

QUALIDADE DE VIDA ENTRE MULHERES COM EXCESSO DE PESO E DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Paula Martins HORTA^a, Andezza Helena CARDOSO^b,
Aline Cristine Souza LOPES^c, Luana Caroline dos SANTOS^d

RESUMO

O estudo objetivou identificar a qualidade de vida e os fatores a ela associados entre mulheres com excesso de peso e doenças crônicas não transmissíveis. Tratou-se de estudo transversal com uma amostra de conveniência formada por 50 usuárias adultas e idosas de uma academia da cidade de Belo Horizonte (MG), Brasil. Para a avaliação da qualidade de vida, utilizou-se instrumento *WHOQOL-bref*. Realizou-se análise descritiva e regressão linear uni e multivariada. “Relações sociais” foi o domínio que mais contribuiu para a qualidade de vida, seguido do domínio “físico”. Associaram-se a pior qualidade de vida a presença autorreferida de gastrite/úlcera ($\beta=-11,890$; $p=0,011$), uso de medicamentos ($\beta=-7,730$, $p=0,035$), maior consumo *per capita* de açúcar ($\beta=-0,092$; $p=0,045$), valores elevados de índice de massa corporal ($\beta=-1,218$; $p=0,048$) e maior consumo de carboidratos ($\beta=-0,382$; $p=0,042$). Concluiu-se que muitos são os fatores relacionados à qualidade de vida, que devem ser considerados nos programas de saúde.

Descritores: Consumo de alimentos. Doença crônica. Obesidade. Sobrepeso. Qualidade de vida.

RESUMEN

*El estudio objetivó identificar la calidad de vida y los factores asociados en mujeres con sobrepeso y enfermedades crónicas no transmisibles. Se realizó un estudio transversal con una muestra de conveniencia de 50 mujeres adultas y ancianas de una un gimnasio de la ciudad de Belo Horizonte, MG, Brasil. Para evaluación de la calidad de vida se utilizó el WHOQOL-bref. Se realizaron análisis descriptivos y regresión lineal univariante y multivariante. “Relaciones sociales” fue el dominio que más ha contribuido para la calidad de vida, seguido del dominio “física”. Se asociaron a la peor calidad de vida la presencia de gastritis/úlcera ($\beta=-11.890$, $p=0,011$), uso de medicamentos ($\beta=-7,730$, $p=0,035$), consumo excesivo *per capita* de azúcar ($\beta=-0.092$, $p=0.045$), elevados valores de índice de masa corporal ($\beta=-1,218$, $p=0,048$) y la alta ingesta de hidratos de carbono ($\beta=-0,382$, $p=0,042$). Se concluyó que muchos factores se relacionan con la calidad de vida, que deben ser considerados en los programas de salud.*

Descriptores: Consumo de alimentos. Enfermedad crónica. Obesidad. Sobrepeso. Calidad de vida.

Título: Calidad de vida en mujeres con sobrepeso y enfermedades crónicas no transmisibles.

ABSTRACT

*This study aimed to identify quality of life and its associated factors within women who are overweight and have non-communicable diseases. It was a cross sectional study with a convenience sample of 50 adult and elderly women enrolled in an “Academia da Cidade” in Belo Horizonte, MG, Brazil. For quality of life assessment, the WHOQOL-bref was used. A descriptive analysis in addition to uni and multivariate linear regression were conducted. “Social relations” was the domain which most have contributed to quality of life, followed by “physical” domain. Worse quality of life was associated with self-reported presence of gastritis/ulcer ($\beta=-11.980$, $p=0.011$), medication use ($\beta=-7.730$, $p=0.035$), high *per capita* consumption of sugar ($\beta=-0.092$, $p=0.045$), elevated body mass index ($\beta=-1.218$, $p=0.048$) and high carbohydrate intake ($\beta=-0.382$, $p=0.042$). Many factors are associated to quality of life, that should be considered in health programs.*

Descriptors: Food consumption. Chronic disease. Obesity. Overweight. Quality of life.

Title: Quality of life among overweight women with chronic non-communicable diseases.

a Doutoranda em Ciências da Saúde – Saúde da Criança e do Adolescente pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

b Nutricionista pela UFMG, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

c Doutora em Saúde Pública pela UFMG. Professor Adjunto do curso de Nutrição da UFMG, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

d Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo. Professor Adjunto do curso de Nutrição da UFMG, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

INTRODUÇÃO

O excesso de peso se constitui como um dos principais fatores de risco para as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), atualmente as principais causas de mortalidade na maioria dos países. Estima-se que das 57 milhões de mortes ocorridas no mundo em 2008, 36 milhões (63%) tenham sido devidas às DCNT⁽¹⁾.

Além de contribuir para a elevada mortalidade da população, as DCNT são responsáveis por cerca de 66,5% dos anos vividos com deficiências e incapacidades nos países em desenvolvimento⁽¹⁾, com repercussões negativas sobre a qualidade de vida (QV) dos indivíduos⁽²⁾.

O termo QV foi inicialmente proposto como um conceito quantitativo, relativo a recursos materiais disponíveis para determinado indivíduo ou sociedade. No entanto, evoluiu para uma abordagem mais ampla e integradora, que considera as necessidades básicas do ser humano em direção ao sentimento de bem-estar subjetivo e social. Assim, assume-se que uma QV boa é aquela que oferece um mínimo de condições para que os indivíduos possam desenvolver o máximo de suas potencialidades⁽³⁾.

A partir desta definição, a literatura evidencia pior QV entre indivíduos acometidos pelo excesso de peso e DCNT pois estes agravos podem impactar em uma maior limitação nas atividades diárias individuais, redução da visão, amputação de membros, maior ocorrência de cefaleia, ansiedade, distúrbios do sono, dores nas articulações, dificuldades respiratórias, problemas músculo-esqueléticos e baixa autoestima⁽⁴⁾.

Tendo em vista a importância de se conhecer os fatores determinantes da QV, sobretudo em contextos em que ela pode estar prejudicada, o presente estudo objetivou identificar os fatores associados à QV de mulheres com excesso de peso e DCNT.

MÉTODO

Estudo transversal com mulheres com excesso de peso que ingressaram em uma Academia da Cidade de Belo Horizonte, MG, Brasil no período de janeiro a junho de 2009 (n=50). As Academias da Cidade são serviços públicos de promoção da saúde propostos pela prefeitura municipal de Belo Horizonte nos quais as usuárias têm acesso gratuito à avaliação física, acompanhamento nutricional e prática orientada de exercícios físicos.

Foram incluídas ao estudo as usuárias que apresentavam excesso de peso, definido por valores de índice de massa corporal (IMC) iguais ou superiores a 25,0 kg/m² para adultas⁽⁵⁾ e à 27,0 kg/m² para as idosas⁽⁶⁾. Esta distinção na classificação de IMC de acordo com a faixa etária foi considerada tendo em vista as alterações fisiológicas na composição corporal advindas com o envelhecimento e as recomendações do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional⁽⁷⁾. As usuárias que estavam em uso de medicação para emagrecimento e aquelas que haviam sido submetidas à cirurgia bariátrica foram excluídas do estudo. A amostra foi constituída de forma independente, por conveniência, por todas as usuárias que aceitaram participar da pesquisa e compareceram nos dias das entrevistas na Academia da Cidade.

A coleta de dados foi realizada no momento de ingresso das usuárias na Academia da Cidade, utilizando questionário pré-testado⁽⁸⁾, aplicado face a face por acadêmicos de nutrição da Universidade Federal de Minas Gerais. Investigaram-se condição sociodemográfica e econômica, morbidade referida, uso de medicamentos e consumo alimentar.

Para avaliação do consumo alimentar, foi aplicado um Recordatório Alimentar de 24 horas (R24h), com auxílio de um *kit* de medidas caseiras, permitindo investigar o aporte dietético de calorias e de macronutrientes. O R24 se configura como um método rápido e barato, podendo ser aplicado em indivíduos com baixo nível de escolaridade. Para sua realização, o indivíduo deve recordar a alimentação das últimas 24 horas, definindo e quantificando a ingestão de alimentos e bebidas, os métodos de cocção empregados, bem como as marcas dos produtos e uso de suplementos. Outras informações relativas ao consumo alimentar contemplaram consumo *per capita* de sal, açúcar e óleo, número diário de refeições e ingestão diária de água.

Ainda na coleta de dados, foram aferidas, conforme protocolos da Organização Mundial de Saúde (OMS)⁽⁹⁾, o peso e estatura, que possibilitaram a obtenção do IMC e a circunferência de cintura (CC). Foi realizada avaliação da composição corporal por meio da bioimpedância elétrica (BIA), utilizando-se monitor da marca Biodynamics® (modelo 450), segundo orientações dos protocolos propostos na literatura⁽⁹⁾.

Para avaliação da QV utilizou-se o instrumento abreviado autoaplicado *WHOQOL-bref*^(10,11), que

possui versão validada e adaptada para o português⁽¹²⁾. Este considera a percepção do indivíduo nas duas últimas semanas quanto aos aspectos de sua saúde global. Ao todo são 26 questões, sendo duas relativas à QV global e as demais a cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original (*WHOQOL-100*). As facetas se distribuem nos domínios: “físico”, “psicológico”, “relações sociais” e, “meio ambiente”⁽¹²⁾.

Procedeu-se à avaliação dos escores do instrumento conforme a sintaxe SPSS do *WHOQOL-bref*⁽¹¹⁾. Nesta sintaxe os resultados são apresentados em uma escala de 0 a 100 para cada domínio e o escore de cada um destes é obtido em uma escala positiva, isto é, quanto mais alto o escore, melhor a QV naquele domínio.

A análise dos dados contemplou análise descritiva e aplicação do teste *Kolmogorov-Smirnov* para conhecimento da distribuição das variáveis quantitativas. As variáveis categóricas foram apresentadas na forma de frequência; as numéricas na forma de média \pm desvio-padrão e mediana (valor mínimo; valor máximo).

Para as análises de inferência estatística, procedeu-se a transformação em base logarítmica das variáveis que não apresentavam aderência à distribuição normal. As variáveis relacionadas ao perfil de saúde, consumo alimentar, antropometria e composição corporal foram associadas à QV pelos testes de correlação de *Pearson* e *t* de *Student* simples. As variáveis preditoras cujas associações apresentaram valor-p inferior a 0,20 foram inseridas em modelos de regressão linear múltipla, pelo método *forward*. As análises foram ajustadas pela idade. Utilizou-se o *software* SPSS versão 15.0, ao nível de significância de 5%.

O presente estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética da UFMG (103/07) e da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (087/2007). As participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme preconiza a Resolução 196/96.

RESULTADOS

As mulheres possuíam $51,7 \pm 11,8$ anos, sendo 62% “do lar”. Verificou-se renda *per capita* de R\$400,00 (100,00; 1.500,00), além de $3,5 \pm 1,5$ moradores por domicílio e $7,3 \pm 3,5$ anos de estudo. Quanto à ocorrência de DCNT, 44,0% foi a pre-

valência de hipertensão arterial sistêmica (HAS); 35,1% de dislipidemias; 22,0% de constipação intestinal; 14,0% de gastrite/úlcera e 12,2% de diabetes *mellitus* (DM).

Verificou-se escore total médio do *WHOQOL-bref* de $89,5 \pm 12,3$ pontos, sendo o domínio “relações sociais” o com maior escore médio ($69,2 \pm 17,4$), seguido do domínio “físico” ($63,4 \pm 17,6$), “psicológico” ($60,1 \pm 16,1$) e “meio ambiente” ($56,5 \pm 12,6$). No que diz respeito às facetas, “relações pessoais” e “mobilidades” foram as que mais contribuíram para o maior escore médio dentro dos domínios “relações sociais” e “físico”, respectivamente. No domínio “psicológico”, por sua vez, a faceta de “sentimentos positivos” foi a de menor escore, assim como “recursos financeiros” no domínio “meio ambiente” (Tabela 1).

As relações identificadas na análise univariada entre o perfil de saúde, consumo alimentar, antropometria e composição corporal com o escore total do *WHOQOL-bref* de seus domínios encontram-se descritas na tabela 2 e 3.

Já na análise multivariada, verificou-se relação independente do consumo de carboidratos, uso de medicamentos e IMC com o domínio “físico”. Para o domínio “psicológico” os fatores associados foram: presença autorreferida de gastrite/úlcera, uso de medicamentos e IMC. Estes dois primeiros também estiveram relacionados ao domínio “relações sociais”. Por fim, variáveis relacionadas ao consumo alimentar e perfil de saúde explicaram 23,8% da variabilidade do escore total do *WHOQOL-bref* (tabela 4).

DISCUSSÃO

O estudo apresentou a QV e os fatores associados a ela em população de mulheres com excesso de peso e DCNT. Dentre os domínios do *WHOQOL-bref*, constatou-se maior escore para “relações sociais”, enquanto o domínio “meio ambiente” foi o de menor pontuação. Houve relação independente do uso de medicamentos, presença de gastrite/úlcera, IMC e consumo de açúcar e carboidratos e componentes da QV e escore total do *WHOQOL-bref*.

Considerando os componentes do instrumento de avaliação da QV, a maior contribuição do domínio “relações sociais” para o escore total do índice de QV corrobora estudo conduzido com indivíduo portadores de DCNT atendidos na Atenção Primária à Saúde⁽¹³⁾. Acredita-se que participar de atividades

Tabela 1 – Distribuição dos escores médios das facetas e domínios que compõem o *WHOQOL-bref*. Belo Horizonte, MG, 2009.

| Domínios/Facetas | Escore médio* | DP [†] |
|---|---------------|-----------------|
| Domínio “Relações Sociais” | | |
| Relações Pessoais | 4,10 | 0,89 |
| Atividade Sexual | 3,59 | 0,94 |
| Suporte, apoio social | 3,65 | 0,90 |
| Domínio “Físico” | | |
| Dor e desconforto | 3,56 | 1,22 |
| Tratamento médico | 3,30 | 1,13 |
| Energia e fadiga | 3,49 | 0,86 |
| Mobilidade | 3,89 | 0,88 |
| Sono e repouso | 3,54 | 0,95 |
| Atividades da vida cotidiana | 3,70 | 0,93 |
| Capacidade para o trabalho | 3,54 | 1,04 |
| Domínio “Psicológico” | | |
| Sentimentos positivos | 3,06 | 0,88 |
| Espiritualidade, religião, crenças pessoais | 4,05 | 0,75 |
| Pensar, aprender, memória e concentração | 3,22 | 0,81 |
| Imagem corporal e aparência | 3,22 | 1,25 |
| Autoestima | 3,44 | 1,10 |
| Sentimentos negativos | 3,59 | 1,06 |
| Domínio “Meio Ambiente” | | |
| Segurança física e proteção | 3,43 | 0,76 |
| Ambiente físico | 3,25 | 0,97 |
| Recursos financeiros | 2,67 | 0,82 |
| Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades | 3,35 | 0,88 |
| Participação em oportunidades de recreação/Lazer | 3,06 | 0,91 |
| Ambiente no lar | 3,84 | 0,99 |
| Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade | 3,13 | 1,26 |
| Transporte | 3,37 | 0,96 |

*Os valores variam entre 1 e 5. [†] DP: desvio-padrão.
Fonte: dados da pesquisa.

educativas coletivas comumente desenvolvidas neste nível de atenção possa contribuir para a maior satisfação com as relações sociais dos indivíduos. Além disso, na Academia da Cidade, as usuárias possuem apoio social, relacionado à disseminação de informações preventivas e estímulo à socialização, podendo melhorar a autoestima e autoeficácia, com conseqüente interferência em comportamentos relacionados à saúde⁽¹⁴⁾.

Por outro lado, o domínio “meio ambiente” foi o que apresentou menor valor médio na amostra, o que pode estar relacionado à vulnerabilidade social da região onde foi desenvolvido o estudo, apresentando condições desfavoráveis de saúde, habitação, cultura, educação, trabalho, renda e abastecimento.

Ainda com relação a este domínio percebeu-se que a faceta “participação em oportunidades de recreação e lazer” foi a que mais influenciou o seu

Tabela 2 – Correlação entre o escore total e os domínios que compõe o WHOQOL-bref e variáveis preditoras numéricas. Belo Horizonte, MG, 2009.

| Variáveis | r | Valor-p* |
|---|--------|----------|
| Domínio “Físico” | | |
| Idade | -0,291 | 0,040 |
| Consumo <i>per capita</i> de açúcar | -0,297 | 0,037 |
| Índice de Massa Corporal | -0,207 | 0,149 |
| Percentual de gordura corporal | -0,324 | 0,025 |
| Consumo de carboidratos | -0,446 | 0,001 |
| Consumo de lipídeos | -0,336 | 0,017 |
| Consumo de ácidos graxos monoinsaturados | 0,343 | 0,150 |
| Domínio “Psicológico” | | |
| Anos de estudo | -0,215 | 0,134 |
| Índice de Massa Corporal | -0,317 | 0,025 |
| Percentual de gordura corporal | -0,207 | 0,157 |
| Consumo de ácidos graxos poliinsaturados | 0,201 | 0,162 |
| Domínio “Relações Sociais” | | |
| Consumo de água | 0,206 | 0,155 |
| Domínio “Meio Ambiente” | | |
| Idade | 0,218 | 0,128 |
| Renda <i>per capita</i> | 0,214 | 0,140 |
| Anos de estudo | -0,203 | 0,158 |
| Consumo <i>per capita</i> de óleo vegetal | -0,252 | 0,077 |
| Consumo <i>per capita</i> de sal | -0,207 | 0,149 |
| Consumo <i>per capita</i> de açúcar | -0,218 | 0,129 |
| Consumo de proteínas | -0,206 | 0,151 |
| Consumo de ácidos graxos saturados | 0,185 | 0,198 |
| Escore total | | |
| Consumo <i>per capita</i> de açúcar | -0,230 | 0,108 |
| Índice de Massa Corporal | -0,212 | 0,140 |
| Consumo de carboidratos | -0,289 | 0,042 |
| Consumo de lipídeos | 0,238 | 0,096 |
| Consumo de ácidos graxos monoinsaturados | 0,212 | 0,139 |

*Foram apresentados apenas as correlações cujo valor-p foi inferior à 0,20.
Fonte: dados da pesquisa.

resultado. Acredita-se que a prática regular de exercícios físicos possa gerar bem-estar psicológico, o qual, por sua vez, pode promover comportamentos saudáveis. Um estudo verificou diferenças significativas no escore do *WHOQOL-bref* entre mulheres (n=370) de 45-65 anos, sendo este inferior (p<0,01)

entre as mulheres sedentárias em relação às moderadamente ativas e muito ativas⁽¹⁵⁾.

Em todos os modelos de regressão linear múltipla, usar medicamentos se relacionou à pior QV. De Oliveira et al.⁽¹⁶⁾ também verificaram pior QV com o uso de medicação em 339 idosos do Rio

Tabela 3 - Comparação de médias entre o escore total e os domínios que compõe o *WHOQOL-bref* e variáveis predictoras categóricas. Belo Horizonte, MG, 2009.

| Variáveis | Categorias | Média | DP* | Valor-p† |
|--|------------|-------|------|--------------|
| Domínio “Físico” | | | | |
| Presença autorreferida de hipertrigliceridemia | Sim | 56,4 | 8,9 | 0,181 |
| | Não | 63,5 | 18,3 | |
| Presença autorreferida de hipertensão arterial | Sim | 58,4 | 15,0 | 0,081 |
| | Não | 67,2 | 18,8 | |
| Presença autorreferida de gastrite/úlcera | Sim | 51,0 | 10,5 | 0,045 |
| | Não | 65,4 | 17,8 | |
| Presença autorreferida de constipação | Sim | 53,6 | 12,4 | 0,036 |
| | Não | 66,1 | 18,0 | |
| Uso de medicamentos | Sim | 58,7 | 16,7 | 0,005 |
| | Não | 73,2 | 15,8 | |
| Domínio “Psicológico” | | | | |
| Presença autorreferida de gastrite/úlcera | Sim | 47,0 | 9,5 | 0,019 |
| | Não | 62,2 | 15,9 | |
| Presença autorreferida de constipação | Sim | 50,4 | 19,8 | 0,022 |
| | Não | 62,8 | 13,9 | |
| Uso de medicamentos | Sim | 57,4 | 17,0 | 0,080 |
| | Não | 65,9 | 12,4 | |
| Domínio “Relações Sociais” | | | | |
| Presença autorreferida de gastrite/úlcera | Sim | 52,4 | 19,1 | 0,005 |
| | Não | 71,9 | 15,8 | |
| Uso de medicamentos | Sim | 65,4 | 16,0 | 0,026 |
| | Não | 77,1 | 18,1 | |
| Domínio “Meio Ambiente” | | | | |
| Presença autorreferida de hipertensão arterial | Sim | 59,7 | 14,1 | 0,116 |
| | Não | 54,0 | 10,8 | |
| Escore total | | | | |
| Presença autorreferida de gastrite/úlcera | Sim | 79,4 | 7,1 | 0,018 |
| | Não | 91,1 | 12,8 | |
| Presença autorreferida de constipação | Sim | 84,6 | 13,2 | 0,131 |
| | Não | 90,9 | 11,8 | |
| Uso de medicamentos | Sim | 87,0 | 12,0 | 0,034 |
| | Não | 94,8 | 11,3 | |

*DP: desvio-padrão. †Foram apresentadas apenas as comparações de média cujo valor-p foi inferior à 0,20.
Fonte: dados da pesquisa.

Grande do Sul. Acredita-se que o uso de medicamento seja visto como um fator associado à menor autonomia, o que pode impactar em pior QV⁽¹⁶⁾. Além disso, tem-se o fato de que o uso de medi-

camentos apresenta uma linha tênue entre o risco e o benefício, considerando os efeitos colaterais, interações medicamentosas e complicações graves decorrentes do seu uso inadequado.

Tabela 4 - Regressão linear múltipla entre o escore total e os domínios que compõe o *WHOQOL-bref* e variáveis predictoras. Belo Horizonte, MG, 2009.

| Variáveis dependentes vs. independentes | β^* ajustado | IC ⁺ 95% | Valor-p |
|---|--------------------|---------------------|---------|
| Domínio “Físico” (R²ajustado[‡]=0,342) | | | |
| Consumo de carboidratos | -0,127 | -0,201; -0,054 | 0,001 |
| Uso de medicamentos | -1,786 | -3,302; -0,269 | 0,022 |
| Índice de Massa Corporal | -0,316 | -0,574; -0,058 | 0,017 |
| Domínio “Psicológico” (R²ajustado=0,238) | | | |
| Presença autorreferida de gastrite/úlcera | -15,573 | -27,300; 03,850 | 0,010 |
| Índice de Massa Corporal | -2,087 | -3,663; -0,510 | 0,011 |
| Uso de medicamentos | -9,481 | -18,830; -0,129 | 0,047 |
| Domínio “Relações sociais” (R²ajustado=0,218) | | | |
| Uso de medicamentos | -12,845 | -23,106; -2,584 | 0,015 |
| Presença autorreferida de gastrite/úlcera | -18,244 | -31,075; -5,414 | 0,006 |
| Escore total (R²ajustado=0,238) | | | |
| Presença autorreferida de gastrite/úlcera | -11,890 | -20,870; -2,920 | 0,011 |
| Uso de medicamentos | -7,730 | -14,880; -0,580 | 0,035 |
| Consumo <i>per capita</i> de açúcar | -0,092 | -0,182; -0,002 | 0,045 |
| Índice de Massa Corporal | -1,218 | -0,162; -0,411 | 0,048 |
| Consumo de carboidratos | -0,382 | -0,749; -0,015 | 0,042 |

*Valor da estimativa ou coeficiente angular na reta de regressão, ⁺Intervalo de confiança, [‡]Coefficiente de determinação.

Nota: as análises foram ajustadas pela idade. O Domínio “Meio Ambiente” não se manteve estatisticamente significativo no modelo de regressão linear múltiplo.

Fonte: dados da pesquisa.

A presença de gastrite/úlcera se caracterizou como um fator independente para o pior escore do *WHOQOL-bref* e dos domínios “psicológico” e “relações sociais”. Estudo conduzido com 1.157 mulheres residentes de São Paulo evidenciou ocorrência de 24,6% de duodenite e gastrite, sendo umas das principais queixas de doenças crônicas na amostra⁽¹⁷⁾. Há na literatura escassez de estudos que relacionam a QV com a ocorrência de gastrite/úlcera. Supõe-se que a relação identificada na presente investigação se deve ao fato de estes agravos causarem dor e desconforto, podendo contribuir para o menor interesse em se envolver em atividades sociais.

Ademais, verificou-se associação inversa do IMC com a QV e os domínios “físico” e “psicológico”. Esses achados corroboram a literatura que indica que a QV é frequentemente comprometida em pessoas com excesso de peso devido a prejuízos na saúde física, psicológica e social. Nota-se que o aumento das variáveis antropométricas favorece

a ocorrência de baixa autoestima, depressão e insatisfação com a aparência do corpo, interferindo negativamente na QV⁽¹⁸⁾.

Em estudo longitudinal conduzido com 5.985 adultos australianos, constatou-se associação entre o maior IMC na linha de base com piora na QV nos cinco anos subsequentes. Ademais, os domínios da QV relativos à saúde mental e condição física foram inversamente associados ao IMC, indicando que um maior nível de excesso de peso se relaciona à uma piora desses parâmetros⁽¹⁹⁾.

Além da antropometria, o consumo alimentar foi relacionado à QV. O aumento da ingestão de carboidratos contribuiu negativamente para a QV e o domínio “físico”, provavelmente pela associação direta deste macronutriente à ocorrência de doenças cardiovasculares, DM e obesidade, sobretudo se estes forem carboidratos simples. Um estudo verificou forte associação entre consumo de bebidas açucaradas e o desenvolvimento e agravamento de DM e síndrome metabólica, podendo contribuir

para a piora da QV dos acometidos. Além disso, produtos fontes de carboidratos também apresentam elevado conteúdo calórico, contribuindo para o ganho de peso excessivo e piora da QV⁽²⁰⁾. Deste modo, é de fundamental importância o incentivo à melhoria do consumo alimentar, destacando-se a orientação nutricional através de atendimento individual e atividades educativas em grupo na Academia da Cidade.

No tocante às limitações do estudo, destaca-se o desenho do estudo do tipo transversal, que impossibilita a compreensão das relações de causalidade. Além disso, a ocorrência de DCNT foi estimada a partir do relato das próprias usuárias, não tendo sido possível utilizar critérios diagnósticos baseados em parâmetros clínicos ou bioquímicos. O tamanho amostral aparenta-se reduzido, mas consta de todas as mulheres que atenderam o critério de inclusão ao estudo. A avaliação do consumo alimentar por somente um dia alimentar também se constitui em uma limitação do estudo.

Apesar disso, ressalta-se a inovação deste estudo em identificar os fatores associados à QV em uma amostra de mulheres com excesso de peso e com alta ocorrência de DCNT no âmbito de um serviço real de saúde. Este tipo de pesquisa, apesar de enfrentar desafios relacionados à disponibilidade de recursos humanos para coleta de dados, rotina composta por inúmeras atividades e grande rotatividade de usuários, contribui para o campo da saúde de acordo com as necessidades do sistema único de saúde. Assim, a medida de QV neste *locus* de pesquisa poderá contribuir para a tomada de decisão em relação à intervenção, concepção, gestão e alocação de recursos em saúde.

CONCLUSÃO

O estudo evidenciou a influência de diversos fatores sobre QV de mulheres com excesso de peso e DCNT atendidas em um serviço de promoção da saúde. Tais fatores estão relacionados às condições de saúde e perfil nutricional dessas usuárias e reforçam a existência de intrincada rede de determinantes na percepção de saúde dos indivíduos. Em posse dessas informações, é possível o desenvolvimento de programas de saúde em população acometida por DCNT com foco não somente de prevenção e controle destas

doenças, mas também visando a melhoria da QV. Sugere-se o maior acesso dos indivíduos aos serviços de saúde e aos programas de educação em saúde, que incentivem a adoção de um estilo de vida saudável e que trabalhem a motivação para a mudança de hábitos.

No âmbito da ciência, demanda-se o desenvolvimento de estudos de base populacional que investiguem as relações entre as DCNT e a QV, sobretudo através de delineamentos de maior rigor metodológico, tais como estudos de coorte. A utilização de mais de um dia de avaliação da ingestão alimentar e realização do diagnóstico clínico das DCNT poderão contribuir com resultados mais robustos acerca dessa temática.

REFERÊNCIAS

- 1 World Health Organization (WHO). Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: WHO; 2011.
- 2 Tinetti ME, McAvay G, Chang SS, Ning Y, Newman AB, Fitzpatrick A, et al. Effect of chronic disease-related symptoms and impairments on universal health outcomes in older adults. *J Am Geriatr Soc.* 2011;59(9):1618-27.
- 3 Melo MC, Souza AL, Leandro EL, Mauricio HA, Silva ID, Oliveira JMO. A educação em saúde como agente promotor de qualidade de vida para o idoso. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2009;14(Supl.1):1579-86.
- 4 Sazlina SG, Zaiton A, Nor Afiah MZ, Hayati KS. Predictors of health related quality of life in older people with non-communicable diseases attending three primary care clinics in Malaysia. *J Nutr Health Aging.* 2012;16(5):498-502.
- 5 World Health Organization (WHO). Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva: WHO; 1995.
- 6 The American Dietetic Association and National Council on Aging. Nutrition Screening Initiative (NSI). Nutrition interventions manual for professionals caring for older Americans: project of the American Academy of Family Physicians. Washington; 1994.
- 7 Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Orientações para coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde. Norma técnica do Sistema de Vi-

- gilância Alimentar e Nutricional – SISVAN. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.
- 8 Lopes ACS, Ferreira AD, Santos LC. Atendimento nutricional na Atenção Primária à Saúde: proposição de protocolos. Nutr Pauta. 2010;18(101):40-4.
 - 9 Kylea UG, Bosaeusb I, Lorenzoc AD, Deurenbergd P, Eliae M, Gomez JM, et al. Bioelectrical impedance analysis part I: review principles and methods. Clin Nutr 2004;23(5):1226-43.
 - 10 World Health Organization (WHO), The WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assesment. Psychol Med 1998;28(3):551-558.
 - 11 World Health Organization (WHO), The WHOQOL Group. Sintaxe SPSS - WHOQOL-bref Questionnaire. Steps for Checking and Cleaning Data and Computing Domain Scores. Geneva: WHO; 1998.
 - 12 Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. Rev Saúde Pública. 2000;34(2):178-183.
 - 13 Melchior AC, Correr CJ, Pontarolo R, Santos FOS, Souza RAP. Qualidade de vida em pacientes hipertensos e validade concorrente do Minichal-Brasil. Arq Bras Cardiol 2010;94(3):357-64.
 - 14 Machado CH, Carmo AS, Horta PM, Lopes ACS, Santos LC. Efetividade de uma intervenção nutricional associada à prática de atividade física. Cad Saúde Coletiva. 2013;21(2):148-53.
 - 15 Gonçalves AKS, Canário ACG, Cabral PUL, Silva RAH, Spyrdes MHC, Giraldo PC, et al. Impacto da atividade física na qualidade da vida de mulheres de meia-idade: estudo de base populacional. Rev Bras Ginecol Obstet. 2011;33(12):408-13.
 - 16 Oliveira SE, Von Honendorff J, Müller JL, Bandeira DR, Koller SH, Fleck MP, et al. Associations between self-perceived quality of life and socio-demographic, psychosocial, and health variables in a group of elderly. Cad Saúde Pública. 2013;29(7):1437-48.
 - 17 Gomes KRO, Tanaka AC. Morbidade referida e uso dos serviços de saúde por mulheres trabalhadoras, Município de São Paulo. Rev Saúde Pública. 2006;37(1):75-82.
 - 18 Taylor VH, Forhan M, Vigod SN, McIntyre RS, Morrison Km. The impact of obesity on quality of life. Best Pract Res Clin Endocrinol Metab. 2013;27(2):139-46.
 - 19 Cameron AJ, Magliano DJ, Dunstan DW, Zimmet PZ, Hesketh K, Peeters A, et al. A bi-directional relationship between obesity and health-related quality life: evidence from the longitudinal AusDiab study. Int J Obes. 2012; 36(2):295-303.
 - 20 Malik VS, Popkin BM, Bray G, Després JP, Willet WC, Hu FB. Sugar-sweetened beverages and risk of metabolic syndrome and type 2 diabetes. Diabetes Care. 2010;33(11):2477-83.

**Endereço do autor / Dirección del autor /
Author's address**

Paula Martins Horta
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e
Saúde Pública – Escola de Enfermagem – Univer-
sidade Federal de Minas Gerais
Av. Professor Alfredo Balena, 190, sl. 428, Santa
Efigênia
30130-100, Belo Horizonte, MG
E-mail: paulamhorta@gmail.com

Recebido em: 19.06.2013
Aprovado em: 14.10.2013