)		61 (44)		47 (30)	
<b>Consumo de bebidas alcoólicas</b>								
Sim	80 (30)	0,206	50 (100)	0,1	56,5 (32)	0,863	47 (28,5)	0,431
Não	75 (50)		25 (100)		52 (53)		47 (30)	
<b>Prática de atividade física</b>								
Sim	85 (25)	<b>0,004</b>	75 (100)	<b>0,041</b>	62 (49)	<b>0,007</b>	52 (25)	<b>0,005</b>
Não	75 (45)		25 (100)		51 (44)		46 (27)	
<b>Uso de Medicamentos</b>								
Sim	70 (45)	<b>&lt;0,001</b>	25 (100)	<b>0,003</b>	52 (49)	0,221	42 (27)	<b>0,001</b>
Não	90 (25)		75 (100)		62 (43)		52 (24)	

Variável	Vitalidade		Aspectos Sociais		Aspectos Emocionais		Saúde Mental	
	Mediana (IIQ)	Valor de p	Mediana (IIQ)	Valor de p	Mediana (IIQ)	Valor de p	Mediana (IIQ)	Valor de p
<b>Hábito Tabagista</b>								
Sim	55 (50)	0,066	75 (37,5)	0,588	66,6 (100)	0,32	60 (44)	<b>0,099</b>
Não	65 (30)		75 (50)		100 (100)		72 (32)	
<b>Consumo de bebidas alcoólicas</b>								
Sim	70 (33)	0,581	81,25 (50)	0,348	66,7 (100)	0,52	68 (34)	0,667
Não	65 (35)		75 (50)		100 (100)		72 (36)	
<b>Prática de atividade física</b>								
Sim	75 (30)	<b>&lt;0,001</b>	87,5 (37,5)	<b>0,011</b>	100 (66,7)	0,058	76 (28)	<b>0,001</b>
Não	60 (30)		75 (50)		66,7 (100)		68 (40)	
<b>Uso de Medicamentos</b>								
Sim	65 (35)	0,094	75 (50)	0,088	100 (100)	0,652	68 (36)	0,378
Não	70 (35)		87,5 (50)		83,35 (100)		72 (28)	

**Fonte:** Dados da Pesquisa (2018). Teste de kruskal-Wallis ou teste de Wilcoxon para amostras independentes ao nível de 0,05. Nas análises em que houve diferença significativa, as colunas foram sinalizadas com número de asteriscos diferentes mostrando que há diferença significativa através do teste de Dunn-Bonferroni.

Em um estudo realizado em Montes Claros- MG, os autores ao avaliarem a qualidade de vida relacionada à saúde entre adultos e fatores associados, encontraram resultado semelhante ao deste estudo, em que os não fumantes apresentaram maior qualidade de vida relacionada à saúde no componente físico e

componente mental quando comparados àqueles que fumam (NORONHA et al. 2016).

Já no estudo de Novaes et al. (2016) com objetivo de verificar se existe correlação entre a qualidade de vida e o nível de dependência de nicotina em tabagistas, os autores apontaram que não houve impacto nos domínios físico, psicológico, social e ambiental e ainda apresentaram um escore de qualidade de vida geral em média de 56,39, refletindo uma razoável percepção.

Mas apesar disto, salienta-se que o consumo do tabaco está relacionado a maior predisposição para doenças, incapacidades e alta morbimortalidade, resultando em impacto no estilo e qualidade de vida da população em geral, além de enormes custos sociais, econômicos e ambientais (CASTRO; MATSUO; NUNES, 2009).

No que concerne ao consumo de bebidas alcoólicas, os dados apresentados demonstram que apenas nos domínios aspectos emocionais e saúde mental, os indivíduos que não consomem bebidas alcólicas apresentaram melhores escores relacionados à qualidade de vida. Tal fato demonstra que não foi verificado uma relação entre o consumo de bebidas alcólicas e a qualidade de vida da população em questão. Resultado semelhante foi observado em alguns estudos populacionais, em que estes não estabeleceram bem a associação entre qualidade de vida relacionada à saúde e o consumo de bebida alcólica (FUJIKAWA et al., 2011; VOGL et al. 2012).

Todavia, um estudo de caráter nacional ao analisar a qualidade de vida relacionada à saúde dos usuários da atenção primária em saúde do Sistema Único de Saúde e fatores a ela associados, apontou uma associação negativa entre a qualidade de vida e o hábito de beber uma vez ou mais por mês (ASCEF et al., 2017). Mesmo achado foi demonstrado por Veiga, Cantorani e Vargas (2016) ao estudarem a qualidade de vida e o alcoolismo, apontaram uma correlação forte e negativa em todos os domínios do WOQOL-bref com o consumo de álcool.

A prática de atividade física, realizada por somente 31% dos entrevistados, apresentou melhores pontuações em todos os domínios de qualidade de vida pesquisados. Mostrando diferença estatística significativa ( $p < 0,05$ ) na maioria dos domínios, com exceção apenas dos aspectos emocionais.

Outro estudo já constatou que a prática regular de atividade física e uma maior aptidão física estão correlacionadas a uma menor mortalidade e melhor

qualidade de vida em populações adultas (GILLISON et al., 2009). No estudo de Costa e Nogueira (2014) as autoras ao estudarem os fatores associados à qualidade de vida relacionada à saúde de receptores de transplantes renais, também reportaram associação positiva entre os praticantes de atividades físicas e os escores dos domínios do SF-36.

De acordo com Maia et al. (2016) a prática de atividade física regular auxilia diretamente na saúde física, no humor e na vida social, ajuda na diminuição da glicemia, do colesterol e dos triglicerídeos, além de reduzir o estresse e promover a perda de peso. Indivíduos fisicamente ativos apresentam maior disposição e vontade de executar suas atividades diárias, são menos cansados, e possuem melhor nível cognitivo, todos esses benefícios contribuem para a melhora a qualidade de vida

No estudo de Tairova e Lorenzi, (2011) as mulheres praticantes de atividade física, ainda que de intensidade leve a moderada, mostraram uma capacidade funcional significativamente maior do que as mulheres sedentárias. Steptoe et al., (2012) realizando um estudo longitudinal, observaram que os praticantes mais velhos (39 a 62 anos) apresentaram maior vitalidade em comparação com praticantes mais jovens (18 a 27 anos). Isso demonstra que o interesse pela realização de atividade física vai acontecendo ao longo da vida, sendo imprescindível na fase idosa.

Outros estudos ressaltam que a importância da atividade física é fundamental na prevenção de doenças e na manutenção das capacidades funcionais, atenuando o impacto de degeneração causada pelo processo de envelhecimento não saudável nos domínios físicos, psicológicos e sociais da qualidade de vida (KACZOR et al., 2006; MATSUDO; MATSUDO; BARROS NETO, 2000). Desta forma, estimular o comportamento para realização de atividade física e de lazer é fundamental para manutenção dos processos biológicos relacionados à saúde, e conseqüentemente melhora da qualidade de vida.

Sobre o uso de medicamento, 65,07% dos entrevistados afirmaram sua utilização. O uso regular de medicamentos é comum para tratamentos de patologias, e como a população em questão foi composta por pessoas em atendimento ambulatorial, tal resultado era esperado.

Neste estudo verificou-se que os indivíduos que não faziam o uso de medicamentos, apresentaram melhores escores em quase todos os domínios do SF-36, demonstrando assim, melhor qualidade de vida. Diferenças estatísticas foram

obtidas nos domínios: capacidade funcional ( $p < 0,001$ ), aspectos físicos ( $p = 0,003$ ) e estado geral de saúde ( $p = 0,001$ ).

Resultado similar foi apresentado por Noronha et al. (2016) em que apenas 26,8% da sua amostra fazia uso de medicamentos, e estes apresentaram baixos níveis de qualidade de vida, quando comparados com os que não faziam o uso diário de medicamentos. Lima, Portella e Pasqualotti (2016), ao avaliarem a qualidade de vida de portadores de dor crônica tratados com acupuntura, também reportaram que os participantes que fazem uso diário de analgésicos apresentaram a qualidade de vida desfavorecida em relação à capacidade funcional.

Outro estudo ao analisar morbidades referidas e qualidade de vida, demonstrou uma associação entre maior número de morbidades e baixos escores nos domínios físicos de qualidade de vida, onde estas podem estar relacionadas à dor, desconforto, dependência do uso de medicamentos e necessidade de realizar o tratamento da doença nos serviços de saúde (MACIEL et al., 2016).

Nesse contexto, é perceptível que o uso de medicamentos contribui para níveis baixos de qualidade de vida, assim ressalta-se que a promoção de práticas para o uso racional de medicamentos seja incentivadas, tanto em indivíduos enfermos como na população em geral.

### **5.7 Relação do estado nutricional com os domínios do instrumento genérico de avaliação de qualidade de vida**

Os dados referentes para os oito domínios do SF-36 segundo o estado nutricional dos pacientes estudados está apresentado na tabela 6. Os resultados estão apresentados em mediana e intervalo interquartilico dos escores.

Neste estudo verificou-se uma variação entre a relação do estado nutricional com os domínios indicadores de qualidade de vida. No domínio capacidade funcional, todas as classificações de estado nutricional apresentaram valores favoráveis. Por outro lado, para o domínio estado geral de saúde, todos tiveram baixos escores. Já em relação ao domínio aspectos físicos, os indivíduos eutróficos pontuaram escores mais baixos. Quanto aos domínios: dor, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental, os indivíduos desnutridos obtiveram menores pontuações. Diferença estatística significativa foi observada apenas no domínio aspectos emocionais, entre os indivíduos desnutridos e obesos.

**Tabela 6.** Mediana e intervalo interquartílico (IIQ) dos domínios do SF-36 por estado nutricional dos pacientes atendidos no ambulatório de um Hospital Universitário na cidade de Teresina – PI, 2018.

Estado Nutricional	Capacidade Funcional		Aspectos Físicos		Dor		Estado Saúde	
	Mediana (IIQ)	Valor de p	Mediana (IIQ)	Valor de p	Mediana (IIQ)	Valor de p	Mediana (IIQ)	Valor de p
Desnutrição	67,5 (30)	0,309	62,5 (75)	0,385	40,5 (42)	0,555	35 (23)	0,471
Eutrofia	80 (40)		25 (75)		61 (53)		47 (30)	
Sobrepeso	85 (35)		75 (100)		61 (43)		47 (35)	
Obesidade	70 (45)		50 (100)		52 (54)		47 (27)	

Estado Nutricional	Vitalidade		Aspectos Sociais		Aspectos Emocionais		Saúde Mental	
	Mediana (IIQ)	Valor de p	Mediana (IIQ)	Valor de p	Mediana (IIQ)	Valor de p	Mediana (IIQ)	Valor de p
Desnutrição	45 (30)	0,113	50 (50)	0,348	0 (33,3)*	0,04	48 (16)	0,146
Eutrofia	65 (35)		75 (50)		100 (100)		72 (36)	
Sobrepeso	65 (35)		75 (50)		100 (100)		68 (28)	
Obesidade	70 (40)		87,5 (50)		100 (100)**		72 (32)	

**Fonte:** Dados da Pesquisa (2018). Teste de kruskal-Wallis ou teste de Wilcoxon para amostras independentes ao nível de 0,05. Nas análises em que houve diferença significativa, as colunas foram sinalizadas com número de asteriscos diferentes mostrando que há diferença significativa através do teste de Dunn-Bonferroni.

Desta forma, apesar da variação das pontuações relatadas, não foi possível apontar diferença de qualidade de vida segundo o estado nutricional na população em questão na maioria dos domínios investigados.

Resultado equivalente ao deste estudo, foi reportado por Song et al. (2010) em que os pesquisadores, ao estudarem o impacto do sobrepeso na qualidade de vida de indivíduos coreanos adultos, mostraram que não há diferença na qualidade de vida entre sujeitos com peso normal e sobrepeso.

Ressalta-se que neste estudo em particular os indivíduos desnutridos apresentaram menores pontuações referentes à qualidade de vida. Na literatura, são escassos os trabalhos que associam a desnutrição com a qualidade de vida em indivíduos adultos. Porém, na população idosa os estudos envolvendo esta temática são bem difundidos.

No estudo de Yo et al. (2018) os autores ao verificaram que o baixo peso pode ser um contribuinte mais importante para o comprometimento da qualidade de vida, quando comparado com o excesso de peso. Ainda, Luger et al. (2016), ao avaliarem o estado nutricional na qualidade de vida de uma comunidade de idosos,

destacam que o estado nutricional esteve intimamente associado a domínios de qualidade de vida, e reforçam a importância de se considerar a desnutrição quando se tenta melhorar a qualidade de vida.

A desnutrição e a perda de peso são fatores importantes para as dimensões da complexidade que envolve a análise da qualidade de vida, uma vez que estes podem associar-se a doenças e condições que, por sua vez, diminuem a qualidade de vida relacionada à saúde (KYAMME et al. 2011).

Em estudo transversal realizado com idosos coreanos que eram pacientes de ambulatórios e centros de saúde foi verificado que não houve associação significativa entre IMC elevado e baixa qualidade de vida, avaliada pelo questionário SF-36 (LEE et al., 2017). Tal achado corrobora com os resultados apresentados nesta pesquisa.

Vale ainda destacar, que apesar deste estudo não ter apontado baixa qualidade de vida nas pessoas com sobrepeso e obesidade, há evidências que estas condições contribuem para baixos níveis de percepção de saúde.

Em um estudo realizado no Paraná com indivíduos obesos de um serviço ambulatorial, os pesquisadores enunciaram que o excesso de peso diminui a percepção de qualidade de vida e bem-estar dos pacientes, principalmente nos componentes relacionados a saúde física, sendo o domínio dor o mais comprometido nesses indivíduos, ademais, valores baixos no componente de saúde mental foram correlacionados ao maior grau de IMC (FIEIRA e SILVA, 2018).

Outro estudo realizado na Alemanha com o objetivo de avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde metabólica e a obesidade em ambos os sexos, relatou que a obesidade foi relacionada significativamente com menores índices de qualidade de vida, independentemente do estado de saúde metabólica, sendo estas associações presentes em ambos os sexos, porém prevalentes no sexo feminino (TRUTHMANN et al., 2018).

Torres, Rosa e Moscovitch (2016), observaram que a obesidade na população brasileira com idade entre 20 a 64 anos, está associada com baixa qualidade de vida e esta associação também difere por sexo, sendo significativa para as mulheres. E Cameron et al. (2016) demonstraram que uma relação bidirecional foi observada entre o declínio da qualidade de vida e o aumento do peso. Assim, a redução da qualidade de vida aumenta a probabilidade de aumento de peso, e o aumento do peso leva à redução da qualidade de vida.

Diante desse cenário, é perceptível que o estado nutricional está associado às características individuais e sociais e esta relação é fundamental na qualidade de vida dos pacientes aqui analisados. Por esse motivo, é imprescindível que os motivos desfavoráveis desse processo sejam identificados e sanados.

As principais limitações deste estudo foram o tamanho da amostra e o fato desta pesquisa ter sido realizada em uma única instituição. Assim, as observações aqui apontadas não podem ser generalizadas para a população. Além do delineamento transversal, em que nenhuma conclusão de causalidade pode ser feita, em vista disso não foi possível identificar qual condição foi a causa e qual foi a consequência.

## 6 CONCLUSÃO

A população do estudo foi caracterizada quanto aos aspectos sociodemográficos, tendo o predomínio de indivíduos do sexo feminino, de cor parda, com baixa escolaridade, dispendo de menos de um salário mínimo como renda, sendo a maioria casada e residente em zonas urbanas. Em relação ao estilo de vida, a maioria não se caracterizou como tabagistas e nem possuíam o hábito de consumir bebidas alcólicas, por outro lado, uma parcela se caracterizou como sedentária e referiram o uso de medicação.

Quanto ao estado nutricional foi verificada a predominância de indivíduos eutróficos, seguidos por indivíduos com sobrepeso e obesidade. Os pacientes apresentaram uma boa qualidade de vida, sendo esta constatada com os valores médios obtidos na maioria dos domínios do questionário SF-36.

Ao relacionar a qualidade de vida com as variáveis independentes do estudo, foram verificados melhor percepção desta, em indivíduos do sexo masculino, de cor branca, com alta escolaridade, renda acima de um salário mínimo, estado civil solteiro, não tabagistas, não consumidores de bebidas alcólicas e praticantes de atividade física.

Portanto, os resultados aqui apresentados poderão servir como base para outros estudos e para o planejamento de ações de prevenção e intervenção às populações que buscam atendimento ambulatorial, principalmente no que permeia os agravos à sua saúde física e mental. Ressalta-se ainda que estudos longitudinais precisam ser realizados, de forma a investigar a contribuição dos diferentes domínios na qualidade de vida e no estado de saúde do indivíduo ao longo do tempo.

## REFERÊNCIAS

- ABREU, E. T. F. *et al.* Monitoramento do estado nutricional de adultos atendidos na atenção básica de saúde em Salvador – BA. **Revista Saúde em Foco**, v. 11, n. 1, p. 288-94, 2018.
- ALBUQUERQUE, A. A. O impacto da medicalização sobre os direitos humanos dos pacientes. **Revista Iberoamericana de Bioética**, v. 6, n. 6, p. 1-15, 2018.
- ALENCAR, N. A. *et al.* Avaliação da qualidade de vida em idosos residentes em ambientes urbano e rural. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.13, n.1, p.103-109, 2010.
- ALEXANDER, A.; LADD, P.; POWELL, S. Deafness might damage your health. **Lancet**, v. 379, n. 9820, p. 979–81, 2012.
- ALMEIDA, G. A. A. *et al.* Perfil de saúde de pacientes acometidos por insuficiência cardíaca. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 17, n. 2, p. 328-35, 2013.
- ALVES, E. F. Qualidade de vida: considerações sobre os indicadores e instrumentos de medida. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**, v. 3, n. 1, p. 16-23, 2011.
- AMIRI, P. *et al.* Health-Related Quality of Life in Tehran Lipid and Glucose Study. **International Journal Endocrinology and Metabolism**, v. 16, n. 16, p. e84745, 2018.
- APOVIAN, C. M.; GOKCE, N. Obesity and Cardiovascular Disease. **Circulation**, v. 125, n. 9, p. 1178-1182, 2012.
- AQUINO, C. F. *et al.* Avaliação da qualidade de vida de indivíduos que utilizam o serviço de fisioterapia em unidades básicas de saúde. **Fisioterapia em Movimento**, v. 22, n. 2, p. 271-279, 2009.
- ARAÚJO, G. T. **Antropometria**. Curso Nacional de Nutrologia – Associação Brasileira de Nutrologia, 2015. Disponível em: [http://www.abran.org.br/cnnutro2016/areadoaluno/arquivos\\_aula\\_pratica/antropometria.pdf](http://www.abran.org.br/cnnutro2016/areadoaluno/arquivos_aula_pratica/antropometria.pdf) Acesso em: 19 de dez. de 2018.
- ASCEF, B. O. *et al.* Qualidade de vida relacionada à saúde dos usuários da atenção primária no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. s2, p. 22s, 2017.
- BABINSKI, J. M. *et al.* Perfil nutricional de pacientes atendidos no ambulatório de especialidades em nutrição da URI-FW. **Revista de Enfermagem**, v. 13, n. 13, p. 41-54, 2017.
- BARBOSA, A. P. **Área rural e urbana: estudo sobre qualidade de vida e nível de atividade física de idosos de Pimenta Bueno – RO**. 2013. 93f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2013.

BERNER, C. *et al.* A cross-sectional study on self-reported physical and mental health-related quality of life in rheumatoid arthritis and the role of illness perception. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 16, n. 1, p.238, 2018.

BIERMAN, A.; FAZIO, E. M.; MILKIE, M. A. A multifaceted approach to the mental health advantage of the married. Assessing how explanations vary by outcome measure and unmarried group. **Journal of Family Issues**, v. 27, n. 4, p. 554-82, 2006.

BLAKEMORE, A. *et al.* Depression and anxiety predict health-related quality of life in chronic obstructive pulmonary disease: systematic review and meta-analysis. **International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease**, v. 9, n. 1, p.501-512, 2014.

BORTOLOTTO, C. C.; MOLA, C. L.; TOVO-RODRIGUES, L. Qualidade de vida em adultos de zona rural no Sul do Brasil: estudo de base populacional. **Revista de Saúde Pública** v. 52, n. sup1, p. 4s, 2018.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Rio de Janeiro: IBGE; 2013. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf> Acesso em: 12/12/2018.

BRILMANN, M.; OLIVEIRA, M. S.; THIERS, V. O. Avaliação da Qualidade de vida relacionada à saúde na obesidade. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 39-54, 2007.

CÁCERES-MANRIQUE, F. M.; PARRA-PRADA, L. M.; PICO-ESPINOSA, O. J. Calidad de vida relacionada con la salud en población general de Bucaramanga, Colombia. **Revista de Salud Pública**, v. 20, n. 2, p. 147-154, 2018.

CALENZANI, G. *et al.* Prevalence of musculoskeletal symptoms in obese patients candidates for bariatric surgery and its impact on health related quality of life. **Archives of Endocrinology and Metabolism**, v. 61, n. 4, p.319-25, 2017.

CAMERON, A. J. *et al.* A bi-directional relationship between obesity and health-related quality of life: evidence from the longitudinal Aus Diab study. **International Journal of Obesity – Nature**, v. 36, n. 1, p. 295-303, 2012.

CARVALHO, C. A. *et al.* Associação entre fatores de risco cardiovascular e indicadores antropométricos de obesidade em universitários de São Luís, Maranhão, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 2, p. 479-490, 2015.

CASTRO, M. R. P.; MATSUO, T.; NUNES, S. O. V. Características clínicas e qualidade de vida de fumantes em um centro de referência de abordagem e tratamento do tabagismo. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 36, n. 1, p. 67-74, 2009.

CATALÁN, V. *et al.* Adipose tissue immunity and cancer. **Frontiers in Physiology**, v. 1, n. 4, p. 275, 2013.

- CERQUEIRA, D. W. **Impacto do acompanhamento nutricional sobre os parâmetros antropométricos e metabólicos de indivíduos atendidos ambulatorialmente**. 2014. 71f. Dissertação (Mestrado em Nutrição) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2014.
- CERVATO, A. M. *et al.* Educação nutricional para adultos e idosos: uma experiência positiva em Universidade Aberta para a Terceira Idade. **Revista de Nutrição**, v. 18, n.1, p. 41-52, 2005.
- CHAGAS, M. O.; NEVES, S. S. M. Avaliação da qualidade de vida de pessoas com obesidade mórbida. **Estudos**, v. 42, n. 4, p. 465-479, 2015.
- CICONELLI, R. M. *et al.* Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 39, n. 3, p. 143-150, 1999.
- COSTA, J. M.; NOGUEIRA, L. T. Fatores associados à qualidade de vida relacionada à saúde de receptores de transplantes renais em Teresina, Piauí, 2010. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 23, n. 1, p. 121-129, 2014.
- CRUZ, L. N. *et al.* Health-related quality of life in Brazil: normative data for the SF-36 in a general population sample in the south of the country. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n. 7, p. 1911-1921, 2013.
- DANIELSEN, K. K. *et al.* Beyond weight reduction: improvements in quality of life after an intensive lifestyle intervention in subjects with severe obesity. **Annals of Medicine**, v. 46, n. 5, p. 273–282, 2014.
- DIAS, B. A. *et al.* Qualidade de vida de médicos residentes de um hospital escola. **Scientia medica**, v. 26, n. 1, p.1-9, 2016.
- DUARTE, A. C. G.; BORGES, V. L. S. **Semiologia nutricional**. In: DUARTE, A. C. G. Avaliação Nutricional: aspectos clínicos e laboratoriais. São Paulo: Atheneu, cap. 4, p. 21- 28, 2007.
- EBSERH. **Hospitais Universitários Federais. Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí**. Teresina: UFPI, 2018. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/web/hu-ufpi/apresentacao>. Acesso em: 22 set. 2018.
- ELLIS, K. J. Human Body Composition: In Vivo Methods. **Physiological Reviews**, v. 80, n. 2, p. 649- 80, 2000.
- FERRARI, T. K. *et al.* Estilo de vida saudável em São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 1, p. e00188015, 2017.
- FERREIRA, C. D *et al.* **Coleção Manuais da Nutrição 2 – Ciclos da Vida**. 1ª ed. Salvador: SANAR, 2016. p. 358.
- FERREIRA, G. M. F. *et al.* Estilo de vida entre os brasileiros Adventistas do Sétimo Dia. **Lifestyle Journal**, v. 1, n. 1, p. 15-23, 2011.

- FERREIRA, M. L. L. *et al.* Qualidade de vida relacionada à saúde de idosos em tratamento quimioterápico. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 18, n. 1, p.165-177, 2015.
- FIALHO, C. B. *et al.* Capacidade funcional e uso de serviços de saúde por idosos da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: um estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 3, p. 599-610, 2014.
- FIEIRA, C.; SILVA, L. L. Obesidade: um estudo sobre a adesão ao tratamento medicamentoso e a percepção da qualidade de vida relacionada à saúde. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v.12, n. 75, p.920-926, 2018.
- FILHO, E. S. N. *et al.* Estilo de vida influencia variáveis antropométricas e pressão arterial em adultos jovens. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 9, n. 1, p. 137-142, 2016.
- FLORES, P. T. **Qualidade de vida e estado nutricional de mulheres sobreviventes do câncer de mama em terapia hormonal adjuvante**. 2018. 102f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde e da Vida) - Universidade Franciscana, Santa Maria – RS; 2018.
- FREITAS, A. P. *et al.* Relação da qualidade de vida com o estado nutricional de idosos. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**, v. 9, n. 1, p. 30-44, 2017.
- FREITAS, L. F. **Qualidade de vida de trabalhadores mototaxistas de Aparecida de Goiânia**. 2015. 104f. Dissertação (Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde). Pontifícia Universidade Católica de Goiás; 2015.
- FUJIKAWA, A. *et al.* Evaluation of health-related quality of life using EQ-5D-3L in Takamatsu, Japan. **Environmental Health and Preventive Medicine**, v. 16, n. 1, p. 25-35, 2011.
- GARCÍA, H. I.; VERA, C. Y.; LUGO, L. H. Calidad de vida relacionada con la salud en Medellín y su área metropolitana, con aplicación del SF-36. **Revista Facultad Nacional de Salud Pública**, v. 32, n. 1, p. 26-39, 2013.
- GARRIDO-CHAMORRO, R. *et al.* Correlation between body mass index and body composition in elite athletes. **The Journal of Sports Medicine and Physical Fitness**, v. 49, n. 3, p. 278-284, 2009.
- GESUALDO, G. D. *et al.* Fatores associados à qualidade de vida de pacientes em hemodiálise. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 26, n. 2, p. e05600015, 2017.
- GILLISON, F. B. *et al.* The effects of exercise interventions on quality of life in clinical and healthy populations; a meta- analysis. **Social Science & Medicina**, v. 68, n. 9, p. 1700-1710, 2009.

GOIS, C. F. L. *et al.* Qualidade de vida relacionada à saúde, sintomas depressivos e senso de coerência de coronariopatas. **Enfermagem em Foco**, v. 9, n. 4, p. 44-48, 2018.

GOKYILDIZ, S. *et al.* The Effects of Menorrhagia on Women's Quality of Life: A Case-Control Study. **ISRN Obstetrics and Gynecology**, 2013. Disponível em: <https://www.hindawi.com/journals/isrn/2013/918179/> Acesso em 12/01/2019.

GOMES, A. C. R.; SALLES, D. R. M. Perfil nutricional dos pacientes atendidos no ambulatório de Nutrição da Faculdade de Ciências da Saúde (FACISA), de Patos de Minas/MG. **Revista do Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa e Extensão do UNIPAM**, v. 1, n. 7, p. 63-71, 2010.

GONÇALVES, J. D. A. **Percepção de saúde e qualidade de vida dos enfermeiros**. 2008. 112f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade de Algarve, 2008.

GORDIA, A. P. *et al.* Qualidade de vida: contexto histórico, definição, avaliação e fatores associados. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**, v. 03, n. 1, p.40-52, 2011.

GUEDES, D. P. Procedimentos clínicos utilizados para análise da composição corporal. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**, v.15, n. 1, p. 113-129, 2013.

GUIMARÃES, N. G. *et al.* Adesão a um programa de aconselhamento nutricional para adultos com excesso de peso e comorbidades. **Revista de Nutrição**, v. 23, n. 3, p. 323-333, 2010.

HIGGS, P. *et al.* Researching quality of life in early old age: the importance of the sociological dimension. **Social Policy & Administration**, v. 37, n. 3, p. 239-252, 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas: Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação**. Rio de Janeiro: IBGE; MS; 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008 - 2009: antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos do Brasil**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde: Brasil e grandes regiões**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2015**. Rio de Janeiro: IBGE; 2015.

JORDAN, A. S.; MCSHARRY, D. G.; MALHOTRA, A. Adult obstructive sleep apnoea. **Lancet**, v. 383, n. 9922, p. 736-747, 2014.

KACZOR, L. J. *et al.* The effect of aging on anaerobic and aerobic enzyme activities in human skeletal muscle. **The Journal Gerontology Series A Biological Sciences and Medical**, v. 61, n. 4, p. 339-44, 2006.

KAHN, S. E.; COOPER, M. E.; DEL PRATO, S. Pathophysiology and treatment of type 2 diabetes: perspectives on the past, present, and future. **Lancet**, v. 383, n. 9922, p. 1068-1083, 2014.

KAMIMURA, M. A. *et al.* Avaliação nutricional. In: CUPPARI, L. **Guias de medicina ambulatorial e hospitalar. UNIFESP: Escola Paulista de Medicina Nutrição – Nutrição Clínica no Adulto**. 2ª ed. São Paulo: Manole, 2005. p. 89-127.

KARLSEN, T. I. *et al.* Health related quality of life after gastric bypass or intensive lifestyle intervention: a controlled clinical study. **Health and Quality of Life Outcomes**, v.11, n.17, p.11-17, 2013.

KYAMME, JM.; OLSEN, J. A.; FLORHOLMEN, J.; JACOBSEN, B. K. Risk of malnutrition and health-related quality of life in community-living elderly men and women: The Tromsø study. **Quality of Life Research**, v. 20, n. 4, p.575–582, 2011.

LEE, G. *et al.* Association between Body Mass Index and Quality of Life in Elderly People over 60 Years of Age. **Korean Journal of Family Medicine**, v. 38, n. 4, p. 181–191, 2017.

LIMA, K. S.; PORTELLA, M. R.; PASQUALOTTI, A. Avaliação da qualidade de vida de portadores de dor crônica tratados com acupuntura. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 19, n. 22, p.255-269, 2016.

LIMA, P. C. **Qualidade de vida dos residentes de programas de residência da área da saúde**. 2018. 93f. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Piauí; 2018.

LINN, A. C.; AZZOLIN, K.; SOUZA, E. N. Associação entre autocuidado e reinternação hospitalar de pacientes com insuficiência cardíaca. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 3, p. 500-6, 2016.

LIRA, S.; GOULART, R. M.; ALONSO, A. C. A relação entre estado nutricional e presença de doenças Crônicas e seu impacto na qualidade de vida de idosos: Revisão integrativa. **Revista de Atenção em Saúde**, v. 15, n. 53, p. 81-86, 2017.

LÓPEZ, A. A. *et al.* Body Adiposity Index Utilization in a Spanish Mediterranean Population: Comparison with the Body Mass Index. **PLoS One**, v. 7, n. 4, p. e35281, 2012.

LUGER, E. *et al.* Association between nutritional status and quality of life in (pre) frail community-dwelling older persons. **The Journal of Frailty & Aging**, v. 5, n.3, p.141-148, 2016.

MACIEL, N. M. *et al.* Morbidades referidas e qualidade de vida: estudo de base populacional. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 23, n. 1, p. 91-7, 2016.

MAGALLARES, A. *et al.* Psychological well-being in a sample of obese patients compared with a control group. **Nutrición Hospitalaria**, v. 30, n. 1, p.32-36, 2014.

MAIA, D. A. C. *et al.* Síndrome de *Burnout* em residentes de pediatria do estado do Ceará e sua relação com a prática de atividade física. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 31, n. 2, p. 137-146, 2016.

MALTA, M. B. *et al.* Avaliação da alimentação de idosos de município paulista – aplicação do Índice de Alimentação Saudável. **Ciências & Saúde Coletiva**, v.18, n. 2, p. 377-384, 2013.

MATSUDO, S. M.; MATSUDO, V. K. R.; BARROS NETO, T. L. Efeitos benéficos da atividade física na aptidão física e saúde mental durante o processo de envelhecimento. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v. 5, n. 2, p. 60-76, 2000.

MCKEE, M. M. *et al.* Higher educational attainment but not higher income is protective for cardiovascular risk in deaf American sign language (ASL) users. **Disability and Health Journal**, v. 7, n. 1, p. 49–55, 2014.

MEIRELLES, B. H. S. *et al.* Percepções da qualidade de vida de pessoas com HIV/AIDS. **Revista de Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 11, n. 3, p. 68-76, 2010.

MINAYO, M. A. C. S.; ZULMIRA, M. A. H.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência e Saúde**, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

MINAYO, M. A. C. S. Qualidade de vida e saúde como valor existencial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n. 7, p.1868, 2013.

MONTEIRO, C. A.; MONDINI, L.; COSTA, R. B. L. Mudanças na composição e adequação nutricional da dieta familiar nas áreas metropolitanas do Brasil (1988-1996). **Revista de Saúde Pública**, v.34, n.3, p.251-8, 2000.

MONTEIRO, R. *et al.* Qualidade de vida em foco. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular**, v. 25, n. 4, p. 568-74, 2010.

MOREIRA, T. M. M.; GOMES, E. B.; SANTOS, J. C. Fatores de risco cardiovasculares em adultos jovens com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus. **Revista Gaúcha, de Enfermagem**, v. 34, n. 1, p. 662-669, 2010.

NAGAHASHI, A. S. *et al.* Avaliação do estado nutricional, qualidade de vida e prática de atividade física de idosas em programas para terceira idade. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v.11, n.38, p.38-45, 2013.

NAHAS, M. V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida**: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. 6. ed. Londrina: Midiograf, 2013.

NAHAS, M. V.; BARROS, M. V. G.; FRANCALACCI, V. O pentágulo do bem-estar: base conceitual para avaliação do estilo de vida de indivíduos ou grupos. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Londrina, v.5, n.2, p. 48-59, 2000.

NORONHA, D. D. *et al.* Qualidade de vida relacionada à saúde entre adultos e fatores associados: um estudo de base populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 463-474, 2016.

NOVAES, E. H. A. *et al.* Existe correlação entre qualidade de vida e nível de dependência de nicotina em tabagistas? **Revista Pesquisa em Fisioterapia**, v. 6, n. 3, p. 298-305, 2016.

OLIVARES, A.; BONITO, J.; SILVA, R. Qualidade de vida no trabalho dos médicos da atenção básica no estado de Roraima (BRASIL). **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 16, n. 1, p. 100-111, 2015.

OLIVEIRA, J. M. A. *et al.* Influência de fatores socioeconômicos na qualidade de vida de idosos hipertensos. **Ciência & saúde coletiva**, v. 19, n. 8, p. 3497-3504, 2014.

OLIVEIRA-CAMPOS, M. *et al.* Impacto dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis na qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.3, p.873-82, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. **Obesidade: prevenindo e controlando a epidemia global**. São Paulo: Roca, 2004.

OTERO-RODRIGUEZ, A. *et al.* Change in health-related quality of life as a predictor of mortality in the older adults. **Quality of life research**, v. 19, n. 1, p. 15–23, 2010.

PIERS, L. S. *et al.* Relation of adiposity and body fat distribution to body mass index in Australians of Aboriginal and European ancestry. **European Journal of Clinical Nutrition**, v. 57, n. 8, p. 956-963, 2003.

POLISSENI, M. L. C.; RIBEIRO, L. C. Exercício físico como fator de proteção para a saúde em servidores públicos. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 20, n. 5, p. 340-344, 2014.

PÔRTO, E. F. *et al.* Como o estilo de vida tem sido avaliado: revisão sistemática. **Revista Acta Fisiátrica**, v. 22, n. 4, p. 199-205, 2015.

PRAÇA, M. I. F. **Qualidade de vida relacionada com a saúde: a perspectiva dos pacientes que frequentam os Centros de Saúde do ACES Trás-os-Montes**,

**Nordeste**. 2012. 170f. Dissertação (Mestrado Gestão das Organizações) – Instituto Politécnico de Bragança, São Paulo, 2012.

RAHMAN, M.; BERENSON, A. B. Accuracy of Current Body Mass Index Obesity Classification for White, Black, and Hispanic Reproductive-Age Women. **Obstetrics & Gynecology**, v.115, n. 5, p. 982-988, 2010.

RAMÍREZ-VELEZ, R.; AGREDO-ZÚÑIGA, R. A.; JEREZ-VALDERRAMA, A. M. Confiabilidad y valores normativos preliminares del cuestionario de salud SF-12 (Short Form 12 Health Survey) en adultos colombianos. **Revista de Salud Pública**, v.12, n. 5, p. 807-19, 2010.

RAYNER, H. C. *et al.* Recovery Time, Quality of Life, and Mortality in Hemodialysis Patients: The Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS). **American Journal of Kidney Diseases**, v. 64, n. 1, p. 86-94, 2014.

REZENDE, F. *et al.* Revisão crítica dos métodos para avaliar a composição corporal em grandes estudos populacionais e clínicos. **ALAN**, v. 57, n. 4, p. 427-334, 2007.

RIBEIRO, L. A.; SANTANA, L. C. Qualidade de vida no trabalho: fator decisivo para o sucesso organizacional. **RIC Cairu**, v. 2, n. 2, p. 75-96, 2015.

SALLIS, J. F.; OWEN, N. **Physical activity & behavioral medicine**. Thousand Oaks: SAGE Publications, 1999.

SAMPAIO, L. S. *et al.* Qualidade de vida em idosos residentes em zona urbana e rural. **C&D - Revista Eletrônica da FAINOR**, v.10, n.3, p. 391-406, 2017.

SERAFIM, A. F. V. *et al.* Avaliação da satisfação sexual de homens atendidos em ambulatório de urologia. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 11, n. 4, p. e298, 2019.

SILVA, M. B. G *et al.* Perfil clínico e nutricional dos indivíduos atendidos em um ambulatório de nutrição do hospital universitário (HUPAA/UFAL). **GEP NEWS**, v.1, n.1, p. 139-144, 2018.

SIMAS, T. O. *et al.* Qualidade de vida de pacientes com bronquiectasia em acompanhamento ambulatorial. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, v.31, n. 2, p.1-7, 2018.

SIQUEIRA, S. M. F. **O questionário genérico SF-36 como instrumento de mensuração da qualidade de vida relacionado a saúde de pacientes hipertensos**. 112f. 2005. Tese. (Doutorado em Enfermagem em Saúde) Universidade de São Paulo, 2005.

SON, N. Assessment of Body perception, Psychological Distress, and Subjective Quality of Life Among Obese and Nonobese Subjects in Turkey. **Nigerian Journal of Clinical Practice**, v. 20, n. 1, p. 1302-08, 2017.

SONG, H. R. *et al.* Gender and age differences in the impact of overweight on obesity-related quality of life among Korean adults. **Obesity Research & Clinical Practice**, v. 1, n. 4, p.e15-e23, 2010.

STEPTOE, A., *et al.* The psychological well-being, health and functioning of older people in England. In BANKS, J.; NAZROO, J.; STEPTOE, A. (Eds.). **The dynamics of ageing: Evidence from the English Longitudinal Study of Ageing 2002-10 (Wave 5)** (pp. 98-182). London: The Institute for Fiscal Studies, 2012.

SWINBURN, B. *et al.* Strengthening of accountability systems to create healthy food environments and reduce global obesity. **Lancet**, v. 1, n. 385, p. 2534-45, 2015.

TAILLEFER, M. C. *et al.* Health-related quality of life models: systematic review of the literature. **Social Indicators Research**, v. 64, n. 1, p. 293-323, 2003.

TAIROVA O. S, DE LORENZI, D. R. S. Influência do exercício físico na qualidade de vida de mulheres na pós-menopausa: um estudo caso-controle. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.14, n. 1, p. 135-45, 2011.

TAVARES, E. L.; ANJOS, L. A. Perfil antropométrico da população idosa brasileira. Resultados da Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 15, n. 4, p. 759-68, 1999.

TEDESCO, J. **Avaliação da qualidade de vida em participantes da prova de São Silvestre**. 2006. 221f. (Tese) Doutorado em Medicina. Faculdade de Medicina - Universidade de São Paulo, 2006.

TEIXEIRA, A. M. N. C. *et al.* Identificação de Risco Cardiovascular em Pacientes Atendidos em Ambulatório de Nutrição. **Revista Brasileira de Cardiologia**, v. 23, n. 2, p. 116-123, 2010.

THAMURA, L. S. *et al.* Influence of morbid obesity on physical capacity, knee-related symptoms and overall quality of life: A cross-sectional study. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 63, n. 2, p.142-147, 2017.

TOBIAS, D.; PAN, A.; HU, F. BMI and Mortality among Adults with Incident Type 2 Diabetes. **The New England Journal of Medicine**, v. 370, n. 14, p.1361-1364, 2014.

TORRES, K. D. P.; ROSA, M. L. G.; MOSCAVITCH, S. D. Gender and obesity interaction in quality of life in adults assisted by family doctor program in Niterói, Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1617-1624, 2016.

TRUTHMANN, J. *et al.* Physical health-related quality of life in relation to metabolic health and obesity among men and women in Germany. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 15, n. 1, p. 122, 2017.

TSIMPIDA, D.; KAITELIDOU, D.; GALANIS, P. Determinants of health-related quality of life (HRQoL) among deaf and hard of hearing adults in Greece: a cross-sectional study. **Archives of Public Health**, v. 76, n. 45, p. 1-12, 2018.

- TUOMILEHTO, J. *et al.* Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. **The New England Journal of Medicine**, v. 344, n. 18, p. 1343-50, 2001.
- VAN NUNEN, A. M. A. *et al.* The health-related quality of life of obese persons seeking or not seeking surgical or non-surgical treatment: a meta-analysis. **Obesity Surgery**, v. 17, n. 10, p.1357–1366, 2007.
- VEIGA, C.; CANTORANI, J. R. H.; VARGAS, L. M. Qualidade de vida e alcoolismo: um estudo em acadêmicos de licenciatura em educação física. **Conexões**, v. 14 n. 1 p. 20-34, 2016.
- VOGL, M. *et al.* Smoking and health-related quality of life in English general population: implications for economic evaluations. **BMC Public Health**, v. 12, n. 203, p. 1-10, 2012.
- WAITZBERG, D. L.; FERRINI, M. T. Exame físico e Antropometria. In: WAITZBERG, D. L. **Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica**. 3ª ed. São Paulo: Atheneu; 2003. p. 255-78.
- WANDERLEY, E. M.; FERREIRA, V. A. Obesidade: uma perspectiva plural. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 1, n. 15, p. 185-94, 2010.
- WARE, J. E. J.; SHERBOURNE, C. D. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. **Medical Care**, v. 30, n. 6, p. 473-83, 1992.
- WEE, H. L. *et al.* 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 and Quality of Life Outcomes**, v. 3, n. 2, p. 1-11, 2005.
- WITHROW, D.; ALTER, D. A. The economic burden of obesity worldwide: a systematic review of the direct costs of obesity. **Obesity Reviews**, v. 12, n. 2, p.131-141, 2011.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Global strategy on diet, physical activity and health**. Geneva: World Health Organization, 2004.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. The WHOQOL Group. (CH). **Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse**. WHOQOL user manual. Geneva; 1998.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **A Glossary of Terms for Community Health Care and Services for Older Persons**. WHO: Geneva; 2004.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a World Health Organization Consultation**. Geneva: World Health Organization; 2000; n. 284: p. 256.

XU, Y. *et al.* Relationship between Depression and Quality of Life in Patients with Severe Obesity. **Zhongguo Yi Xue Ke Xue Yuan Xue Bao**, v. 40, n. 5, p. 625-629, 2018.

YOU, H. *et al.* Association between body mass index and health-related quality of life among Chinese elderly evidence from a community-based study. **BMC Public Health**, v. 18, n. 1, p. 1174, 2018.

ZATTA, L. T. *et al.* Análise da produção científica nacional de enfermagem sobre o instrumento genérico que avalia qualidade de vida: revisão de literatura. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, v. 3, n. 2, p. 339-45, 2009.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A

### QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E ESTILO DE VIDA

#### 1 – IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

<b>DATA DA ENTREVISTA:</b>			
<b>Nº</b>			
<b>ENDEREÇO:</b>		<b>BAIRRO:</b>	
<b>CIDADE:</b>	<b>UF:</b>	<b>CEP</b>	
<b>TEL FIXO:</b>	<b>CEL 1:</b>	<b>CEL 2:</b>	

#### II – DADOS SOCIECONÔMICOS

<b>SEXO:</b> ( ) Masculino ( ) Feminino	
<b>IDADE:</b>	<b>DATA DE NASCIMENTO:</b>
<b>COR:</b> ( ) Branca ( ) Negra ( ) Amarela ( ) Parda	
<b>ESCOLARIDADE:</b>	
<b>RENDA:</b>	<b>SM (Soma dos rendimentos mensais de toda a família)</b>
<b>SITUAÇÃO CONJUGAL:</b> ( ) Solteiro ( ) Casado/União estável ( ) Viúvo ( ) Divorciado	
<b>ZONA DE RESIDÊNCIA:</b> ( ) Urbana ( ) Rural	

#### III – ESTILO DE VIDA

<b>FUMANTE:</b> ( ) sim ( ) não ( ) ex-fumante Se sim, quantos cigarros por dia? Se ex-fumante, quanto tempo fumou? <span style="float: right;">Há quanto tempo parou?</span>	
<b>USO DE BEBIDA ALCOOLICA:</b> ( ) sim ( ) não Se sim qual a frequência?	
<b>ATIVIDADE FÍSICA:</b> ( ) sim ( ) não <span style="float: right;">Se sim, qual a frequência?</span>	
<b>USO DE MEDICAÇÃO:</b> ( ) sim ( ) não Se sim, qual?	

## APÊNDICE B

### FICHA DE AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA DO PACIENTE

#### 1 – IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

<b>DATA DA ENTREVISTA:</b>			
<b>Nº</b>			
<b>ENDEREÇO:</b>		<b>BAIRRO:</b>	
<b>CIDADE:</b>	<b>UF:</b>	<b>CEP</b>	
<b>TEL FIXO:</b>	<b>CEL 1:</b>	<b>CEL 2:</b>	

#### II- DADOS ANTROPOMÉTRICOS

<b>Peso 1:</b>	<b>Peso 2:</b>	<b>Peso 3:</b>	<b>Média:</b>
<b>Altura 1:</b>	<b>Altura 2:</b>	<b>Altura 3:</b>	<b>Média:</b>
<b>IMC:</b>	<b>Estado Nutricional:</b>		

## APÊNDICE C

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ- UFPI  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA E SAÚDE**

Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Bairro Ininga – Teresina/PI

CEP: 64049-550 - Fone (86) 3237-2062

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

.Viemos convidá-lo (a) a participar do estudo “**ESTADO NUTRICIONAL E QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES ATENDIDOS EM UM SERVIÇO AMBULATORIAL**”, respondendo às perguntas destes questionários de forma totalmente voluntária. Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder aos questionários, leia atentamente às informações abaixo.

**Instituição/Departamento:** UFPI/ Mestrado em Ciências e Saúde.

**Pesquisadora responsável:** Profa. Dra. Maria Zélia de Araújo Madeira

**Pesquisador participante:** Gleyson Moura dos Santos

**OBJETIVO DO ESTUDO:** Verificar o estado nutricional e a qualidade de vida de pacientes atendidos no ambulatório do Hospital Universitário de Teresina - Piauí.

**PROCEDIMENTOS:** Sua participação nesta pesquisa consistirá no preenchimento destes questionários, respondendo às perguntas formuladas. E da realização de exame de bioimpedância e avaliação antropométrica.

**BENEFÍCIOS:** Vocês terão direitos ao recebimento dos resultados de todas as avaliações às quais forem submetidos, e que serão fornecidos após a realização dos mesmos. Além disso, também receberão orientação nutricional e encaminhamentos necessários nos casos de identificação de alterações nos parâmetros avaliados. Os resultados do estudo irão possibilitar um maior entendimento a respeito da relação

do risco de disbiose intestinal, com o estado nutricional e qualidade de vida, podendo assim contribuir para tratamentos mais específicos, além de contribuir com a formação em pesquisa de estudantes de pós-graduação e de estudantes de graduação em nível de iniciação científica, ainda, na divulgação dos resultados do estudo em periódicos indexados e em eventos científicos.

**RISCOS:** Sua participação no estudo terá riscos mínimos, no entanto, poderá ocorrer um possível constrangimento ao responder perguntas dos questionários e durante a realização das medidas antropométricas.

**SIGILO:** As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. Os participantes da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados sob qualquer forma.

Eu, \_\_\_\_\_, tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar voluntariamente da pesquisa descrita acima. Este consentimento será assinado em duas vias, ficando o entrevistado com a posse de uma delas devidamente assinado pelo entrevistador.

Assinatura do participante:

\_\_\_\_\_

Teresina: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Zélia de Araújo Madeira

\_\_\_\_\_  
Nut. Gleyson Moura dos Santos

**ANEXOS**

## ANEXO A

### QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE 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 tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
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)?

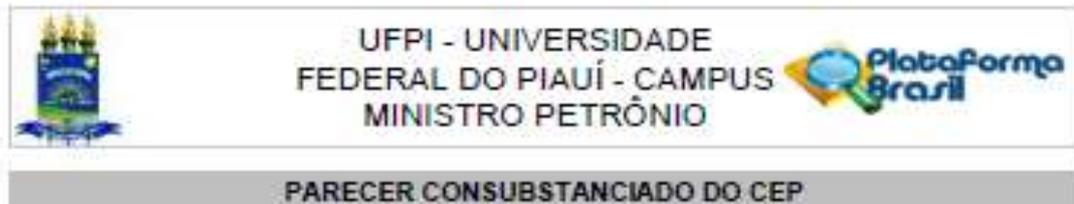
Todo Tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

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

## ANEXO B

## APROVAÇÃO POR MEIO DO PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** RISCO DE DISBIOSE INTESTINAL, ESTADO NUTRICIONAL E QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DE NUTRIÇÃO

**Pesquisador:** Maria Zélia de Araújo Madeira

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 89102718.2.0000.5214

**Instituição Proponente:** Universidade Federal do Piauí - UFPI

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.654.138

**Apresentação do Projeto:**

Segundo os autores, trata-se de um estudo transversal do tipo descritivo, com abordagem quantitativa, que será realizado no ambulatório do setor de nutrição do Hospital Universitário de Teresina – Piauí. A amostra será censitária e a coleta dos dados ocorrerá por um período de dois meses (maio e junho de 2016). Esta será realizada antes do atendimento ambulatorial, de forma a não atrapalhar a rotina do serviço. Após esclarecimentos detalhados sobre a pesquisa, aqueles que obedecerem aos critérios de elegibilidade e que aceitarem participar do estudo responderão o questionário sociodemográfico e estilo de vida, o questionário de rastreamento metabólico e o questionário de avaliação de qualidade de vida. No atendimento ambulatorial, serão obtidas as medidas antropométricas e a avaliação da composição corporal, as quais serão registradas na ficha de avaliação antropométrica do participante.

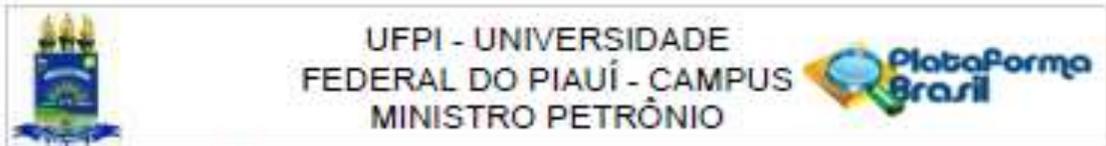
**Objetivo da Pesquisa:****OBJETIVO GERAL**

- Verificar o risco de disbiose intestinal, o estado nutricional e a qualidade de vida de pacientes atendidos no ambulatório de nutrição do Hospital Universitário de Teresina, Piauí.

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Caracterizar a população do estudo quanto aos aspectos sociodemográficos e estilo de vida;

**Endereço:** Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa  
**Bairro:** Ininga **CEP:** 64.049-550  
**UF:** PI **Município:** TERESINA  
**Telefone:** (88)3237-2332 **Fax:** (88)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br



Continuação do Termo: 2.054.130

- Verificar o risco para disbiose Intestinal, através da presença de sinais e sintomas gastrointestinais;
- Avaliar as medidas antropométricas e classificar o estado nutricional e o risco de morbidades;
- Realizar exame de bioimpedância para avaliação da composição corporal;
- Obter os escores padronizados para a população estudada, em cada um dos domínios do instrumento genérico de avaliação de qualidade de vida;
- Correlacionar os escores de cada domínio do instrumento genérico de avaliação de qualidade de vida com as variáveis sociodemográficas, o risco de disbiose Intestinal e o estado nutricional.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

##### **RISCOS:**

Sua participação no estudo terá riscos mínimos, no entanto, poderá ocorrer um possível constrangimento ao responder perguntas dos questionários e durante a realização das medidas antropométricas. Contudo, para contornar tais riscos, a coleta dos dados será realizada em ambiente reservado, por pessoas treinadas e habilitadas.

##### **BENEFÍCIOS:**

Vocês terão direito ao recebimento dos resultados de todas as avaliações às quais forem submetidos, e que serão fornecidos após a realização dos mesmos. Além disso, também receberão orientação nutricional e encaminhamentos necessários nos casos de identificação de alterações nos parâmetros avaliados. Os resultados do estudo irão possibilitar um maior entendimento a respeito da relação do risco de disbiose Intestinal, com o estado nutricional e qualidade de vida, podendo assim contribuir para tratamentos mais específicos, além de contribuir com a formação em pesquisa de estudantes de pós-graduação e de estudantes de graduação em nível de iniciação científica, ainda, na divulgação dos resultados do estudo em periódicos indexados e em eventos científicos.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa relevante.

#### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos de apresentação obrigatória foram anexados nesta plataforma.

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa  
 Bairro: Ininga CEP: 64.040-550  
 UF: PI Município: TERESINA  
 Telefone: (88)32237-2332 Fax: (88)32237-2332 E-mail: cnp.ufpi@ufpi.edu.br



UFPI - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS  
MINISTRO PETRÔNIO



Continuação do Parecer: 2.054.138

**Recomendações:**

Sem recomendações.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Projeto de pesquisa apto para ser desenvolvido.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1096185.pdf	06/05/2018 17:44:04		Aceito
Outros	INSTRUMENTODECOLETAAtual.docx	06/05/2018 17:40:54	Maria Zella de Araújo Madeira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOFINALIZADO.docx	06/05/2018 17:40:20	Maria Zella de Araújo Madeira	Aceito
Outros	ENCAMINHAMENTO.pdf	01/05/2018 21:18:00	Maria Zella de Araújo Madeira	Aceito
Outros	TERMODECONFIDENCIALIDADE.pdf	01/05/2018 21:17:32	Maria Zella de Araújo Madeira	Aceito
Outros	CURRICULOMZ.pdf	01/05/2018 21:16:46	Maria Zella de Araújo Madeira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	01/05/2018 21:10:40	Maria Zella de Araújo Madeira	Aceito
Outros	ANUENCIADOHU.pdf	01/05/2018 21:09:05	Maria Zella de Araújo Madeira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAOPROJNUTRI.pdf	01/05/2018 21:05:42	Maria Zella de Araújo Madeira	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTONUT.pdf	01/05/2018 20:59:14	Maria Zella de Araújo Madeira	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa  
Bairro: Ininga CEP: 64.049-550  
UF: PI Município: TERESINA  
Telefone: (88)3237-2332 Fax: (88)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br



UFPI - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS  
MINISTRO PETRÔNIO



Continuação do Parecer: 2.854.138

TERESINA, 14 de Maio de 2018

*Maria do Socorro Ferreira dos Santos*

Assinado por: *HP*  
Herbert de Sousa Barbosa  
(Coordenador)

Profa. Dra. Maria do Socorro Ferreira dos Santos  
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa Humana  
Campus Ministro Petrônio Portella/UFPI  
Ato da Reitoria nº 1002/18

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa

Bairro: Ininga

CEP: 64.049-550

UF: PI

Município: TERESINA

Telefone: (86)3237-2332

Fax: (86)3237-2332

E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br