



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA**



CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**PROMOÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM
SOBREPESO E OBESIDADE**

LUANA BORGES EVANGELISTA

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
à Universidade Federal de São Paulo para
obtenção do Título de Especialista em Saúde
da Família.**

Orientadora: Edinalva Neves Nascimento

**São Paulo
2016**

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	04
2 OBJETIVOS	06
2.1 Geral	06
2.2 Específico(s)	06
3 REFERENCIAL TEÓRICO	07
3.1 Sobrepeso e obesidade.....	07
2.2 Atividade física e alimentação saudável.....	08
3.3 Avaliação	09
4.4 Qualidade de vida e obesidade.....	10
4 MÉTODO	11
4.1 Local	11
4.2 Participantes	12
4.3 Ações	12
4.4 Avaliação e Monitoramento	13
5 RESULTADOS ESPERADOS	15
6. CRONOGRAMA	17
7. RESULTADOS ATINGIDOS.....	18
8. REFERÊNCIAS	19

1. INTRODUÇÃO

Os países desenvolvidos e subdesenvolvidos são alvo de uma grande epidemia de obesidade e sobrepeso colocando em risco a saúde de todas as pessoas, indiferente da faixa etária, sendo em dias atuais o maior fator de risco para várias doenças, principalmente pela sua estreita ligação com várias comorbidades, com ênfase à síndrome metabólica, que por sua vez pode ocasionar um número elevado de doenças cardiovasculares, responsáveis por um aumento significativa da mortalidade em todo o mundo (FEITOSA, 2010).

Sendo diagnosticada como uma doença multifatorial, a obesidade eleva consideravelmente o risco do indivíduo desenvolver várias doenças como a HAS (hipertensão arterial sistêmica) e a DAC (doença arterial coronariana), pois ela decorre de um menor gasto energético associado a um consumo maior de calorias, o que causa uma alteração no metabolismo e consequente alteração nos níveis de nutrientes necessários ao organismo (POPKIN; DOACK, 1998).

A forma com que a gordura é distribuída pelo corpo tem sido estudada com muita frequência, sendo observada também através da avaliação da circunferência abdominal, importante para o diagnóstico da dislipidemia e na intervenção em pacientes que apresentam excesso de peso associado tamanha a sua importância, e é através dela que conseguimos intervir em pacientes com sobrepeso que tem obesidade com maior deposição de gordura visceral (centrípeta).

O Grupo de Qualidade de Vida, da Divisão de Saúde Mental da WHO, qualificou como qualidade de vida “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, 2008).

A obesidade pertence a um grupo de patologias consideradas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), que tem como característica principal o tempo de longevidade do indivíduo exposto a vários fatores de risco para desenvolvimento de doenças crônicas e normalmente não apresenta sintomas iniciais e de desenvolvimento lento e progressivo, podendo causar danos as

células do corpo em todos os órgãos e levar a diferentes tipos de incapacitação ou ao óbito.

A grande prevalência de pessoas com doenças decorrentes da mudança de hábitos alimentares se expandiu em todo o mundo, incluindo o Brasil, afetando várias classes populacionais, independentemente da idade ou condição econômica. Em relação ao Brasil, vale ressaltar que essa mudança de comportamento nutricional, coloca a obesidade em dados epidemiológicos acima da desnutrição infantil no país. (BRASIL, 2006).

Outros fatores de risco para a obesidade são encontrados em pessoas com distúrbios psicológicos, dentre eles o principal é a depressão, além de distúrbios alimentares, reflexão errônea da imagem corporal que leva o indivíduo a perda da autoestima e a discriminação em relação as pessoas com obesidade.

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

Propor atividades que promovam melhor qualidade de vida de pacientes classificados com sobrepeso e obesidade, principalmente grau I, que tenham patologias de base já correlacionadas.

2.2 Específico(s)

- Criar dietas adequadas para o nosso grupo controle em parceria com a nutricionista da equipe, objetivando atingir de 10 a 30% do total de hipertensos e diabéticos do território.
- Promover grupos de atividades físicas apropriadas e grupos de dores crônicas a fim de intervir com ações conjuntas com a fisioterapeuta, visando acompanhar de 40 a 50% do grupo controle acima.
- Realizar palestras educativas sobre “como realizar atividade física de forma saudável”.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Sobrepeso e obesidade

O tratamento e a prevenção da obesidade é um grande problema que o Ministério da Saúde vem enfrentando e por ser relevante no contexto de qualidade de vida as autoridades alertam que:

As doenças e agravos não transmissíveis vêm aumentando e, no Brasil, são as principais causas de óbitos em adultos, sendo a obesidade um dos fatores de maior risco para o aparecimento neste grupo. A prevenção e o diagnóstico precoce da obesidade são importantes aspectos para a promoção da saúde e redução de morbimortalidade, não só por ser um fator de risco importante para outras doenças, mas também por interferir na duração e qualidade de vida, e ainda ter implicações diretas na aceitação social dos indivíduos quando excluídos da estética difundida pela sociedade contemporânea (BRASIL, 2006).

O sobrepeso e a obesidade podem ser referenciados de diversas formas, até mesmo na simples constatação de uma observação física do indivíduo, entretanto somente isso não basta, é importante seguir alguns parâmetros definidos por órgãos reguladores e entidades que norteiam diretrizes para o diagnóstico. Dentre esses parâmetros, o mais utilizado e eficaz é a avaliação do IMC (Índice de massa corporal), realizada utilizando-se cálculos associados a tabelas que podem classificar o nível de obesidade e sua representação no risco doenças associadas.

Para que a expectativa de vida seja mantida dentro de um padrão de normalidade, é preciso que haja ações que ajam através de setores que possam promover e orientar a população sobre os riscos de desenvolvimento de doenças associadas a obesidade e ao sedentarismo, pois os estudos tem demonstrado que pessoas com estilo de vida com alimentação inadequada e que não exercem nenhum tipo de atividade física estão mais sujeitas a desenvolverem doenças crônicas que podem levar a morte ou incapacidades para a atividade de vida diária. (VELASQUEZ-MELENDZ; PIMENTA; KAC, 2004).

3.2 Atividade física e alimentação saudável

A atividade física é um elemento fundamental para que o equilíbrio entre o consumo e o gasto energético seja estabelecido. Várias pesquisas tem apresentado resultados e elementos consistentes que apontam a importância da atividade física como um fator essencial na redução da obesidade, pois, auxilia na aceleração do metabolismo e promove a diminuição da gordura corporal eliminando substâncias nocivas à saúde e contribui para que a massa magra seja mantida (MATSUDO, 1999 apud BRASIL, 2006b).

A falta da atividade física no cotidiano das pessoas é dos fatores predisponentes tanto para a obesidade como para a perda da qualidade de vida para os que estão acima do peso, podendo levar ao efeito cumulativo de gordura corporal, o que representa o maior risco ao desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis (ZWANN et al, 2002).

O Brasil, assim como vários outros países tem apresentado um número crescente de pessoas que se apresentam acima do peso. Este fato ocorre principalmente em função da inatividade física motivada pelas comodidades tecnológicas cada dia mais presentes em nossa vida, seja na profissão ou em casa, além do acúmulo muitas vezes excessivo da carga horária de trabalho que é aliada da desmotivação a atividades saudáveis (MONTEIRO et al, 1995a).

Considerando que ao longo dos anos, a expectativa de vida tem crescido consideravelmente, deve-se ter em mente que a adoção de atividades físicas no transcorrer da idade, desde a infância é altamente benéfica para a prevenção ou mesmo manutenção de uma condição física e orgânica que possa prevalecer até a idade mais avançada (PETRIBU et al, 2006).

Além da atividade física, a adoção de comportamentos saudáveis na alimentação deve estar presente constantemente na vida das pessoas de forma prazerosa e como motivo para socialização, mesmo entendendo que a evolução global trouxe consigo algumas modificações que afetaram substancialmente o modo de alimentação das pessoas.

3.3 Avaliação

Como visto anteriormente, o IMC é uma forma aceita e recomendada pela (Organização Mundial de Saúde) para o diagnóstico e prevenção da obesidade, de forma também a servir como referência em alguns casos para a doção de intervenção cirúrgica.

A tabela de IMC tem significado preponderante ao considerar o “Nível de ação” que aponta para o aconselhamento da diminuição da medida da circunferência abdominal onde 1 é menos relevante que 2. Tabela 1 e Tabela 2.

Tabela 1 - Classificação de peso pelo IMC¹²(D)

Classificação	IMC (kg/m ²)	Risco de comorbidades
Baixo peso	< 18,5	Baixo
Peso normal	18,5-24,9	Médio
Sobrepeso	≥ 25	-
Pré-obeso	25,0 a 29,9	Aumentado
Obeso I	30,0 a 34,9	Moderado
Obeso II	35,0 a 39,9	Grave
Obeso III	≥ 40,0	Muito grave

Abeso (Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica, 2013).

Tabela 2 - Circunferência abdominal e risco de complicações metabólicas associadas com obesidade em homens e mulheres caucasianos²⁷(A)

Circunferência abdominal (cm)			
Risco de complicações metabólicas	Homem	Mulher	Nível de ação
Aumentado	≥ 94	≥ 80	1
Aumentado substancialmente	≥ 102	≥ 88	2

Abeso (Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica, 2013).

3.4 Qualidade de vida e obesidade

De acordo com Nahas (2003), a obesidade afeta pessoas em todo o mundo e é responsável por um grande número de doenças.

Para atingir o estado de saúde, o indivíduo não precisa apenas não estar doente, mas também deve socialmente, emocionalmente e psicologicamente estar em estado satisfatório e pleno para desenvolver todas as fases da vida em sua plenitude. (KOLOTKIN, 2006).

Na questão da obesidade, a qualidade de vida em relação a saúde, tem como parâmetro avaliações comprovadas por métodos validados que são direcionados a pessoas clinicamente doentes fisicamente, isso em relação a suas limitações ou insatisfação que a doença proporciona. (SEID; ZANNOM, 2004).

4. METODO

4.1 Local

Para a implantação do nosso projeto de intervenção (PI) necessitamos conhecer os limites que o nosso cenário nos impõe. O PI será implantado na unidade de estratégia de saúde de família (ESF) Vila Independência, localizada no município de Tupã, região centro oeste Paulista, no estado de São Paulo, Brasil.

O município em questão conta com uma população estimada de 65.651 Mil habitantes. Em relação a saúde pública dispomos de 12 ESF, 03 UBS (Unidade básica de saúde), 01 UPA (Unidade de pronto atendimento) além de 02 Hospitais (públicos e particulares).

A unidade do ESF vila independência, foi criada há 10 anos; hoje encontra-se no prédio do sindicato rural da cidade, não apresentando estrutura física própria, devido a isso a unidade acaba por englobar o atendimento aos associados do sindicato citado acima, apresentando estrutura limitada e inviabilizando reformas e melhorias locais. O bairro de abrangência, vila independência, é um bairro antigo do município, com população predominante idosa, considerado um bairro tranquilo.

A área de abrangência do ESF vila independência é composta por uma população cadastrada com aproximadamente 3000 pessoas acrescidos dos prontuários eventuais de pacientes associados ao sindicato rural, sua disposição se dá em 07 micro aéreas, onde temos presente o asilo e a casa da criança.

Contamos com 15 profissionais trabalhando na equipe, sendo 03 técnicos de enfermagem, 01 enfermeira, 01 médica, 01 auxiliar administrativo, 07 agentes comunitária de saúde, 01 dentista e 01 auxiliar de saúde bucal, além dos esporádicos profissionais do NASF que também atendem nossa aérea.

O horário de atendimento é das 07 às 16 horas, sem fechar para o almoço, onde há acolhimento durante todo o horário de serviço.

Devido ao programa do qual participo os atendimentos médicos decorrem do período das 07 às 13 horas, diariamente, onde nos adequamos para conseguir atender agendamentos, demanda espontânea, e os programas previstos, além de atendimento compartilhado com a equipe do NASF quinzenal.

O programa de consultas agendadas foi implantado recentemente na unidade, visando seguir os princípios do SUS e melhorias do atendimento; os pacientes considerados demanda espontânea, são acolhidos pela equipe de enfermagem e tirados a fim de estabelecer urgência e emergência, os demais casos são agendados.

Na unidade realizamos os programas de patologias crônicas (HAS e DM), pré-natal, e puericultura, o qual denominamos projeto curumim.

4.2 Participantes

O público alvo deste projeto será uma população entre 60 a 65 anos, sendo o total neste presente momento de 226, porém selecionamos um grupo com maior risco cardiovascular para abordagem do atual trabalho, incluindo os pacientes dessa faixa etária que possuem HAS (hipertensão arterial sistêmica) e DM (diabetes mellitus), contando no final da amostragem um público com 82 pessoas.

4.3 Ações

- Estratégia de divulgação do projeto: Será realizado inicialmente um trabalho de sensibilização da comunidade local para a importância da detecção precoce de pacientes com sobrepeso e obesidade, principalmente grau I, que tenham patologias de base já correlacionadas, através de cartazes confeccionados na unidade e por intermédio das ACS durante as visitas domiciliares.
Será discutido os problemas decorrentes da obesidade e do sobrepeso e a inserção de ações de forma sistemática como: construção de parceria com a

nutricionista e educador físico da equipe; elaboração de cardápios com dietas balanceadas para os pacientes de acordo com as suas necessidades específicas; distribuição de cardápio elaborado; promoção de grupos de caminhada em parceria com educador físico e fisioterapeuta a fim de estimular a prática de atividades físicas; realização de palestras sobre “como realizar atividade física de forma saudável” e avaliação das medidas de IMC (índice de massa corporal), dentre outras medidas que se fizerem necessárias.

- Treinamento dos profissionais: Os profissionais dos serviços de atenção primária à saúde participarão de um treinamento. O conteúdo deverá contemplar os temas: que tratam dos problemas provocados pela grande epidemia de obesidade e sobrepeso que tem colocado em risco a saúde de todas as pessoas, indiferente da faixa etária, sendo em dias atuais o maior fator de risco para várias doenças, principalmente pela sua estreita ligação com várias comorbidades, com ênfase à síndrome metabólica, que por sua vez pode ocasionar um número elevado de doenças cardiovasculares, responsáveis por um aumento significativa da mortalidade em todo o mundo. Além disso os profissionais serão envolvidos através de reuniões multidisciplinares onde terão espaço para propor ações para que os objetivos propostos sejam alcançados.
- Processo de implantação do projeto: A estratégia principal para viabilizar a implantação do projeto será discutir com os gestores locais a forma mais adequada ao seu contexto organizacional, sendo o autor deste estudo responsável pela supervisão e consultoria e, os técnicos, responsáveis pela implantação. Após o treinamento, a forma de concretizar a implementação das rotinas de rastreamento e intervenção breve será decidida com cada equipe da unidade de atenção primária à saúde, respeitando-se as peculiaridades e tipo de organização de cada serviço. Todo o processo de implantação será observado pelo autor: reuniões com os gestores; treinamento e visitas aos serviços, sendo os dados anotados em caderno de campo, para posterior análise.

Assim, visando melhorias na qualidade de vida do público alvo, se faz clara medidas de intervenção, inicialmente com um grupo experimental, devidamente selecionados por consultas médicas, após avaliação e orientação nutricional, onde com o auxílio desta profissional criaremos cardápios com dietas adequadas, e após análise dos profissionais de educação física e do fisioterapeuta, fazer a introdução de atividade física supervisionada. Estaremos durante todo o processo classificando e acompanhando esses pacientes em relação ao IMC (Índice de massa corpórea).

4.4 Avaliação e Monitoramento

Um mês após o início das ações, será feita uma avaliação dos resultados obtidos com relação ao alcance dos objetivos específicos, o que nos dará um norte para as próximas ações a serem implantadas. Observações feitas pelos profissionais durante as etapas de implantação deverão ser realizada a fim de analisar como está sendo o processo de mudança de atitude, O presente estudo poderá trazer benefícios e aprimorar a saúde coletiva por meio da implantação de estratégias de disseminação, buscando ir além das práticas tradicionais. Para tanto, as informações e estratégias devem ser claras, objetivas e pragmaticamente correlacionadas aos conceitos e práticas de saúde coletiva.

Portanto, este projeto deverá atingir mudanças abrangentes, estabelecendo alianças entre diversos setores da sociedade local. Assim, após avaliar as dificuldades encontradas durante o processo, sempre que se fizer necessário, redirecionaremos as ações, com vistas ao alcance do objetivo proposto, qual seja o de Melhorar a qualidade de vida de pacientes classificados com sobrepeso e obesidade, principalmente grau I, que tenham patologias de base já correlacionadas.

5. RESULTADOS ESPERADOS

O crescimento e avanço da obesidade em todo o mundo tem justificado os estudos a respeito das doenças correlacionadas com o excesso de peso. As respostas obtidas em várias pesquisas, apontam para a grande oferta de produtos alimentícios de consumo prático, mas sem valores energéticos apropriados ao organismo para o seu funcionamento equilibrado.

Em relação as pessoas com excesso de peso, a qualidade de vida avaliada sistematicamente, permite que os valores estabelecidos para o estado de saúde do corpo seja mensurado, assim como o tratamento adequado a cada pessoa de acordo com suas funções e atividades de vida diária. Kolotkin (et al 2001), concorda que uma avaliação da qualidade de vida do obeso, pode permitir a adoção de medidas dentro do contexto biopsicossocial que podem satisfazer de forma mais completa a expectativa do indivíduo como ser integrante do contexto social.

Ciente de tal cenário o presente estudo busca aprimorar e aperfeiçoar o andamento de estratégias educacionais e alimentares, afim de correlacionar áreas diversas com um objetivo comum; melhorar a qualidade de vida da população descrita.

Os resultados preliminares obtidos neste estudo apontam para uma predisposição dos participantes no sentido de mudança dos hábitos alimentares e do comprometimento com uma atividade física que proporcione uma melhor qualidade de vida, entendendo como Segal (2002), que observa uma transformação na qualidade de vida de pessoas obesas quando ocorre uma conscientização do indivíduo sobre a relação do aumento de peso com as doenças.

Assim, pudemos também observar e acompanhar que a indicação e orientação a uma alimentação saudável, pode ser um dos caminhos para inserir nas pessoas uma ideia mais real, de que a saúde depende também da adoção de comportamentos simples que agregam saúde e bem estar geral.

A resposta aos nossos objetivos contribuiu de forma a conhecer e entender os hábitos alimentares da população, bem como sua relação com a prática de atividade física, além de compreender e identificar os fatores de risco iminentes em indivíduos obesos e com isso reiterar os argumentos de que a promoção de ações de conscientização sobre o risco relacionado entre obesidade e doença é concreta, mas que com mudanças de comportamento é possível melhorar a qualidade de vida dessas pessoas.

6. CRONOGRAMA

Atividades	Outubro 2015	Novembro 2015	Dezembro 2015	Janeiro 2016	Fevereiro 2016	Março 2016	Abril 2016	Mai 2016
Revisão Bibliográfica	X	X						
Treinamento da equipe			X					
Implantação das Ações				X	X			
Monitoramento e ajustes					X	X		
Análise dos dados						X		
Apresentação dos resultados							X	
Acompanhamento do Projeto								X

7. RESULTADOS ATINGIDOS

O crescimento e avanço da obesidade em todo o mundo tem justificado os estudos a respeito das doenças correlacionadas com o excesso de peso. As respostas obtidas em várias pesquisas, apontam para a grande oferta de produtos alimentícios de consumo prático, mas sem valores energéticos apropriados ao organismo para o seu funcionamento equilibrado.

Em relação as pessoas com excesso de peso, a qualidade de vida avaliada sistematicamente, permite que os valores estabelecidos para o estado de saúde do corpo seja mensurado, assim como o tratamento adequado a cada pessoa de acordo com suas funções e atividades de vida diária. Kolotkin (et al 2001), concorda que uma avaliação da qualidade de vida do obeso, pode permitir a adoção de medidas dentro do contexto biopsicossocial que podem satisfazer de forma mais completa a expectativa do indivíduo como ser integrante do contexto social.

Os resultados preliminares obtidos neste estudo apontam para uma predisposição dos participantes no sentido de mudança dos hábitos alimentares e do comprometimento com uma atividade física que proporcione uma melhor qualidade de vida, entendendo como Segal (2002), que observa uma transformação na qualidade de vida de pessoas obesas quando ocorre uma conscientização do indivíduo sobre a relação do aumento de peso com as doenças.

Assim, pudemos também observar que a indicação e orientação a uma alimentação saudável, pode ser um dos caminhos para inserir nas pessoas uma ideia mais real, de que a saúde depende também da adoção de comportamentos simples que agregam saúde e bem estar geral.

A resposta aos nossos objetivos contribuiu de forma a conhecer e entender os hábitos alimentares da população, bem como sua relação com a prática de atividade física, além de compreender e identificar os fatores de risco iminentes em indivíduos obesos e com isso reiterar os argumentos de que a

promoção de ações de conscientização sobre o risco relacionado entre obesidade e doença é concreta, mas que com mudanças de comportamento é possível melhorar a qualidade de vida dessas pessoas.

8. REFERÊNCIAS

1 ABESO. **Diretrizes brasileiras de obesidade**. 2009/2010 – Disponível em <www.abeso.org.br/pdf/diretrizes_brasileiras_obesidade_2009_2010_1.pdf>. Acesso em: 10/12/2015.

2 BRASIL. Ministério da saúde. **Epidemiologia**: relevância do problema e conceito e classificação. Brasília-DF: MS; 2006. p.16-26. Cadernos de Atenção Básica n.o12. Série A. Normas e Manuais Técnicos.

3 BRASIL. Ministério da Saúde. **Obesidade**. Brasília, DF, 2006b. (Cadernos de Atenção Básica, n. 12).

4 FEITOSA, F. S. **Síndrome metabólica e risco cardiovascular**: revisão sistemática e meta-análise, 2010.

5 KOLOTKIN, R. L.; CROSBY, R. D.; KOSLOSKI, K. D.; WILLIAMS, G. R. Development of a brief measure to assess quality of life in obesity. **Obes Rev**. 2001; 9(2):102-11.

6 KOLOTKIN, R. L et al. **Assessing weight-related of life in adolescents**. *Obesity*. 2006; 14: 448-57.

7 MONTEIRO C. A, MONDINI L.; SOUZA A. L. M.; POPKIN B. M. Da desnutrição para a obesidade a transição nutricional no Brasil. In: Monteiro CA, organizador. **Velhos e novos males da Saúde Pública no Brasil: a evolução do país e de suas doenças**. São Paulo: Hucitec - NUPENS/USP, 1995a. P. 247-55.

8 NAHAS, M. V. **A era do estilo de vida**. In: Nahas MV. Atividade física, saúde e qualidade de vida. Londrina: Midiograf; 2003. p. 13-29.

9 PETRIBU, C et al. Transtorno da compulsão alimentar periódica em uma população de obesos mórbidos candidatos a cirurgia bariátrica do hospital universitário Oswaldo Cruz, em Recife – PE. **Arq Bras Endocrinol Metab**. 2006; 50(5):901-8.

10 POPKIN, B. M.; DOAK; C. M. The obesity epidemic is a worldwide phenomenon. **Nutrition Reviews**: Washington; v.56, p.106-14, 1998.

11 SEGAL, A. **Técnicas de modificação de comportamento do paciente obeso**: psicoterapia cognitivo-comportamental. In: Halpern A, Mancini MC. Manual de obesidade para o clínico. São Paulo: Roca; 2002. p. 121-41.

12 VELASQUEZ-MELENDZ, G.; PIMENTA, AME. KAC, G. Epidemiologia do sobrepeso e da obesidade e seus fatores determinantes em Belo Horizonte (MG), Brasil: estudo transversal de base populacional. **Rev Panamer Salud Publica**. 2004; 16(5):308-14.

13 World Health Organization. **Obesity: preventing and managing the global epidemic - report of a WHO consultation on obesity**. Geneva: WHO; 2008. Technical Report Series 894.

14 ZWANN, M.; MITCHELL, J. E.; HOWELL, L. M.; MONSON, N.; SWAN-KREMEIER, L.; ROERIG, J. L *et al*. Two Measures of Health-Related Quality of Life in Morbidly Obesity. **Obes Rev**. 2002; 10(11):1143-50.

15 SEID, E. M. E.; ZANNOM, C. M. L. C. **Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos**. Cad Saúde Pública. 2004; 20(2):580-8.