



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO *STRICTU SENSU* EM ATENÇÃO À SAÚDE

KÁTIA ARIANA BORGES

**VALIDAÇÃO DO WORLD HEALTH ORGANIZATION DISABILITY
ASSESSMENT SCHEDULE (WHODAS 2.0) PARA PESSOAS COM OBESIDADE
MÓRBIDA**

UBERABA/MG

2017

KÁTIA ARIANA BORGES

**VALIDAÇÃO DO WORLD HEALTH ORGANIZATION DISABILITY
ASSESSMENT SCHEDULE (WHODAS 2.0) PARA PESSOAS COM OBESIDADE
MÓRBIDA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação *Strictu Sensu* em Atenção à Saúde, nível Mestrado, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro como requisito para obtenção do título de Mestre.

Linha de Pesquisa: Atenção à Saúde das Populações.

Eixo Temático: Saúde do Adulto e do Idoso.

Orientador: Dr. Shamyr Sulyvan de Castro

UBERABA/MG

2017

Catálogo na fonte: Biblioteca da Universidade Federal do Triângulo Mineiro

B732v Borges, Kátia Ariana
Validação do World Health Organization Disability Assessment
Schedule (WHODAS 2.0) para pessoas com obesidade mórbida / Kátia
Ariana Borges. -- 2017.
117 f. : il., fig., graf., tab.

Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) -- Universidade Federal
do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2017
Orientador: Prof. Dr. Shamyry Sulyvan de Castro

1. Obesidade mórbida. 2. Condições de saúde. 3. Estudos de validação. I. Castro, Shamyry Sulyvan de. II. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. III. Título.

CDU 613.25

KÁTIA ARIANA BORGES

**VALIDAÇÃO DO WORLD HEALTH ORGANIZATION DISABILITY
ASSESSMENT SCHEDULE (WHODAS 2.0) PARA PESSOAS COM OBESIDADE
MÓRBIDA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós
Graduação *Strictu Sensu* em Atenção à Saúde,
nível Mestrado, da Universidade Federal do
Triângulo Mineiro como requisito para
obtenção do título de Mestre.

Uberaba, 26 de janeiro de 2017.

Banca Examinadora:

Dr. Shamyry Sulyvan de Castro – Orientador
Universidade Federal do Ceará- UFC

Dra. Flávia de Lima Osório
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo - USP

Dra. Maria Helena Barbosa
Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a DEUS, por me guiar nos momentos de desespero e por não me deixar desistir dos sonhos que construo cotidianamente.

A todos os meus familiares, em especial amados pais GERALDO e ELZA, todas as minhas conquistas também são suas. Obrigada pai por ser exemplo de humildade e por ser minha fortaleza e mãe por ser meu estímulo constante. Agradeço também aos irmãos e sobrinhos e peço desculpas pelas minhas falhas e ausências devido à falta de tempo ou de paciência pelo excesso de cansaço. Independente de tudo vocês são a razão da minha vida.

Ao meu companheiro amado VICTOR HUGO pelo amor, amizade, respeito, dedicação, ensinamentos e empatia quanto as minhas necessidades profissionais e pessoais. Sem você eu não teria conseguido meu amor. Obrigada por ser parte da minha vida e por tornar meus dias muito mais felizes.

Aos amigos, em especial à LUANA, ADRIANA, LEIDIANE, LOVANE, PATRÍCIA JASPER, SIMONE, LORA, TENA, MATHEUS (BOLA), HELENA (SOGRA) E RHAILA por estarem sempre ao meu lado, me auxiliando e estimulando a seguir em frente. Agradeço a Deus por ter vocês em meu caminho e por ter a oportunidade de compartilhar minhas vitórias e desafios com pessoas que tanto amo.

À todos os professores pelos ensinamentos e partilhas, em especial ao meu orientador professor Doutor SHAMYR SULLYVAN pela confiança, dedicação, paciência e cuidado. Saiba que sempre me senti muito acolhida em nossas reuniões e conversas. Esse é o diferencial entre ser apenas um professor e ser espelho profissional e pessoal.

À PÂMELA PUGA por aceitar colaborar com a pesquisa e por ter se tornado acima de tudo, uma amiga que vou guardar pra sempre em meu coração. Aos professores e alunos do Curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal do Triângulo Mineiro pela oportunidade em poder contribuir e aprender muito durante minha estada enquanto professora substituta, em especial aos alunos da Turma XIII. Tenho muito orgulho de ter sido a professora homenageada de vocês!

A todas as pessoas e instituições que contribuíram com a realização da pesquisa, principalmente a Universidade federal do Triângulo Mineiro e a Coordenação de

Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) por possibilitar a realização e execução deste trabalho. Agradeço também aos participantes por me receberem e compartilharem comigo suas habilidades, dificuldades e histórias de vida que me encantaram e fizeram buscar no doutorado pesquisas com a mesma população.

Enfim, agradeço por ser abençoada em ter tantas pessoas e oportunidades maravilhosas em minha vida!

RESUMO

A obesidade mórbida apresenta-se na literatura como uma doença crônica não transmissível que pode afetar todos os aspectos biopsicossociais do sujeito. No que tange a realidade brasileira, estudos capazes de mensurar o nível de funcionalidade e deficiência da população em questão, são escassos. Dessa forma, o presente estudo teve como objetivo primário realizar o estudo da validade e confiabilidade do instrumento *World Health Organization Disability Assessment Schedule* (WHODAS 2.0) para aferição da funcionalidade em pessoas com obesidade mórbida, como secundários objetivou-se analisar a qualidade de vida de pessoas com obesidade mórbida e a capacidade física e funcional apresentada, além de identificar os papéis ocupacionais auto-atribuídos, percebidos e a importância designada a cada um deles pelas pessoas pesquisadas. Este estudo de natureza metodológica, também pautou-se em uma pesquisa quantitativa descritiva, com abordagem exploratória e transversal para responder aos objetivos secundários. Para coleta dos dados utilizou-se a versão de 36 itens do WHODAS 2.0, a Escala Curta de Qualidade de Vida (WHOQOL – BREF), o teste de Caminhada de Seis Minutos (TC6') e a Lista de identificação de Papéis Ocupacionais. Os dados sociodemográficos e clínicos foram coletados por meio de uma entrevista inicial elaborada pelos pesquisadores. No total, participaram deste estudo 60 adultos com Índice de Massa Corporal (IMC) igual ou superior a 40 kg/m² cadastrados no Setor de Cirurgia do Aparelho Digestório (CAD) em um hospital de ensino de uma universidade pública do Triângulo Mineiro, do estado de Minas Gerais. Os resultados obtidos através dos testes psicométricos realizados na primeira avaliação mostraram consistência interna total de 0,93, verificada por meio do coeficiente alfa de *Cronbach*. O teste re-teste apresentou boa e excelente confiabilidade com resultados do Coeficiente de Correlação Intraclass variando de 0,67 a 0,81. No que se refere à validade de critério convergente e divergente observou-se correlação moderada e significativa com a maioria dos domínios do WHOQOL – BREF, relação divergente entre o WHODAS 2.0 e o TC6' e correlação forte entre o domínio Atividades escolares e de Trabalho do WHODAS 2.0 com o papel de Trabalhador da Lista de identificação de Papéis Ocupacionais. Quanto à qualidade de vida os dados evidenciaram prejuízos significativos em todos os domínios com ênfase no Físico, já a capacidade física e funcional demonstrou estar reduzida. Perdas de papéis ocupacionais considerados importantes para a amostra no tempo presente também foram encontradas. O Estudo evidenciou que o WHODAS 2.0 apresenta propriedades psicométricas adequadas para o uso em pessoas com obesidade mórbida. Destaca-se a importância de novos estudos que possam aprofundar a

relação entre funcionalidade, qualidade de vida, capacidade física e funcional e papéis ocupacionais de pessoas com obesidade mórbida.

Palavras-Chave: Estudos de Validação, Condições de Saúde, Obesidade Mórbida.

ABSTRACT

Morbid obesity is presented in literature as a chronic non-transmissible disease that can affect every biopsychosocial aspect of an individual. Considering the Brazilian reality, scarce are the studies capable of measuring the level of functionality and deficiency of the population affected by it. Thus, this study aimed primarily at validating the *World Health Organization Disability Assessment Schedule* (WHODAS 2.0) to assess the functionality of people with morbid obesity. Its secondary objectives are the analysis of the quality of life of morbidly obese people and the physical and functional abilities they present, as well as the identification of their self-attributed and perceived occupational roles, as well as the importance the investigated people give to them. This study is of a methodological nature, though, to answer its secondary objectives, it was also based on a quantitative and descriptive research that had an exploratory and cross-sectional approach. In order to collect the data, the 36 item version of the WHODAS 2.0, the Short Quality of Life Scoring (WHOQOL – BREF), as well as the Six Minute Walk Test (6MWT) and the List for the Identification of Occupational Roles (LIOR) were used. Sociodemographic and clinical data were collected through an initial interview elaborated by the researchers. In total, 60 adults participated in this study, all with a Body Mass Index (BMI) of over 40kg/m² and registered in the digestive tract surgery ward of the general hospital of a public university in the Triângulo Mineiro, Minas Gerais. The results obtained through psychometric tests conducted in the first evaluation have shown a total internal consistency of 0.93, verified through the Cronbach's alpha coefficient. The re-test test and the inter-evaluators have presented good and excellent reliability with the results of the intraclass Correlation Coefficient, varying from 0.67 and 0.95. Regarding the validity of a converging and diverging criteria, a moderate and significant correlation has been noted with most of the WHOQOL – BREF domains, together with a diverging relation between the WHODAS 2.0 and the 6MWT, and a strong correlation between the domains School Activities and WHODAS 2.0 work, and the role of the LIOR worker. Considering their quality of life, data have shown significant damages in all domains, especially in the physical one, while physical and functional capacity were shown to be diminished. Losses of occupational roles considered to be important by the sample were also found. The study showed that the WHODAS 2.0 presents meaningful psychometric properties, adequate for the use in people who are morbidly obese. It is also necessary to highlight the importance of other studies, able to find deeper connections between

functionality, quality of life, physical and functional capacity, and the occupational roles of morbidly obese people.

Key-words: Validation Studies, Health Conditions, Morbidity Obesity.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Modelo explicativo da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (OMS, 2003).	16
Figura 2 - Fluxograma de seleção dos participantes. Uberaba, 2016.....	40
Quadro 1 - Processos de validação e métodos de análise.....	46

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Classificação do Índice de Massa Corporal e risco de comorbidade segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2000).	19
Tabela 2 - Prevalências e distribuição regional da obesidade mórbida (IMC > 40 kg/ m ²) na população adulta brasileira. Brasil, 1974-2003.	25
Tabela 3 - Estudos de Validação do WHODAS 2.0 Realizados entre 2015-2016. Uberaba (MG), 2016.	31
Tabela 4 - Distribuição dos participantes segundo sexo, situação conjugal e situação de trabalho. Uberaba (MG), 2016.	49
Tabela 5 - Distribuição segundo idade, anos de estudo formal e renda familiar verificada por salários mínimos mensais. Uberaba (MG), 2016.	50
Tabela 6 - Condições clínicas de Saúde. Uberaba (MG), 2016.	50
Tabela 7 - Comorbidades associadas à obesidade, medicações de uso contínuo e acompanhamento profissional de Saúde. Uberaba (MG), 2016.	51
Tabela 8 - Testes para validação da Consistência Interna e Teste re-teste e do WHODAS 2.0. Uberaba (MG), 2016.	52
Tabela 9 - Correlação entre WHODAS 2.0 e WHOQOL – BREF; WHODAS 2.0 e Teste de Caminhada de 6 Minutos; WHODAS 2.0 e Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais. Uberaba (MG), 2016.	54
Tabela 10 - Medidas de tendência central, de variabilidade para os domínios do WHOQOL-BREF. Uberaba (MG), 2016.	56
Tabela 11-Média, Mediana e Desvio-Padrão para o Teste de Caminhada de 6 Minutos. Uberaba (MG), 2016.	56
Tabela 12 - Distribuição dos papéis ocupacionais ao longo do tempo. Uberaba (MG), 2016.	57
Tabela 13 - Distribuição do grau de importância dos papéis ocupacionais. Uberaba (MG), 2016.	58
Tabela 14 - Distribuição do Padrão de Desempenho de Papéis Ocupacionais. Uberaba (MG), 2016.	59

LISTA DE SIGLAS

ABESO - Associação Brasileira Para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica

CAD - Cirurgia do Aparelho Digestório

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CID-10 - Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DP – Desvio Padrão

ENDEF – Estudo Nacional de Despesa Familiar

FC – Frequência Cardíaca

GEP - Grupo de Pesquisa e Extensão

HC/UFTM- Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IC95% - Intervalo de Confiança de 95%

IMC – Índice de Massa Corporal

MDS – Model Disability Survey

O₂ - Oxigênio

OMS – Organização Mundial de Saúde

PA – Pressão Arterial

PNSN – Pesquisa Nacional Sobre Nutrição e Saúde

POF – Pesquisa de Orçamentos Familiares

PRISMA – Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses

SISVAN - Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

SPO₂ – Saturação Arterial de Oxigênio

SUS - Sistema Único de Saúde

TC6' - Teste de Caminhada de Seis Minutos

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFTM - Universidade Federal do Triângulo Mineiro

VIGITEL - Sistema Brasileiro de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

WHODAS 2.0 - World Health Organization Disability Assessment Schedule

WHOQOL – BREF - World Health Organization Quality of Life – BREF

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
1.1	FUNCIONALIDADE, DEFICIÊNCIA E OBESIDADE MÓRBIDA.....	15
1.2	CLASSIFICAÇÃO E COMORBIDADES ASSOCIADAS À OBESIDADE.....	19
1.2.1	Índices antropométricos e obesidade mórbida.....	19
1.2.2	Comorbidades associadas à obesidade.....	20
1.3	EPIDEMIOLOGIA DA OBESIDADE	22
1.4	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E OBESIDADE.....	25
1.5	VALIDADE E CONFIABILIDADE DE ESTUDOS METODOLÓGICOS.....	27
1.6	REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA DO WORLD HEALTH ORGANIZATION DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE (WHODAS 2.0).....	28
2	JUSTIFICATIVA	32
3	OBJETIVOS	34
3.1	PRIMÁRIO	34
3.2	SECUNDÁRIOS	34
4	MATERIAL E MÉTODOS	35
4.1	TIPO DE ESTUDO	35
4.1.1	Apresentação do Instrumento World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0)	35
4.2	LOCAL DO ESTUDO	37
4.3	POPULAÇÃO/AMOSTRA.....	38
4.3.1	Critérios de Inclusão.....	39
4.3.2	Critérios de exclusão.....	39
4.4	COLETA DOS DADOS.....	40
4.4.1	Procedimentos	40
4.4.2	Instrumentos de coleta	41
4.4.2.1	Entrevista inicial.....	42
4.4.2.2	World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0).....	43
4.4.2.3	Teste de Caminhada de 6 Minutos	43
4.4.2.4	Escala Curta de Qualidade de Vida - WHOQOL – Bref.....	44
4.4.2.5	Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais	44
4.5	GERENCIAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	45
4.6	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	47
5	RESULTADOS	49
5.1	CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	49

5.2	VALIDAÇÃO DOWHODAS 2.0: CONSISTÊNCIA INTERNA, TESTE RE-TESTE E VALIDADE DE CRITÉRIO CONVERGENTE E DIVERGENTE	51
5.3	DESCRIÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E OBESIDADE MÓRBIDA	55
5.4	ESTUDO DA CAPACIDADE FÍSICA, FUNCIONAL E OBESIDADE MÓRBIDA	56
5.5	PAPÉIS OCUPACIONAIS E OBESIDADE MÓRBIDA	57
6	DISCUSSÃO	60
6.1	CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	60
6.2	VALIDAÇÃO DOWHODAS 2.0: CONSISTÊNCIA INTERNA, TESTE RE-TESTE E VALIDADE DE CRITÉRIO CONVERGENTE E DIVERGENTE	61
6.3	DESCRIÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E OBESIDADE MÓRBIDA	66
6.4	ESTUDO DA CAPACIDADE FÍSICA, FUNCIONAL E OBESIDADE MÓRBIDA	68
6.5	PAPÉIS OCUPACIONAIS E OBESIDADE MÓRBIDA	69
7	CONCLUSÃO.....	72
	REFERÊNCIAS	74
	APÊNDICE A – ENTREVISTA INICIAL	86
	ANEXO A – World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0)	89
	ANEXO B – Teste de Caminhada de 6 Minutos.....	100
	ANEXO C – Escala de Borg	102
	ANEXO D – WHOQOL – BREF - World Health Organization Quality of Life – BREF... ..	103
	ANEXO E– Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais.....	107
	ANEXO F – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Para Sujeitos Maiores de Idade	111
	ANEXO G–Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa.....	113

1 INTRODUÇÃO

1.1 FUNCIONALIDADE, DEFICIÊNCIA E OBESIDADE MÓRBIDA

Ao longo das últimas décadas diferentes organizações, principalmente políticas e educacionais, estão debatendo sobre as diversas configurações e modelos para efetivação das práticas em saúde. Esses modelos foram vislumbrados inicialmente por meio do modelo biomédico, passando pelo social e culminando no biopsicossocial (FERTONANI et al., 2015).

Sustentado pelo paradigma cartesiano até meados de 1980 e incorporado por alguns serviços de saúde do Brasil devido sua capacidade em propiciar resoluções de dor e tratamento de inúmeras doenças, o modelo biomédico apresenta várias limitações, pois enfatiza o aspecto curativista, a lógica unicausal e disponibiliza pouco espaço para escuta qualificada (DE OLIVEIRA, 2010; SILVA et al., 2016).

Tal modelo compreende a doença enquanto desajuste ou falta de mecanismos para adaptação do organismo ao meio e considera o corpo humano de forma fragmentada, não visualizando o sujeito como um todo. Baseia-se principalmente no tratamento da doença ou parte afetada, na medicalização e na hospitalização (FERTONANI et al., 2015).

No que se refere ao modelo social manifestado após transformações políticas, sociais e tecnológicas observa-se que ainda na década de 1980, ele ganha força e questiona o tradicional raciocínio do processo saúde-doença, até então, vigente (DE OLIVEIRA, 2010; FERTONANI et al., 2015). No modelo social o conceito de saúde pauta-se em uma concepção política e ideológica, abordando conhecimentos referentes à reprodução social da saúde e das doenças de forma multicausal (PAIM et al., 2011).

Já o modelo biopsicossocial reafirma as potencialidades dos dois anteriores e discute a complexidade humana e os diversos tipos de fatores determinantes do processo saúde-doença. Neste, os efeitos de uma determinada atividade ou ação nos fatores biológicos, sociais e culturais modificam as condições dos demais, ou seja, estes aspectos são mutuamente influenciados e apresentam uma multidirecionalidade em seus componentes (ARAÚJO, 2013).

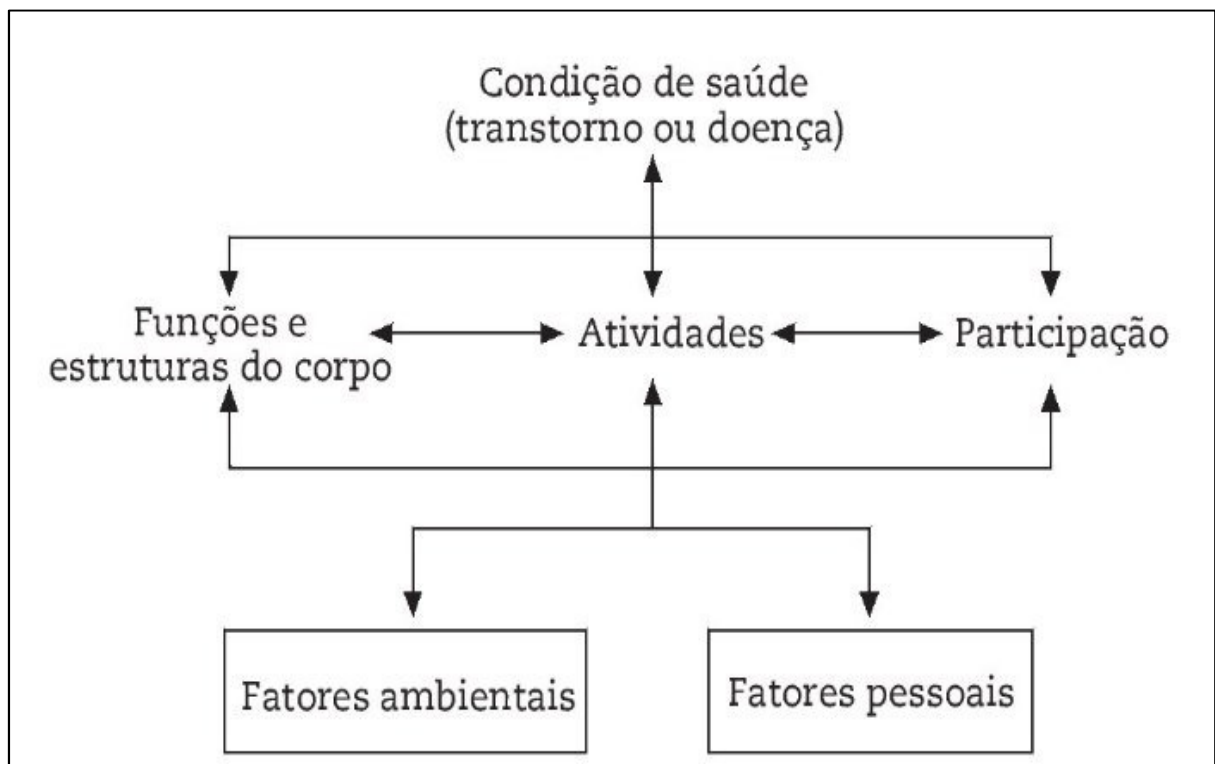
Araújo (2013) ainda destaca que o órgão ou sistema do corpo humano com deficiência não é o único determinante da incapacidade de uma pessoa, pois tanto a incapacidade quanto a deficiência resultam de uma interação entre fatores extra-biológicos e biológicos.

Ao relacionar os modelos supracitados é possível expor que atualmente a deficiência é representada como um processo multidimensional pautado no modelo biopsicossocial do

processo de incapacidade. A deficiência envolve componentes fundamentados em funções e estruturas corporais, atividades realizadas pelo sujeito e o contexto ambiental ou social cuja funcionalidade está sendo avaliada (DI NUBILA; BUCHALLA, 2008).

Para explicar como os componentes deste processo multidimensional são mutuamente influenciados e enfatizar a funcionalidade enquanto componente da saúde, a Organização Mundial de Saúde (OMS), através da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), publicada em 2001, descreve que condição de saúde é considerado um termo genérico para denominar doença, distúrbio, lesão ou trauma, circunstâncias como estresse, envelhecimento, anomalia congênita ou predisposição genética, conforme figura abaixo (OMS, 2003; SAMPAIO et al., 2005).

Figura 1 - Modelo explicativo da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (OMS, 2003).



Fonte: Organização Mundial de Saúde, 2003.

Nesse sentido, por intermédio da CIF, a OMS propõe o modelo explicativo de condição de saúde, o qual enfatiza os domínios: funções e estruturas do corpo, atividade e participação com outros componentes de saúde como fatores pessoais e fatores relacionados à saúde e os ambientais (SAMPALIO et al., 2005).

O modelo proposto baseia-se em uma abordagem biopsicossocial com aplicabilidade universal e usada em qualquer condição de saúde. Objetiva-se portanto integrar as dimensões biológica, individual e social da saúde, em que a funcionalidade e as incapacidades humanas estabelecem uma interação dinâmica entre as condições de saúde e os fatores contextuais (SAMPAIO; LUZ, 2009).

A CIF é considerada a abordagem da funcionalidade mais indicada por identificar como as condições ambientais, individuais, estruturas e funções corporais, atividades e participação interferem e são mutuamente influenciadas pelo estado de saúde. Ressalta-se a relevância da deficiência como tema de interesse em saúde pública e a importância da aferição da funcionalidade para gestão das políticas públicas e serviços de saúde adequados às necessidades da população (CASTRO, CASTANEDA, SILVEIRA, 2014).

Por conseguinte, devido dificuldade em utilizar a CIF em decorrência de sua quantidade de códigos e/ou categorias que levam a um dispendioso tempo para a coleta de dados, a OMS visando ampliar a aplicabilidade dos seus conceitos e disseminar seu uso de acordo com as necessidades dos sujeitos avaliados, elaborou três instrumentos sendo:

- a) Checklist – utilizado na prática clínica para extrair e registrar informações referentes à funcionalidade e incapacidade, o Checklist é sistematizado nos domínios funções e estruturas do corpo, fatores ambientais e atividades e participação. Consiste da seleção de 125 categorias das 1464 presentes no documento original da CIF, as quais são utilizados para classificar e mensurar a funcionalidade por meio dos “qualificadores” que são utilizados como uma maneira de graduar o comprometimento da funcionalidade (EWERT, 2004; CASTRO et al., 2016).
- b) Core sets da CIF – baseia-se em conjuntos de categorias da CIF que descrevem tipicamente a funcionalidade de pessoas que apresentam condições de saúde específicas. Normalmente são utilizados para avaliar apenas as categorias relacionadas aos aspectos da funcionalidade que são afetados e que podem não ser contemplados por outros instrumentos como, por exemplo, os fatores ambientais. Dependendo da condição de saúde pode-se utilizar tanto core sets abrangentes (têm de 55 a 130 categorias) quanto core sets resumidos (varia de 9 a 39 categorias). É considerada uma ferramenta útil para documentar a funcionalidade em estudos clínicos e avaliações profissionais abrangentes, podendo ser utilizado para finalidades clínicas e de pesquisa em grupos restritos a diagnósticos específicos (RIBERTO, 2011);
- c) Model Disability Survey (MDS) – Instrumento com tempo de aplicação entre 60 e 120 minutos em que as questões são divididas nas seguintes seções:

características sociodemográficas; histórico do trabalho e benefícios; fatores ambientais; funcionalidade; condições de saúde e capacidade; utilização de serviços de saúde; satisfação; personalidade e bem-estar. Objetivou-se com a criação do instrumento oferecer estimativas para a determinação da prevalência de deficiências e informações necessárias à implementação de ações, intervenções, políticas e programas direcionadas às pessoas com deficiência, além de mensurar o comprometimento funcional em um contexto mais próximo à vida real (CASTRO et al., 2016).

Castro et al. (2016) apontam que tais instrumentos foram elaborados por serem possivelmente mais adequados a estudos epidemiológicos e de aplicação mais rápida, reduzindo consequentemente o tempo de coleta.

Além dos três instrumentos supracitados a estrutura e modelo conceitual apresentados pela CIF também foram utilizados no processo de criação do *World Health Organization Disability Assessment Schedule* (WHODAS 2.0), instrumento prático e genérico utilizado para aferição de funcionalidade e incapacidade. O WHODAS fornece o nível de funcionalidade por meio de seis domínios da vida, a saber: cognição, mobilidade, autocuidado, relações interpessoais, atividades de vida (domésticas, escolares ou de trabalho) e participação (CASTRO et al., 2016).

O instrumento citado anteriormente também proporciona um sistema de medidas para verificar o impacto da condição de saúde na funcionalidade do sujeito por meio de um escore que varia de 0 a 100 para cada domínio, além de um escore total (CASTRO, LEITE, 2015; CASTRO et al., 2016). Dessa forma, o WHODAS possibilita a comparação da frequência e dos escores de pontuação na população saudável ou entre populações com condições distintas de saúde.

No contexto da obesidade, instrumentos padronizados e validados para o português que podem ser utilizados na avaliação da funcionalidade, saúde e deficiência são escassos. Instrumentos específicos para a população com obesidade mórbida, não foram encontrados.

Dessa forma, validar o *World Health Organization Disability Assessment Schedule* (WHODAS 2.0) para utilização na população brasileira e em pessoas com condições de saúde específicas, como as diagnosticadas com obesidade mórbida, torna-se de extrema importância para aprimorar os cuidados em saúde, refletir sobre políticas públicas e efetivar correto diagnóstico funcional em nível clínico e acadêmico.

1.2 CLASSIFICAÇÃO E COMORBIDADES ASSOCIADAS À OBESIDADE

1.2.1 Índices antropométricos e obesidade mórbida

De acordo com a OMS, o Índice de Massa Corporal (IMC), é considerado por meio da razão simples entre o peso e a altura. É um instrumento que representa o estado nutricional e frequentemente é utilizado na classificação da obesidade em adultos. O IMC considera os seguintes parâmetros, como apresentados na tabela abaixo:

Tabela 1 - Classificação do Índice de Massa Corporal e risco de comorbidade segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2000).

IMC	Classificação	Risco de Comorbidades
IMC < 18,5 kg/m ²	Baixo peso	Normal ou elevado (pode ter risco aumentado para outros problemas clínicos)
IMC ≥ 18,5 - < 24,9 kg/m ²	Eutrófico	Normal
IMC ≥ 24,9 e < 30 kg/m ²	Sobrepeso	Pouco elevado
IMC ≥ 30 kg/m ² - < 34,99 kg/m ²	Obesidade grau I	Elevado
IMC ≥ 35 kg/m ² e < 39,99 kg/m ²	Obesidade grau II	Muito elevado
IMC ≥ 40 kg/m ²	Obesidade grau III - Obesidade Mórbida ou grave	Muitíssimo elevado

Fonte: OMS, 2000

Além das apresentações descritas na tabela 1, os padrões convencionam as seguintes classificações e pontos de corte: baixo peso grave IMC menor que 16 kg/m², baixo peso moderado IMC de 16,0 a 16,9 kg/m², baixo peso leve IMC de 17,0 a 18,4 kg/m², excesso de peso IMC maior ou igual a 25 kg/m², sobrepeso IMC de 25 a 29,9 kg/m², obesidade IMC maior ou igual a 30 kg/m² e obesidade mórbida determinada pelo IMC igual ou superior a 40 kg/m² (ABESO, 2016).

Ressalta-se que a obesidade é definida como um problema nutricional ocasionado pelo acúmulo anormal ou excessivo de gordura corporal que pode afetar de diferentes maneiras a saúde e qualidade de vida (OMS, 2000; WANDERLEY, FERREIRA, 2010).

O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) descreve que o IMC é recomendado devido suas vantagens e facilidades referentes à obtenção e padronização das medidas de peso, altura, predição de risco e de morbimortalidade, principalmente em seus

limites extremos, como na obesidade mórbida. Em suas orientações descreve que outro parâmetro recomendado para avaliação antropométrica é a aferição da circunferência da cintura, também conhecida como circunferência abdominal, a qual estabelece como ponto de corte para aumento do risco cardiovascular a circunferência abdominal igual ou superior a 94 centímetros em homens e 80 centímetros em mulheres (BRASIL, 2011).

Tal aferição é importante, pois o IMC não distingue massa gordurosa de massa magra e não reflete a distribuição da gordura corporal, podendo gerar uma imprecisão em populações distintas como idosos e atletas, por exemplo. Dessa forma a gordura visceral ou intra-abdominal em todos os graus de obesidade é considerada como fator de risco potencial para diversas doenças e distúrbio cardiometabólico, independentemente da gordura corporal total (ABESO, 2016).

1.2.2 Comorbidades associadas à obesidade

A obesidade mórbida, descrita na Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) através do código E66.0, apresenta-se na literatura como prejudicial à funcionalidade e, eventualmente, relacionada ao aumento da ansiedade, sintomas depressivos, diminuição da expectativa de vida, diminuição da qualidade de vida e dificuldade na realização de atividades cotidianas (LIOU; PI-SUNVIER; LAFERRÈRE, 2005; JAGIELSKI et al., 2014).

Considera-se qualidade de vida como a percepção quanto a posição na vida, contexto cultural e sistema de valores em relação aos objetivos, expectativas e preocupações individuais (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012). Já as atividades cotidianas estão diretamente relacionadas ao desempenho de papéis ocupacionais realizados pelos sujeitos. Dessa forma, os papéis podem ser definidos a partir do conjunto de comportamentos moldados pela cultura e pelos contextos, que são esperados pela sociedade, sendo necessários para estruturar a identidade ocupacional (AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION, 2015).

A literatura ainda descreve que a obesidade pode comprometer a saúde e tornar-se prejudicial ao indivíduo (MATTOS; REIS, 2011), causando doenças relacionadas a condições secundárias de saúde como doenças agudas, metabólicas, psicossociais e, principalmente, doenças crônicas como hipertensão, doenças coronarianas, cardiovasculares, diabetes e, até

mesmo, osteoarticulares e cânceres (LIOU; PI-SUNVIER; LAFERRÈRE, 2005; ABESO, 2009; DO NASCIMENTO SANTOS, LIMA, DE SOUZA, 2014).

Além dos comprometimentos já citados, a obesidade tem sido relacionada a alterações físicas e funcionais como redução da mobilidade, funções respiratórias, cardíacas, reprodutivas e sexuais.

Dificuldade, inatividade, desconforto ou incapacidade em realizar atividades como caminhar longas distâncias, déficits em muitas tarefas e deterioração na capacidade de subir escadas, dirigir e participar de atividades moderadamente exigentes estão relacionados com o comprometimento na mobilidade e funcionalidade de pessoas obesas. Destaca-se que na obesidade mórbida as limitações podem ser cinco vezes maiores do que em pessoas com IMC ideal, o que pode levar a dor, limitações funcionais, deficiências relacionadas à mobilidade e angústia (REJESKI et al., 2012; FORHAN, GILL, 2013; GATINEAU, HANCOCK, DENT, 2013).

Mesmo sem nenhuma doença respiratória diagnosticada, pessoas obesas apresentam risco aumentado de sintomas respiratórios como falta de ar devido à limitação do fluxo expiratório (especialmente durante o exercício), aumento do consumo de oxigênio e produção de dióxido de carbono e aumento do esforço mecânico necessário para a respiração, devido a presença de tecido adiposo em torno da caixa torácica. A associação entre obesidade e asma também levantou novas preocupações sobre os efeitos dessa condição de saúde no sistema respiratório, porém mecanismos para tal relação ainda não são bem compreendidos (CANOY et al., 2004; SALOME, KING, BEREND, 2010; LITTLETON, 2012).

Ressalta-se que a síndrome da apnéia obstrutiva do sono, caracterizada pela completa ou parcial obstrução das vias aéreas superiores durante o sono, microdespertares ou despertares noturnos está relacionada à presença da obesidade. Tal diagnóstico pode ser explicado pelo aumento da deposição de gordura na região torácica e pescoço, o que pode resultar na redução da complacência pulmonar e do calibre faríngeo. Tal síndrome é mais prevalente em obesos de meia idade e acomete cerca de 2/3 desta população (DE CARVALHO AGUIAR, 2011).

A obesidade também pode causar alterações nas funções cardíacas em todas as faixas etárias e provoca alterações na geometria e função miocárdica de crianças. Já a obesidade mórbida em adultos é uma condição que predispõe a disfunção ventricular com aumento das câmaras esquerdas, disfunção diastólica, hipertrofia ventricular esquerda, indicadores de disfunção diastólica e predisposição a doença conhecida como cardiomiopatia da obesidade. No geral, tal diagnóstico pode ocorrer mesmo sem antecedentes de doença cardíaca estrutural

ou hipertensão arterial sistêmica (ROCHA et al., 2007; MANGNER et al., 2014; ALPERT et al., 2014).

Ao analisar a relação entre obesidade e sistema reprodutivo do sexo feminino observa-se que a infertilidade é maior em mulheres obesas devido à síndrome dos ovários policísticos e influências do excesso de gordura corporal na ovulação, ciclo menstrual irregular e menor taxa de implantação, principalmente naquelas com gordura abdominal elevada. Já em homens há evidências de que a obesidade pode impactar negativamente no potencial reprodutivo causando redução da qualidade, alteração na estrutura física do esperma, alteração molecular das células germinais e infertilidade (JUNGHEIM et al., 2012; PALMER et al., 2012; CHEN et al., 2013).

Ainda no que se refere às funções sexuais percebe-se que a disfunção erétil é mais comum em pacientes obesos que em homens com IMC ideal. Quanto maior o IMC menor são os níveis de funcionamento sexual (KOLOTKIN; ZUNKER; ØSTBYE, 2012).

Ao discutir sobre as consequências da obesidade na saúde é fundamental aferir os efeitos dessa doença na funcionalidade, incapacidade e possíveis deficiências dos sujeitos, de modo a proporcionar uma leitura mais adequada para o diagnóstico ou oferecimento de serviços de saúde mais apropriados e qualificados.

1.3 EPIDEMIOLOGIA DA OBESIDADE

A epidemia mundial da obesidade está crescendo significativamente nas últimas quatro décadas. As evidências apontam que o aumento da ingestão de alimentos e a mudança na prática alimentar estão diretamente relacionados à facilidade de acesso a alimentos processados e industrializados, ao marketing de alimentos e bebidas, às mudanças nas práticas alimentares, ao aumento da riqueza nacional de vários países e a aspectos culturais, ambientais e genéticos, os quais são condicionantes a tal diagnóstico (GORTMAKER, 2011).

Fatores relacionados ao crescimento do consumo calórico pautam-se na necessidade da maioria da população, principalmente aquelas com várias atividades cotidianas em realizar refeições em curto espaço de tempo, o que atrapalha os mecanismos de saciação. Outro aspecto importante está relacionado à diminuição do número de refeições realizadas em casa com consequente aumento alimentar em redes de *fast food* e aumento desproporcional das porções alimentares servidas (ABESO, 2016).

Pesquisas realizadas em mais de 200 países descrevem o aumento da prevalência da obesidade como uma tendência mundial em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento. Relatam também uma pequena redução no ritmo do progresso da prevalência da obesidade em alguns países desenvolvidos. Estudos também revelam em todos os territórios pesquisados altos índices de mortalidade, menor expectativa de vida e ampliação dos gastos econômicos em saúde (GORTMAKER, 2011; MURRAY, LOPES, 2013).

Além da incapacidade proveniente do excesso de peso a obesidade enquanto doença é um importante fator de risco que leva a outros diagnósticos associados, sendo uma epidemia relevante de acordo com a carga global de doenças (MURRAY, LOPES, 2013, MALTA et al., 2014).

Por conseguinte, Dietz (2015) ao discutir a obesidade destaca que a prevalência desta doença pode representar um fardo clínico devido à falta de preparo de alguns profissionais em lidar com a população. O autor evidencia em algumas situações a existência de preconceitos, ausência de treinamento adequado e pouca experiência das equipes interprofissionais de saúde, especialmente para lidar com pacientes com sobrepeso e com obesidade leve à moderada (DIETZ, 2015).

No Brasil o cenário referente ao avanço da prevalência da obesidade não é diferente, observa-se em todo o território que o perfil das práticas alimentares e o cotidiano de vida da população foram alterados por meio das mudanças sócio-culturais, econômicas, demográficas, expectativa de vida e até mesmo pela transição epidemiológica e nutricional ocorrida nas últimas décadas (HERIQUES, DIAS E BURLANDY, 2014; BRASIL, 2014).

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) evidenciados pela Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2008-2009 apontam mudanças significativas no estado nutricional da população. No que se refere aos adultos com 20 anos ou mais de idade cronológica o documento revela uma transição nutricional entre os anos de 1974 e 2009. (IBGE, 2010).

Percebe-se que em 1974 existia uma prevalência de 8% de pessoas de ambos os sexos com déficit de peso. Já em 2009 12,4% dos homens e 16,9% das mulheres apresentavam-se obesas, o documento ainda destaca que 38,8 milhões de pessoas adultas estavam acima do peso e, deste grupo, 10,5 milhões foram consideradas obesas (IBGE, 2010).

As informações coletadas pelo Sistema Brasileiro de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) vão de encontro aos dados do IBGE e propalam que no período de 2006 a 2012, a prevalência da obesidade com Índice de Massa Corporal ≥ 30 kg/m² na população adulta das 27 cidades cobertas pelo

VIGITEL, aumentou de 11,6% para 17,4%; principalmente nas faixas etárias entre 25 e 44 anos de idade, em pessoas do sexo feminino e com menores índices de escolaridade. Assim como os dados do IBGE, os apresentados pelo VIGITEL, vislumbram aumentos sistemáticos na quantidade de adultos com obesidade de ambos os sexos, em todas as faixas etárias e em todos os níveis de escolaridade (BRASIL, 2013; MALTA et al., 2014).

Segundo a Política Nacional de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde, a obesidade entre os gêneros cresceu 2,8% entre os homens e 7,8% em mulheres até 2009, alcançando uma taxa de excesso de peso em 50,1% dos homens e 48% das mulheres da população brasileira (BRASIL, 2012).

A política ainda destaca que a prevalência da obesidade é parecida entre mulheres de todos os níveis de renda. Ao analisar os homens, os dados apontam que a prevalência de obesidade entre os 20% dos mais ricos da população é o dobro quando comparada entre o quinto mais pobre.

No que se refere especificamente a obesidade mórbida, extrema ou grau III (Índice de Massa Corporal ≥ 40 kg/m²) não há estimativas precisas para a prevalência global. Dados apontam que nos Estados Unidos entre 1999-2002 havia 4,9% de obesos mórbidos entre os americanos de ambos os sexos com idade de 20 anos ou mais. Já na Inglaterra a obesidade mórbida atinge 2,0% da população (SANTOS et al., 2010).

No Brasil, os estudos publicados em um Boletim do SISVAN e apresentados em outros estudos sobre obesidade, destacam um crescimento de 255% nos casos de obesidade mórbida entre os anos de 1974 e 2003, sendo observado aumento significativo em todas as regiões do país (Tabela 2). Os dados permitiram o cálculo de aproximadamente 609.000 adultos brasileiros que apresentavam a doença até a data analisada (OLIVEIRA, 2007; SANTOS et al., 2010).

Tabela 2 - Prevalências e distribuição regional da obesidade mórbida (IMC > 40 kg/ m²) na população adulta brasileira. Brasil, 1974-2003.

	ENDEF (1974- 1975)	PNSN (1989) Aumento entre 1974 e 2003	POF (2002- 2003)	Aumento entre 1974 e 2003
Região Norte	0,10%	0,37%	0,51%	410%
Região Nordeste	0,05%	0,26%	0,43%	760%
Região Sudeste	0,20%	0,33%	0,77%	285%
Região Sul	0,34%	0,48%	0,75%	120%
Região Centro-oeste	0,12%	0,25%	0,49%	308%
Brasil	0,18%	0,33%	0,64%	255%

Legenda: ENDEF – Estudo Nacional de Despesa Familiar; PNSN – Pesquisa Nacional Sobre Nutrição e Saúde; POF – Pesquisa de Orçamentos Familiares

Fonte: Boletim SISVAN - Estudo de Obesidade Mórbida, [entre 2004 e 2015].

Estudos epidemiológicos sinalizam que o acompanhamento clínico multidisciplinar apresenta alto índice de falha no tratamento da obesidade mórbida, sendo que o tratamento cirúrgico oferece melhor possibilidade de sucesso em longo prazo para a maioria dos pacientes. A taxa de mortalidade desses pacientes é duas a três vezes maior do que a de pacientes com peso normal e a perda de peso tem demonstrado redução do risco relativo de morte de 89%, pois resulta em uma redução do peso corporal e melhora considerável das comorbidades clínicas (TRINDADE et al, 2013).

Destarte, observa-se que estudos específicos aos dados epidemiológicos nacionais e, até mesmo mundiais sobre obesidade mórbida são escassos, sendo os sujeitos diagnosticados normalmente incluídos nas prevalências gerais de pessoas obesas, caracterizados como apresentando Índice de Massa Corporal igual ou superior a 30kg/m².

1.4 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E OBESIDADE

Em se tratando das regulamentações brasileiras, temos que a epidemia da obesidade afeta tanto a saúde quanto a economia de diferentes regiões do país. Além de ser uma doença que causa inúmeras alterações funcionais, também é um fator de risco para várias Doenças

Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), sendo um dos principais fatores que contribuem para a mortalidade e para a carga global de doenças tanto no Brasil quanto em outros países do mundo. No cenário epidemiológico nacional o envelhecimento populacional, a obesidade e as DCNT têm se destacado como temas relevantes para o sistema de saúde vigente (OLIVEIRA, 2013).

Em relação à pessoa com obesidade pode-se considerar que além dos direitos constitucionais e universais à saúde previstos na Constituição Federal de 1988 e na Lei 8.080 de 1990 existem também políticas e portarias específicas para direcionar o cuidado desta população (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990).

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição de 2012 reafirma que são prioritárias as ações preventivas e de tratamento da obesidade. Ressalta que a intervenção com tal demanda deve objetivar a melhora da qualidade de vida por meio de ações intersetoriais individuais e coletivas, contribuindo para a redução da prevalência da obesidade e das doenças crônicas relacionadas à alimentação e nutrição (BRASIL, 2012).

Diante as necessidades em saúde da população obesa, foi publicada no dia 19 de março de 2013 a Portaria nº 424/GM/MS. Ela redefiniu as diretrizes da prevenção e do tratamento do sobrepeso e da obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS. No mesmo ano, a Portaria nº 425 GM/MS de 19 de março, estabeleceu regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade Mórbida no Âmbito Hospitalar, em que a cirurgia bariátrica deve ser custeada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2013; BRASIL, 2013).

Já a portaria 483/GM/MS de 1º de abril de 2014, redefiniu a Rede de Atenção à saúde das pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabeleceu as diretrizes para a organização de suas linhas de cuidado incluindo a obesidade em suas considerações, o que foi um marco jurídico quanto aos direitos da população em questão (BRASIL, 2014).

Para efetivar os cuidados em saúde referentes à obesidade, em 2014 foram publicados os “Cadernos de Atenção Básica, nº 38/Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica – Obesidade”, o qual visa subsidiar a prática dos profissionais atuantes na Atenção Básica para oferecer cuidado integral com ênfase no manejo alimentar e nutricional da população atendida. Dessa forma, devido a prevalência e complexidade da obesidade o sistema de saúde também precisa realizar mudanças em suas linhas de cuidado para atender as pessoas com tal diagnóstico (BRASIL, 2014).

O engajamento interdisciplinar torna-se essencial e deve ocorrer para melhorar a formação clínica e estabelecer parcerias entre as instituições de saúde e comunidade. A combinação entre as políticas, pesquisas científicas, o atendimento clínico e mudanças ambientais são extremamente necessárias para incorporar à clínica novos instrumentos avaliativos capazes de avaliar a obesidade mórbida, tão pouco relatada na literatura (DIETZ et al., 2015).

1.5 VALIDADE E CONFIABILIDADE DE ESTUDOS METODOLÓGICOS

A validação de instrumentos que objetivam organizar e quantificar eventos relacionados à saúde são essenciais para produzir medidas confiáveis e válidas. Tal processo deve ser realizado para garantir a aplicabilidade daqueles já traduzidos e adaptados para diferentes populações.

O processo de validação visa apresentar medidas, ou seja, as propriedades psicométricas que podem indicar ou contra indicar o uso do instrumento a ser validado. Nesse sentido, as modalidades compreendidas no processo de validação são realizadas para verificar a *performance* do instrumento, sendo divididas em características de confiabilidade e validade.

A validade objetiva verificar se o instrumento, de fato, mede com precisão o fenômeno que se propõe medir. Destaca-se que as principais características de validade são: validade de conteúdo, de construto e de critério, ambas descritas posteriormente (ALEXANDRE E COLUCI, 2011).

A validade de conteúdo representa os domínios de um dado constructo, assegurando o grau em que os elementos do instrumento são representativos e relevantes para medir um determinado fenômeno. Já a validade de construto baseia-se na medida em que um teste mede um traço ou construto teórico, constitui a maneira direta de verificar as relações hipotéticas das representações legítimas (ALEXANDRE, COLUCI, 2011; RIBEIRO et al, 2013).

Destaca-se ainda que a validade de critério, definida em convergente ou divergente e, também encontrada na literatura enquanto concorrente ou preditiva, objetiva indicar em que grau o desempenho da amostra e seu comportamento real estão relacionados quando comparados a um critério externo. Considera-se convergente quando o grau de eficácia que o instrumento tem em predizer o desempenho específico da amostra, apresenta correlações de auto associação plausíveis com outro instrumento que mede os mesmos constructos. Ela é

considerada divergente quando os instrumentos ou domínios do critério externo selecionado para a validação não se associa diretamente a outras medidas das quais supõe-se inicialmente, discordar (MARTINS, 2006; CUNHA, NETO, STACKFLETH, 2016).

Para averiguar a heterogeneidade, homogeneidade ou redundância do instrumento é necessário verificar sua confiabilidade. Tal processo é realizado por meio da reprodução dos resultados, mesmo que em diferentes condições (ALEXANDRE et al, 2013). Destaca-se para o estudo realizado a necessidade de mensuração da consistência interna e teste reteste.

No que se refere a utilização de diferentes itens para um grupo semelhante de indivíduos, realiza-se a consistência interna. A consistência interna verifica o grau de inter-relação dos itens que compõem o instrumento ou dos domínios que mensuram o mesmo conceito, ou seja, verifica a extensão em que o instrumento ou todos os seus itens mensuram o mesmo constructo a ser validado. Caso ocorra a confirmação da homogeneidade, considera-se que o instrumento apresenta consistência interna adequada. Destaca-se que os itens não podem ser redundantes (PARADOWSKI et al, 2013; ALEXANDRE et al, 2013). Já ao longo do tempo pode-se realizar o teste-reteste, utilizado para verificar a estabilidade do instrumento a longo prazo. O prazo para realização do teste reteste pode ser definido pelos pesquisadores por meio de diferentes referenciais teóricos ou manuais disponibilizados pelos autores do instrumento a ser validado (ALEXANDRE et al, 2013).

Não obstante, estudos que almejam a validação de instrumentos são denominados estudos metodológicos. Estes são diferenciados por não abranger todas as etapas do processo de pesquisa, preocupando-se prioritariamente em identificar um constructo intangível e torná-lo em uma ferramenta ou protocolo de investigação tangível (DANTAS, 2007).

1.6 REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA DO WORLD HEALTH ORGANIZATION DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE (WHODAS 2.0)

Ao buscar na literatura científica dados referentes ao instrumento WHODAS 2.0 foram encontradas pesquisas nacionais e internacionais que objetivaram discutir sobre os processos de validação das propriedades psicométricas e/ou averiguar a aplicabilidade prática do instrumento na rede mundial de saúde.

Federici et al. (2016) realizaram uma revisão sistemática pautada nas recomendações do *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses* (PRISMA)

objetivando estabelecer a extensão do uso do WHODAS 2.0 e quais propriedades psicométricas estavam sendo investigadas durante os processos de validação do instrumento.

Para alcançar os objetivos propostos os pesquisadores buscaram diferentes tipos de materiais científicos em publicações realizadas entre 1999 e 2015, em cinco línguas, a saber: inglês, espanhol, português, alemão e francês. As buscas foram realizadas nas seguintes bases de dados PubMed, EBSCO e Bancos de dados eletrônicos do Google Scholar.

Como resultados, os autores citados anteriormente identificaram 811 estudos de 94 países diferentes e descobriram que, até o momento final da pesquisa, o instrumento havia sido traduzido em 47 línguas ou dialetos e já tinha sido utilizado em 27 áreas de investigação, sendo 40% no campo da psiquiatria. Outro dado relevante é que 50% dos materiais haviam sido publicados entre 2012 e 2015, o que demonstra um grande interesse da comunidade científica no instrumento nos últimos anos.

No que se refere a validação das propriedades psicométricas, foram encontrados 48 estudos relatando ter realizado análise da estrutura fatorial, teste re-teste, teste interavaliadores, validade concorrente e divergente e consistência interna, sendo esta última avaliada em 28 artigos citados utilizando os escores *alpha de Cronbach*.

Destaca-se que Silveira (2016) em sua tese de dissertação de mestrado também realizou uma revisão de literatura para verificar as validações do WHODAS 2.0 em diferentes populações. A autora pesquisou artigos publicados entre 2009 e novembro de 2015 nas bases *PubMed*, *Lilacs*, *Science Direct* e Portal de Periódicos da CAPES. Ao final da pesquisa foram encontrados 17 artigos que validavam o instrumento em 16 países. A autora relata que a maioria dos estudos testaram duas ou três propriedades psicométricas, sendo a consistência interna a mais utilizada.

Diante o exposto, buscou-se realizar uma revisão sistemática de literatura entre novembro de 2015 e novembro de 2016 com o objetivo de ampliar os conhecimentos dos autores citados anteriormente sobre estudos de validação do WHODAS 2.0 em diferentes populações.

Para tanto utilizou-se as mesmas bases de dados, critérios de inclusão e descritores utilizados na revisão da pesquisadora Silveira (2016). Dessa forma foram preconizados os seguintes critérios de inclusão: artigos originais em idioma inglês; que abordavam a avaliação das propriedades psicométricas e emprego do instrumento em participantes com idade igual ou superior a 18 anos e publicações de validação publicadas entre 1 de novembro de 2015 e 30 de novembro de 2016. Abaixo serão descritos os resultados e os descritores utilizados segundo as especificidades de cada base de dados:

- Lilacs – descritores: "VALIDATION STUDIES AS TOPIC" AND "VALIDATION STUDIES AS TOPIC" AND "PSYCHOMETRICS" e "VALIDITY OF TESTS". Ressalta-se que todos os descritores foram utilizados com "WHODAS" e o operado booleano OR. Nenhum artigo foi encontrado
- *PubMed* – descritores: "VALIDATION STUDIES AS TOPIC" OR "VALIDATION STUDIES" OR "PSYCHOMETRICS" AND "WHODAS": Foram encontrados 2 artigos sendo ambos descartados por ter sido publicados em abril e outubro de 2015.
- *Science Direct* – Foram realizadas quatro buscas diferentes, sendo: descritores da 1ª busca: "VALIDATION STUDIES" AND "WHODAS": Foram encontrados 21 artigos sendo apenas 2 relacionados a validação do instrumento porém, 1 foi descartado por não estar condizente aos critérios de inclusão estabelecidos. Descritores 2ª busca: "VALIDITY TESTS" AND "WHODAS". Foram encontrados 61 artigos. Apenas um artigo adequou-se aos critérios de inclusão porém ao realizar a leitura do título, percebeu-se que foi o mesmo encontrado na 1ª busca realizada na *Science Direct*. 3ª busca: descritores: "VALIDATION STUDIES AS TOPIC" AND "WHODAS": foram encontrados dois artigos que foram excluídos por não se adequarem aos critérios de inclusão. 4ª busca: descritores "PSYCHOMETRICS" AND "WHODAS": Foram encontrados 4 artigos, porém nenhum relacionado a validação do instrumento em questão.
- Base de Dados CAPES - Foram realizadas quatro buscas diferentes, sendo: descritores: 1ª busca: "VALIDITY TESTS" AND "WHODAS": Não foi encontrado nenhum artigo. 2ª busca: "VALIDITY" AND "WHODAS": Foram encontrados 11 artigos. Destes, 1 estudo estava duplicado e um não correspondia a temática estudada. Dos 9 correspondentes a Validação do WHODAS e destes, apenas 1 foi publicado após setembro de 2015. 3ª busca: "PSYCOMETRICS" AND "WHODAS": não foi encontrado nenhum artigo. 4ª busca: "VALIDATION" AND "WHODAS": foi encontrado apenas 1 artigo, o qual foi descartado por não obedecer os critérios de inclusão estabelecidos para a pesquisa.

A tabela 3 apresenta os 2 artigos encontrados nas bases de dados citadas anteriormente a partir da pesquisa realizada.

Tabela 3 - Estudos de Validação do WHODAS 2.0 Realizados entre 2015-2016. Uberaba (MG), 2016.

Ano	Autor	País	Versão utilizada	Participantes	Tamanho da Amostra	Propriedades psicométricas testadas	Principais resultados
2016	Xenouli et al.	Grécia	-	Pessoas com e sem deficiência	Com deficiência – 101, sem deficiência 109.	Consistência interna, estrutura fatorial e Validade de critério concorrente	Apoia a validade da versão grega do WHODAS 2.0 e justifica seu uso na avaliação e acompanhamento de pessoas com deficiência.
2016	ABEDZADEH–KALAHROUDI et al.	Irã	12 itens	Trauma devido lesões múltiplas e lesões em acidentes de trânsito	220	Consistência interna, estrutura fatorial e Validade de critério concorrente	A versão persa do WHODAS 2.0 de 12 itens, é uma escala válida e confiável para avaliar a incapacidade dos pacientes com trauma.

Fonte: Elaborado pela autora, 2016.

2 JUSTIFICATIVA

Mesmo com os avanços tecnológicos, políticos e sociais na área da saúde, estudos relevam que a obesidade mórbida é uma realidade que tende a aumentar em vários países do mundo, inclusive no Brasil. As consequências da própria doença e de suas comorbidades agudas e crônicas associadas podem ser desastrosas para o paciente, seus familiares e até mesmo para o sistema de saúde, o qual deve ampliar seus gastos para suprir as necessidades de cuidado integral dessa população. A obesidade mórbida é considerada a classificação mais grave por necessitar de cuidados específicos e normalmente carecer de intervenção cirúrgica para reverter o IMC e algumas comorbidades adquiridas devido ao excesso de peso. Dentre as consequências para o paciente com IMC superior a 40 kg/m² deve-se salientar o aumento da incapacidade funcional apresentado em vários domínios de suas atividades de vida diária, atividades instrumentais de vida diária, prática e de lazer, o que pode gerar perdas significativas em sua qualidade de vida e nos papéis ocupacionais desempenhados no cotidiano. No Brasil, existe uma escassez de instrumentos referentes à mensuração da funcionalidade, incapacidade e deficiência que sejam padronizados para a população com obesidade mórbida. Observa-se também que materiais que analisam a qualidade de vida, capacidade física e funcional e os papéis ocupacionais dos obesos mórbidos são escassos até o momento, ocasionando assim uma lacuna no conhecimento. Dessa forma, a utilização de instrumentos traduzidos e validados na população em questão podem facilitar a avaliação e intervenção dos profissionais de saúde. Além disso, ao usuário será garantido o melhor diagnóstico e intervenções mais efetivas para promover fidedignidade quanto às reais capacidades do paciente e reforçar a elaboração de políticas públicas com o propósito de reduzir gastos exorbitantes e/ou desnecessários do sistema de saúde e possibilitar cuidado integral adequado em todos os níveis de atenção. Nessa perspectiva, o estudo tem como meta responder as seguintes questões:

- a) O World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0) apresenta critérios de validade e confiabilidade adequados para ser utilizado em pesquisas científicas e na prática clínica com pessoas com obesidade mórbida do Brasil?
- b) Qual a interferência, se houver, da obesidade mórbida na qualidade de vida?

- c) A capacidade física e funcional de pessoas com obesidade mórbida sofre interferência do peso?
- d) Quais são os papéis ocupacionais auto-atribuídos, percebidos e a importância designada a cada um pelas pessoas com obesidade mórbida?

3 OBJETIVOS

3.1 PRIMÁRIO

Realizar o estudo da validade e confiabilidade do instrumento *World Health Organization Disability Assessment Schedule* (WHODAS 2.0) para aferição da funcionalidade em pessoas com obesidade mórbida.

3.2 SECUNDÁRIOS

1. Analisar a qualidade de vida de pessoas com obesidade mórbida;
2. Analisar a capacidade física e funcional das pessoas com obesidade mórbida;
3. Identificar os papéis ocupacionais auto-atribuídos, percebidos e a importância designada a cada um pelas pessoas com obesidade mórbida.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 TIPO DE ESTUDO

No que se refere ao objetivo primário direcionado a realizar o estudo da validade e confiabilidade do instrumento *World Health Organization Disability Assessment Schedule* (WHODAS 2.0) para aferição da funcionalidade em pessoas com obesidade mórbida, este estudo caracterizou-se como metodológico.

Destaca-se que para responder os objetivos secundários o estudo pautou-se em uma pesquisa de natureza quantitativa descritiva, com abordagem exploratória e transversal.

4.1.1 Apresentação do Instrumento World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0)

O WHODAS 2.0 (ANEXO A) originalmente delineado e desenvolvido por meio da Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1998, pelos envolvidos no Projeto Conjunto de Avaliação e Classificação da Incapacidade/ Institutos Nacionais de Saúde denominado: Projeto de Avaliação e Classificação da Funcionalidade, Deficiência e Saúde Humana da Organização Mundial da Saúde; apresenta relação direta com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) (CASTRO, LEITE, 2015).

O instrumento teve sua elaboração pautada em um processo iniciado por meio da busca e posterior agrupamento de vários instrumentos de aferição de funcionalidade e deficiência utilizados em diversos países. Tal processo durou uma década e foram realizados extensivos estudos transculturais que envolveram 19 países e testes de análise linguística em diversos ambientes culturais e variadas condições de saúde das populações (GARIN et al., 2010; CASTRO, LEITE, 2015; CASTRO et al., 2016).

Ressalta-se que, de acordo com o Manual do WHO Disability Assessment Schedule WHODAS 2.0 (2012), as propriedades psicométricas do instrumento em questão foram realizadas em 21 países e testadas em duas etapas, por conseguinte (CASTRO, LEITE, 2015):

-Etapa 1: realizada para determinar itens redundantes, aplicabilidade das escalas e tempo de aplicação;

-Etapa 2: pautada em testes de verificação das propriedades psicométricas referentes a confiabilidade teste re-teste e consistência interna, análise da estrutura fatorial, sensibilidade à mudança, característica item-resposta, validação de face, validade concorrente e de construto.

Atualmente o WHODAS 2.0 é utilizado a nível populacional para efetivação de inquéritos e registros a nível clínico, com o objetivo de proporcionar monitoramento de resultados individuais e tratamentos a variadas condições de saúde e níveis de funcionalidade e deficiência (CASTRO, LEITE, 2015).

Para tanto, propõe verificar o nível de funcionalidade e deficiência durante os últimos 30 dias precedentes à entrevista, sendo útil para avaliar a população geral e grupos específicos com o intuito de fornecer o nível de funcionalidade em seis domínios de vida:

- Domínio 1: Cognição – envolve a compreensão e comunicação, inclui questões relacionadas à concentração, memória, resolução de problemas, aprendizagem e raciocínio.
- Domínio 2: Mobilidade – Abrange a movimentação e locomoção relacionada a capacidade do sujeito em andar, levantar-se, permanecer em pé e movimentar-se em seu domicílio.
- Domínio 3: Auto cuidado - visa verificar como o sujeito lida com sua própria higiene e atividades como vestir, comer e permanecer sozinho.
- Domínio 4: Relações interpessoais – questiona sobre as interações com outras pessoas quanto ao lidar com desconhecidos, relacionar-se, manter amizades e atividade sexual.
- Domínio 5: Atividades de vida – envolve atividades relacionadas à manutenção no lar, responsabilidades domésticas, lazer, trabalho e escola.
- Domínio 6: Participação – relaciona-se a participação em atividades sociais e comunitárias, principalmente quanto às barreiras e obstáculos vivenciados pelo sujeito.

Destaca-se que WHODAS 2.0 é um instrumento prático para aplicação e genérico de avaliação de saúde e deficiência. De acordo com a OMS pode ser encontrado em três versões as quais consistem em: uma de 12 itens, considerada útil para avaliações breves da funcionalidade; uma de 12+24 itens em que 12 itens são utilizados para rastrear domínios da funcionalidade e, com base nas respostas do sujeito, o entrevistado pode receber até 24 questões adicionais e uma versão de 36 itens, a mais detalhada e que permite gerar pontuações

referentes aos seis domínios da escala que podem ser avaliados individualmente e/ou na totalidade da escala.

Quanto à administração pode-se conduzir o WHODAS 2.0 através da entrevista auto aplicada, realizada por meio de entrevista que pode ser realizada pessoalmente ou por telefone e por entrevista hetero aplicada, realizada pelo *Proxy*. Objetiva-se com a hetero aplicação coletar uma terceira opinião que deve ser obtida, preferencialmente, de uma pessoa próxima ao sujeito que se pretende avaliar.

Todas as versões do WHODAS 2.0 já foram submetidas à tradução, adaptação transcultural e linguística para o português do Brasil pelo coordenador do projeto “WHODAS 2.0 (World Health Organization Disability Assessment Schedule): Tradução e validação para uso na população brasileira”, o Doutor Shamyr Sulyvan de Castro, que no período em questão era professor do curso de Fisioterapia da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) da cidade de Uberaba - Minas Gerais e pela pesquisadora Doutora Camila Ferreira Leite. Para realizar o processo seguindo todos os princípios éticos e científicos preconizados foi estabelecida uma cooperação entre a UFTM e a OMS, a qual documentou plenos direitos aos pesquisadores para tradução e validação para uso do WHODAS 2.0 na população brasileira.

Ressalta-se que a cooperação pactuada entre as duas instituições, OMS e UFTM, deu-se a partir da efetivação do Acordo para a Concessão de Direitos de Tradução e de Publicação (TR/14/07), disponível no sítio da UFTM.

Para efetuar tais procedimentos os pesquisadores supracitados realizaram todo processo de tradução e adaptação transcultural segundo diretrizes do documento denominado “*Translation Package*”, oferecido pela OMS e pautado em instruções específicas sobre o método de tradução e adaptação do instrumento para outros idiomas. A partir da tradução e adaptação foram articuladas várias pesquisas com o propósito de validar o instrumento em diferentes grupos populacionais com ou sem acometimento como idosos ativos e sedentários, pacientes soropositivos, pessoas com fibromialgia, baixa visão, cegueira, dentre outras.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

Devido à falta de espaço físico no Ambulatório de Obesidade do Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC/UFTM), a primeira entrevista para coleta de dados do estudo foi conduzida em um clube chamado “Uberaba Tênis Clube”. O espaço

fica a aproximadamente 300 metros da entrada do HC/UFTM e está com sua área de lazer e piscinas desativadas, mantendo em funcionamento apenas os 2 salões de festa, que são alugados para a população em geral. Para a coleta de dados foi estabelecida uma parceria via memorando com o local a fim de estabelecer os dias e horários de utilização do espaço, ao chegar no local a pesquisadora sempre conversava com os secretários para assegurar a disponibilidade do salão anteriormente agendado e evitar que outras pessoas pudessem adentrar no local durante a coleta.

4.3 POPULAÇÃO/AMOSTRA

A população do estudo foi composta por pessoas adultas com diagnóstico de obesidade mórbida cadastrados no Setor de Cirurgia do Aparelho Digestório (CAD) do Ambulatório de Obesidade do HC/UFTM.

Destaca-se que o HC-UFTM se caracteriza como hospital de alta complexidade, público, vinculado ao ensino em saúde, localizado na cidade de Uberaba e oferece atendimento a mais de 26 municípios que compõe a macro região do Triângulo Sul do estado de Minas Gerais.

O Ambulatório de Obesidade e o setor CAD funcionam de segunda a sexta-feira no período matutino e vespertino e atende toda a população da macro região do Triângulo Sul que necessita do serviço.

Para realização da pesquisa, foi solicitada autorização ao responsável pelos Ambulatórios do HC-UFTM, responsável pelo setor de Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP) da UFTM e contatos com os profissionais de medicina, fisioterapia e nutrição que realizavam atendimento no local.

Dessa forma, a amostra do estudo foi composta pelos pacientes cadastrados no CAD que aceitaram participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Sujeitos Maiores de Idade (ANEXO F).

O número de participantes selecionados para o estudo foi fundamentado na amostra elegida para o processo de validação realizado em vários países como Áustria, China, Índia (nos municípios de Bangalore e Chennai) (CASTRO, LEITE, 2015). Bland e Altman, (1986) destacam que a validação com aproximadamente 100 participantes permite a obtenção de um Intervalo de Confiança (IC95%) de $\pm 0,34DP$.

4.3.1 Critérios de Inclusão

Foram incluídos no estudo os pacientes cadastrados no setor de cirurgia do aparelho digestório (CAD-UFTM) com indicação médica para cirurgia bariátrica e que atendiam aos seguintes critérios:

- a) Adultos entre 20 e 59 anos de idade;
- b) Residentes na cidade de Uberaba;
- c) Com IMC igual ou superior a 40kg/m²;
- d) Que ainda não haviam realizado a cirurgia bariátrica.

Vale salientar que a definição de adultos adotada baseou-se nos critérios da Organização Mundial de Saúde que define as etapas de relevância particular para a saúde e considera estarem na vida adulta pessoas entre 20 e 59 anos de idade (OMS, 2011).

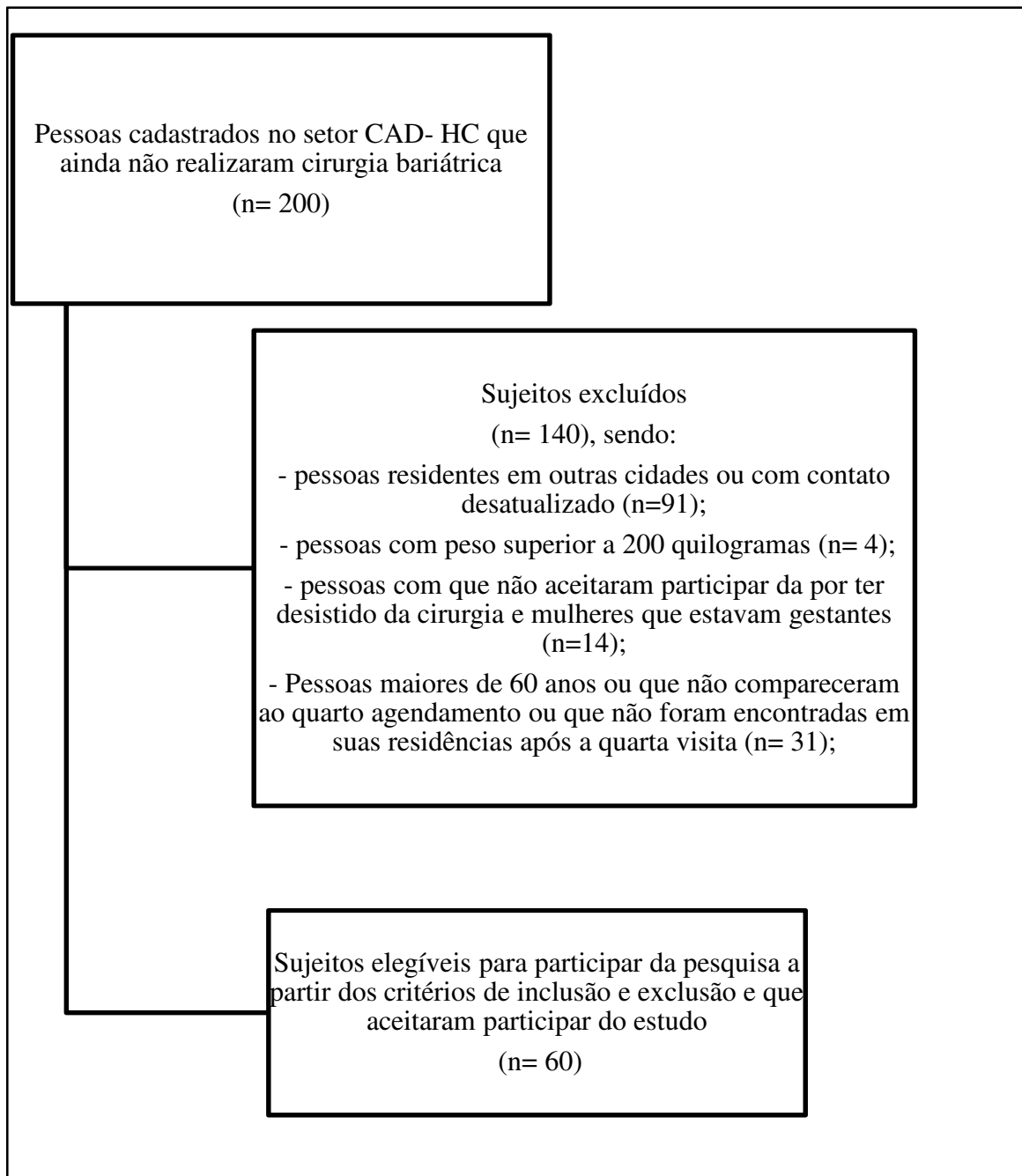
4.3.2 Critérios de exclusão

O estudo excluiu os pacientes que:

- a) Apresentavam peso superior a 200 quilogramas por não existir balança portátil que comportasse carga superior ao referido;
- b) Pacientes que ao serem contactados via telefone e/ou chegarem para a primeira entrevista referiam apresentar outro fator que influenciasse a funcionalidade adquirida antes do diagnóstico de obesidade (por exemplo, acidente vascular encefálico, doenças neurológicas, amputações, surdez, entre outros). Destaca-se que tal procedimento teve como objetivo evitar que a funcionalidade aferida no processo de validação fosse relacionada a outros diagnósticos não condizentes aos apresentados na obesidade mórbida.

Assim, a partir da lista de pacientes disponibilizada pelo setor realizou-se sorteios. Destaca-se que a lista continha 200 nomes porém, devido aos fatores explicitados na Figura 2, o estudo obteve ao final 60 participantes elegíveis e que aceitaram participar da pesquisa.

Figura 2 - Fluxograma de seleção dos participantes. Uberaba, 2016.



Elaborado pela autora, 2016

4.4 COLETA DOS DADOS

4.4.1 Procedimentos

Para efetivar a pesquisa foram realizadas duas entrevistas para coleta com os participantes sendo:

1ª entrevista: realizada pela pesquisadora principal que agendou previamente por meio de contato telefônico o dia, horário e local da entrevista com o participante. Dos 60 participantes selecionados, a primeira entrevista foi realizada com 50 destes nas dependências do Uberaba Tênis Clube. Os dados foram obtidos por meio da aplicação de todos os instrumentos selecionados para o estudo, a saber: Entrevista Inicial que incluiu o cálculo do IMC e medida da Circunferência Abdominal, aplicação do instrumento a ser validado WHODAS 2.0, realização do Teste de Caminhada de Seis Minutos (TC6'), aplicação do World Health Organization Quality of Life (WHOQOL – BREF) e da Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais.

A ordem descrita anteriormente representa a sequência de aplicação dos instrumentos realizada durante a coleta. Antes de iniciar a coleta os participantes assinavam os termos éticos. A média de tempo para aplicação de todos os instrumentos foi de aproximadamente uma hora e vinte minutos por participante. Ao final da coleta, a próxima entrevista a ser realizada por meio de visita domiciliar no local escolhido pelo participante, para realização do teste reteste, foi agendada.

Ressalta-se que os outros 10 participantes do estudo não puderam ir ao Uberaba Tênis Clube nos dias e horários previamente agendados por mais de três vezes. Dessa forma, a primeira entrevista foi realizada nas residências dos mesmos e, devido a inexistência de espaço adequado, não foi possível a realização do TC6'. Tal maleabilidade metodológica foi necessária para manutenção do número da amostra.

2ª entrevista: realizada pela pesquisadora principal durante visita domiciliar previamente agendada. A coleta foi baseada na aplicação do WHODAS 2.0 para execução do teste-reteste. O tempo médio de permanência da pesquisadora na residência de cada participante foi de 20 minutos.

Destaca-se que a pesquisadora principal responsável pela coleta recebeu treinamento para aplicar o WHODAS 2.0 e realizar todos os procedimentos condizentes a coleta de dados.

O prazo do processo de validação teste-reteste foi de sete dias entre as entrevistas. Tal determinação baseou-se no estudo de Üstün por ser um dos colaboradores na criação do WHODAS 2.0 e nas recomendações do material: Avaliação de Saúde e Deficiência: Manual do *WHO Disability Assessment Schedule* (ÜSTÜN, 2010; CASTRO, LEITE, 2015).

4.4.2 Instrumentos de coleta

4.4.2.1 Entrevista inicial

A Entrevista Inicial (APÊNDICE A), elaborada pelos próprios pesquisadores, foi utilizada para a caracterização dos participantes e se fundamentou em variáveis demográficas e sócio-econômicas como idade, estado civil, número de filhos, nível de escolaridade, atuação profissional, tipo de moradia, composição e renda familiar. Além disso, coletou-se informações sobre as condições clínicas de saúde do sujeito como peso, altura, circunferência abdominal, possíveis comorbidades associadas à obesidade, uso de medicações, tratamentos terapêuticos realizados, quando o sujeito começou a apresentar sobrepeso (infância, adolescência ou fase adulta) e o tempo de acompanhamento no CAD.

Como meio de quantificar as medidas antropométricas e reafirmar a condição de obesidade mórbida foi obtido o IMC. Para realização do cálculo dividiu-se o peso em quilogramas (Kg) pela altura em metros ao quadrado (m^2), utilizando-se a seguinte fórmula: $\text{Peso (Kg)}/\text{altura(m)}^2$. A altura foi coletada utilizando-se um estadiômetro e o peso mediante uma balança portátil.

Os participantes do estudo foram pesados descalços e durante o primeiro contato telefônico para agendar a entrevista receberam orientações para usar roupas leves. Antes de iniciar a pesagem foram orientados a despir-se de acessórios e objetos que pudessem interferir no peso total como chaves, cintos, óculos, telefones celulares, dentre outros. A altura foi verificada empregando-se a técnica de aferição da altura segundo Plano de Frankfurt (BRASIL, 2011).

O acúmulo de gordura abdominal foi verificado através do teste da circunferência abdominal/aferição da circunferência da cintura em adultos. Para tal, utilizou-se uma fita métrica posicionada entre a última costela e a crista ilíaca (OMS, 2000; OMS, 2011).

Os dados antropométricos foram coletados utilizando os seguintes equipamentos: uma fita métrica corporal de 2 metros Seca 201[®], uma balança digital de vidro *Bioland Premium* 200 kilogramas EF934[®] do tipo plataforma com precisão de cem gramas e um estadiômetro MD compacto 2M HT-01[®].

Para proceder às aferições do peso, altura e circunferência abdominal foram seguidas as orientações descritas nas “Orientações para Coleta e Análise de Dados Antropométricos em Serviços de Saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN” (BRASIL, 2013).

4.4.2.2 World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0)

Para o processo de validação foi utilizada a versão de 36 itens do WHODAS 2.0. A versão foi selecionada por ser a mais completa e gerar pontuações específicas para cada domínio, além de calcular uma pontuação de funcionalidade geral. A forma de aplicação selecionada foi a administrada por entrevistadores previamente treinados.

4.4.2.3 Teste de Caminhada de 6 Minutos

Para analisar a capacidade física e funcional das pessoas com obesidade mórbida foi utilizado o Teste de Caminhada de Seis Minutos (TC6') (ANEXO B). O instrumento reproduzido e utilizado para adultos com obesidade em pesquisa internacional (BERIAULT et al., 2009) e normatizado para aplicação brasileira é pouco oneroso, podendo ser considerado válido, seguro, confiável e de fácil aplicação (BRITTO, SOUSA, 2006).

Consiste em verificar a distância máxima que o sujeito consegue percorrer durante 6 minutos, avaliando e integrando as respostas dos sistemas cardiovascular, respiratório, neuromuscular e o metabólico dos obesos mórbidos (GONTIJO et al., 2011).

Como proposto para a normatização brasileira do Teste de Caminhada de Seis Minutos, para realização deste foram necessários equipamentos como: cronômetro Profissional OF0100 *Guepardo*®, cones de plástico com 30 centímetros de altura para delimitação do circuito, trena manual de 15 metros *Stanley*® aparelho de pressão grande/obeso nylon velcro *Premium*® (esfigmomanômetro), estetoscópio cardiológico profissional *Premium*®, monitor cardíaco e oxímetro de dedo ajustável em 4 posições *Oximeter*® adequado à realização de atividade física.

Ao iniciar o teste o participante realizou repouso mínimo de 10 minutos, sendo verificados durante este período sinais vitais como pressão arterial, frequência cardiorrespiratória e nível de dispnéia através da Escala de Borg (ANEXO C). Após esta etapa o sujeito foi estimulado a caminhar o mais rápido que conseguisse durante 6 minutos. Com a finalização do teste foi realizada uma nova coleta dos sinais vitais e a Escala de Borg. Destaca-se que a frequência cardiorrespiratória foi aferida durante todo o percurso por meio do oxímetro.

No que se refere ao processo de validade de critério convergente e divergente, o teste foi selecionado pois acreditou-se que seus resultados poderiam apresentar convergência com o Domínio Mobilidade do WHODAS 2.0 e divergência com os demais Domínios.

4.4.2.4 Escala Curta de Qualidade de Vida - WHOQOL – Bref

Para realizar a avaliação da qualidade de vida o estudo utilizou a aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida WHOQOL – Bref (ANEXO D), o qual apresenta-se como um instrumento validado para uso no Brasil, de rápida aplicação e útil para uso em estudos que propõe avaliar qualidade de vida da população brasileira (FLECK et al., 2000).

A Escala de Qualidade de vida WHOQOL – Bref um instrumento composto por 26 questões e subdividido em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. As questões apresentadas são pontuadas por meio de uma escala tipo Likert de cinco pontos e considera maior pontuação com melhor qualidade de vida. De acordo com os objetivos da pesquisa a utilização deste instrumento pode ser justificada por meio da necessidade em analisar qualidade de vida das pessoas com obesidade mórbida e para realização do processo de validade de critério convergente. Destaca-se que o instrumento foi escolhido por ser amplamente utilizado na literatura internacional, pois acreditou-se que as correlações entre os Domínios do WHODAS 2.0 e do WHOQOL – Bref seriam auto associadas, devido a capacidade dos instrumentos de medirem constructos semelhantes.

4.4.2.5 Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais

Para identificar os papéis ocupacionais auto-atribuídos, percebidos e a importância designada a cada um pelas pessoas com obesidade mórbida utilizou-se a Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais (ANEXO E), que é um instrumento validado no Brasil (CORDEIRO, 2005). A Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais é dividida em duas partes sendo que a primeira avalia papéis sociais identificados no passado, presente e futuro e a segunda avalia a importância que o papel tem na vida do sujeito. Ao preencher o instrumento, as pessoas com obesidade mórbida foram convidadas a refletir sobre os papéis ocupacionais que exercem em sua vida e a relação com o diagnóstico em questão.

No que tange aos papéis ocupacionais desempenhados pelos sujeitos, pode-se relacioná-los às funções e práticas adquiridas em suas ações durante todo o percurso da vida e a importância pessoal e social atribuída (SILVA, 2011). Assim, o instrumento Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais foi desenvolvido pelo Francês Oakley e traduzido em

diferentes línguas como árabe, francês, alemão, espanhol, sueco, português, dentre outras (SILVA, 2011; CRUZ, EMMEL, 2012).

Destaca-se que a Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais foi utilizada para o processo de validade de critério convergente e divergente devido a proximidade de alguns papéis avaliados com os Domínios do instrumento a ser validado. Acreditava-se inicialmente que o instrumento poderia apresentar relação convergente de moderada a forte principalmente quando relacionado aos Domínios Relações Interpessoais, Atividades de Vida e Participação do WHODAS 2.0.

4.5 GERENCIAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram inseridos em uma planilha eletrônica do programa *Excel*® para *Windows*®, validada por dupla digitação e importados para o uso no programa estatístico *Statistics/Data Analysis* (Stata) versão 11. Posteriormente foram importados para *Windows*® para processamento e análise.

Para responder ao objetivo primário, destinado a validar o WHODAS 2.0 para aferição da funcionalidade em pessoas com obesidade mórbida, utilizou-se os seguintes processos de validação e de análise dos dados:

Quadro 1 - Processos de validação e métodos de análise.

Processo de validação	Método de análise e valores considerados
Consistência interna	Coeficiente “alpha de Cronbach”: 0,70-0,90 adequada consistência interna; >0,95 itens redundantes (BLAND; ALTMAN, 1997).
Validade de critério: convergente e divergente	Coeficiente de correlação: >0,70 forte; 0,40 - 0,69 moderada; 0,10 -0,39 fraca associação (DANCEY; REIDY, 2013).
Confiabilidade Teste re-teste	Coeficiente de Correlação Intra-classe (ICC); Intervalo de Confiança – 95%; Erro-Padrão (MORRIS et al., 2012). CCI entre 0,6 e 0,8 serão considerados como boa confiabilidade, >0,80, serão considerados como excelente (DERMAN et al., 2011). Coeficiente de correlação de Pearson: 0,70 – 1 forte, 0,40 – 0,60 moderada e 0,10 – 0,30 fraca (MARTINS, 2006; FIGUEIREDO FILHO, SILVA JÚNIOR, 2009).

Fonte: Elaborado pelos autores, 2016.

O processo de validação do instrumento compreendeu algumas modalidades distintas e com objetivos psicométricos diferentes. Essas modalidades se dividem entre as características de confiabilidade e de validade sendo que para a pesquisa foi verificada:

a) Consistência interna

Possibilitou verificar o grau de inter-relação entre os itens do instrumento (PARADOWSKI et al., 2013). O processo de validação dependeu de uma única aplicação do instrumento na amostra estudada.

b) Validade de critério: convergente e divergente

Utilizou-se a validade convergente com o objetivo de verificar a medida de relação do instrumento a ser validado com outros instrumentos padronizados (DEVON et al., 2007).

Já a validade divergente foi relacionada a não correlação do conteúdo do instrumento a ser validado com domínios ou campos não correlatados de outros instrumentos (DEVON et al., 2007).

Para validade de critério convergente e divergente foram utilizados os instrumentos WHOQOL – Bref, o Teste de Caminhada de Seis Minutos e a Lista de Identificação de Papéis

Ocupacionais (considerando apenas os papéis realizados no tempo presente). Estes foram selecionados por conter itens, domínios ou resultados que poderiam estar correlacionados ou não com os apresentados nos domínios do WHODAS 2,0.

c) Confiabilidade teste re-teste

O teste-reteste foi utilizado para verificar a estabilidade do instrumento em duas aferições realizadas em períodos diferentes (DEVON et al., 2007) sendo o tempo de intervalo importante para evitar distorção nas respostas (MARTINS, 2006). Foi preconizado o tempo de sete dias entre as aferições visando o padrão usado pela OMS na criação do WHODAS 2.0 (ÜSTÜN, 2010).

No que tange os objetivos secundários foram utilizados os seguintes critérios na análise dos dados:

Para os objetivos secundários 1 e 2 foram utilizadas medidas de tendência central (média e mediana) e de variabilidade (amplitudes e desvio padrão) para as variáveis quantitativas.

Ressalta-se que interpretação dos dados do Teste de Caminhada de Seis minutos foi pautada nas Equações de referência para predição da distância no Teste de Caminhada de 6 minutos para homens e mulheres segundo Enright e Sherrill. (ENRIGHT, 2003; BRITTO; SOUSA, 2006).

Já o objetivo secundário 3 foi analisado empregando-se a distribuição de frequências absolutas e relativas.

Cabe ressaltar que este trabalho considerou um nível de significância estatística de $<0,05$.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Ao serem convidados a participar do estudo os participantes tiveram seu desejo em aceitar ou não respeitados, porém após aceitar participar e receber informações quanto ao estudo, seus objetivos, sobre as garantias de sigilo, caráter voluntário do participante e instruções sobre o direito à desistência em qualquer momento da coleta, a pesquisadora solicitou assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o Termo de Consentimento Após Esclarecimento para que os dados pudessem ser coletados.

Os nomes dos participantes foram codificados por números ordinais com o objetivo de garantir confidencialidade e anonimato. Os dados coletados foram utilizados exclusivamente para atender aos objetivos do projeto e serão guardados por cinco anos ao contar do final da coleta e, após o período referido, serão picotados por uma fragmentadora de papel e descartados em lixo reciclável.

Ressalta-se que a pesquisa atendeu aos pré-requisitos éticos da Resolução 466/2012 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012) e o projeto em questão foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) sob o Parecer Número 1.398.735 e CAAE: 36151314.7.0000.5154 (ANEXO G) no dia 31 de janeiro de 2016.

5 RESULTADOS

Para facilitar a organização e compreensão dos resultados, estabeleceu-se a seguinte ordem de apresentação dos dados: Caracterização da Amostra, Validação do WHODAS 2.0: consistência interna, teste re-teste e validade de critério convergente e divergente; Descrição da qualidade de vida de pessoas com obesidade mórbida; Estudo da capacidade física, funcional e obesidade mórbida e Papéis ocupacionais de pessoas com obesidade mórbida.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A população do estudo foi composta por 60 participantes conforme os critérios de inclusão e exclusão preconizados no método, sendo possível a visualização detalhada da caracterização da amostra nas tabelas 4,5, 6 e 7.

Tabela 4 - Distribuição dos participantes segundo sexo, situação conjugal e situação de trabalho. Uberaba (MG), 2016.

	n (60)	% (100,00)
Sexo		
Masculino	4	6,67%
Feminino	56	93,33%
Situação Conjugal		
Solteiro(a)	10	16,67%
Casado(a)	29	48,33%
Separado(a)	4	6,67%
Divorciado(a)	5	8,33%
Viúvo(a)	1	1,67%
Amasiado(a) / Mora Junto	11	18,33%
Situação de Trabalho		
Trabalho Remunerado	13	21,67%
Autônomo(a)	19	31,67%
Estudante	2	3,33%
Dona de casa	5	8,33%
Aposentado(a)	5	8,33%
Desempregado(a) (motivo de saúde)	6	10,00%
Desempregado(a) (outras razões)	6	10,00%
Outras Situações	4	6,67%

Fonte: Dados coletados pela autora, 2016

A amostra apresentou predomínio de mulheres 56 (93,33%) em relação aos homens (6,67%). No que tange a situação conjugal 29 (48,33%) participantes declararam estar casados

e 11 (18,33%) morando junto, observa-se então que 66,66% da população avaliada mantinha relacionamentos conjugais estáveis.

Quanto à situação de trabalho e atuação profissional 31,67% da amostra declarou ser autônomo e apenas 21,67% desenvolver trabalho remunerado. Outro dado considerável foi que 10,00% dos participantes declararam estar desempregados por motivos de saúde e 8,33% aposentados, dado relevante ao considerar o critério de inclusão em que os participantes deveriam ter entre 20 e 59 anos de idade.

Tabela 5 - Distribuição segundo idade, anos de estudo formal e renda familiar verificada por salários mínimos mensais. Uberaba (MG), 2016.

	Média	Desvio-Padrão
Idade (Anos)	41,25	10,03
Anos de Estudo Formal	11,41	5,41
Renda Familiar Mensal (Salário Mínimo)	2,96	1,08

Fonte: Dados coletados pela autora, 2016

A tabela 5 demonstra que a média de idade da amostra foi de 41,25 com desvio padrão (DP) de 10,03 anos e que a população estudada apresentou, em média 11,41 anos de estudo formal. Quanto a renda familiar observa-se média de 2,96 salários mensais.

Tabela 6 - Condições clínicas de Saúde. Uberaba (MG), 2016.

	Média	Desvio-Padrão
Peso (Kg)	120,37	16,24
Altura (m)	1,60	0,08
IMC (kg/m²)	46,75	6,29
Circunferência Abdominal (centímetros)	131,5	10,63
Tempo CAD (anos)	2,33	1,95

Legenda: kg – quilograma, m – metros, kg/m² - quilogramas por metro cúbico.

Fonte: Dados coletados pela autora, 2016

No que se refere as medidas antropométricas a amostra apresentou peso médio de 120,37 Kg com média de IMC de 46,75 e DP de 6,29. Todos os participantes foram caracterizados como obesos mórbidos. Já a circunferência abdominal média foi de 131,5 centímetros, com DP 10,63. Os participantes referiram receber acompanhamento profissional no CAD há, em média, 2,33 anos.

Tabela 7 - Comorbidades associadas à obesidade, medicações de uso contínuo e acompanhamento profissional de Saúde. Uberaba (MG), 2016.

	n (60)	% (100,00)
Comorbidades		
Nenhuma	9	15,00%
Diabetes Mellitus II	15	25,00%
Hipertensão Arterial	34	56,67%
Doença Cardiovascular	5	8,33%
Doença Osteoarticular	21	35,00%
Depressão	11	18,33%
Outras	31	51,67%
Medicação		
Nenhum	13	21,67%
Um	7	11,67%
Dois	11	18,33%
Três	7	11,67%
Quatro	7	11,67%
Cinco	8	13,33%
Seis	7	11,67%
Acompanhamento Profissional de Saúde		
Endocrinologista	57	95,00%
Nutricionista	50	83,33%
Psicólogo	35	58,33%
Fisioterapeuta	11	18,33%
Terapeuta Ocupacional	1	1,67%
Educador Físico	19	31,67%
Outros	28	46,67%

Fonte: Dados coletados pela autora, 2016

A tabela 7 aponta que a comorbidade associada a obesidade mais evidente foi a hipertensão arterial, diagnosticada em 34 das 60 pessoas que compuseram a pesquisa. Já a doença menos associada, foi a cardiovascular (8,33% da amostra). Ao serem questionados sobre os acompanhamentos profissionais que receberam no ambulatório 95% realizam acompanhamento com o médico endocrinologista e 83,33% com a nutricionista. A média de medicação utilizada diariamente mais evidente da amostra foi de nenhum medicamento (21,67), seguida de dois medicamentos de uso contínuo (18,33%).

5.2 VALIDAÇÃO DOWHODAS 2.0: CONSISTÊNCIA INTERNA, TESTE RE-TESTE E VALIDADE DE CRITÉRIO CONVERGENTE E DIVERGENTE

Quando aos processos de validação do WHODAS 2.0, os dados foram detalhados estatisticamente em tabelas para melhor visualização. Dessa forma, a tabela 8 apresenta os resultados referentes aos processos de validação da consistência interna (CI) e confiabilidade teste-reteste.

Tabela 8 - Testes para validação da Consistência Interna e Teste re-teste e do WHODAS 2.0. Uberaba (MG), 2016.

Domínios/ WHODAS 2.0	Consistência Interna α de Cronbach	Teste-reteste CCI (IC95%)	Teste-reteste Coeficiente de correlação de Pearson
Cognição	0,70	0,54 (0,28 – 0,81)	0,86
Mobilidade	0,84	0,72 (0,52 – 0,92)	0,93
Auto-cuidado	0,74	0,68 (0,41 – 0,96)	0,88
Relações interpessoais	0,68/0,71 ¹	0,81 (0,64 – 0,98)	0,93
Atividades domésticas	0,87	0,70 (0,43 – 0,93)	0,89
Atividades escolares ou do trabalho	0,71	0,93 (0,81 – 0,99)	0,74
Participação	0,86	0,67 (0,47 – 0,87)	0,91
Total	0,93	0,80 (0,65 – 0,95)	0,94

Legenda: CCI - Coeficiente de Correlação Intraclassa, IC – Intervalo de Confiança, ¹Análise sem a questão sobre relações sexuais.

Fonte: Dados coletados pela autora, 2016

Observa-se na tabela apresentada anteriormente que o coeficiente “*alfa de Cronbach*”, correspondente ao teste de consistência interna para cada domínio, variou de 0,68 no domínio Relações Interpessoais até 0,87 no domínio Atividades Domésticas e o valor total foi de 0,93. Os coeficientes obtidos sugerem adequada consistência interna para todos os domínios do instrumento (BLAND; ALTMAN, 1997).

Vale destacar que o domínio Relações Interpessoais apresenta dois coeficientes “*alfa de Cronbach*” sendo que no 0,71¹a questão D4.5 do instrumento (Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade você teve em: ter atividades sexuais?) não foi considerada pois verificou-se este trouxe maior inconsistência durante os testes realizados. Acredita-se que o fato tenha ocorrido devido a limitação da população em discutir a questão. Tal dado será melhor explorado nas discussões.

O teste re-teste apresentou boa e excelente confiabilidade com resultados do Coeficiente de Correlação Intraclassa (CCI) variando de 0,67 (Participação) a 0,81 (Relações Interpessoais) na maioria dos domínios, porém o domínio Cognição apresentou CCI=0,54 e o maior intervalo de confiança (0,28 – 0,81) observado (DERMAN et al., 2011).

¹ Análise sem a questão sobre relações sexuais.

Já o Coeficiente de Correlação de Pearson no teste re-teste demonstrou relação forte entre todos domínios com valores $\geq 0,74$ (MARTINS, 2006; FIGUEIREDO FILHO, SILVA JÚNIOR, 2009).

No que se refere a validade de critério convergente e divergente, a tabela 9 evidencia os resultados obtidos entre a correlação do WHODAS 2.0 com os seguintes instrumentos: WHOQOL – BREF, Teste de Caminhada de 6 Minutos e Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais.

Tabela 9 - Correlação entre WHODAS 2.0 e WHOQOL – BREF; WHODAS 2.0 e Teste de Caminhada de 6 Minutos; WHODAS 2.0 e Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais. Uberaba (MG), 2016.

Domínio/WHODAS								
	Cognição	Mobilidade	Auto-cuidado	Relações Interpessoais	Atividades Domésticas	Atividades Escolares ou do Trabalho	Participação	Total
Domínio/WHOQOL								
Físico	-0,54**	-0,64**	-0,60**	-0,34**	-0,68**	-0,03	0,69**	0,75**
Psicológico	-0,56**	-0,39**	-0,40**	-0,56**	-0,39**	0,02	-0,56**	-0,57**
Social	-0,32**	0,25**	-0,41**	-0,50**	-0,27**	-0,16	-0,40**	-0,42**
Ambiente	-0,48**	-0,29**	-0,37**	-0,45**	-0,27**	0,12	-0,48**	-0,47**
Total	-0,59**	-0,47**	-0,58**	-0,62**	-0,49**	-0,04	-0,65**	-0,69**
Teste de Caminhada de 6 Minutos								
Distância percorrida	-0,44**	-0,66**	-0,31**	-0,30**	-0,39**	-0,38**	-0,51**	0,50**
Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais								
Estudante	0,07	-0,21	-0,20	0,04	-0,21	0,14	-0,10	-0,12
Trabalhador	-0,10	-0,13	-0,07	0,08	-0,11	0,70**	-0,27**	-0,07
Voluntário	0,18	0,11	0,02	0,13	-0,01	0,04	0,08	0,11
Cuidador	-0,11	-0,07	-0,03	0,10	-0,08	0,26**	-0,08	-0,04
Serviços Domésticos	-0,02	-0,01	-0,07	-0,06	0,02	0,04	-0,02	-0,02
Amigo	-0,16	-0,05	0,01	-0,35**	0,01	0,04	-0,12	-0,11
Membro da Família	-0,24	-0,12	-0,26**	-0,22	-0,20	0,05	-0,10	-0,20
Religioso	-0,19	-0,06	-0,01	-0,07	-0,24	-0,03	0,02	-0,10
Passatempo/Amador	-0,19	-0,11	-0,16	-0,20	-0,18	0,14	-0,15	-0,18
Participante em Organizações	0,30**	0,30**	0,27**	0,22	0,01	-0,01	0,18	0,24

**p<0.05 (Teste de correlação de Spearman)

Fonte: Dados coletados pela autora, 2016

Devido pontuação inversa entre os instrumentos, observa-se coeficientes inversamente proporcionais na maioria das associações entre os domínios do WHODAS 2.0 e WHOQOL – BREF. Como validade convergente, os domínios Atividades Domésticas e Mobilidade do WHODAS 2.0 apresentaram correlação moderada e significativa com valores de -0,68 e -0,64 com o domínio físico do WHOQOL – BREF. Outros valores significativos e moderados correspondem aos domínios Relações Interpessoais e Cognição com o domínio Psicológico do WHOQOL – BREF, ambos apresentando correlação de -0,56.

Quanto a validade divergente, o domínio Participação apresentou correlação moderada e significativa com o domínio Físico do WHOQOL – BREF(0,69).

A correlação entre os domínios do WHODAS 2.0 e os valores obtidos por meio da distância percorrida pela amostra durante a realização do teste de caminhada, apontam relação divergente entre os dois instrumentos, com valores que variam de -0,31 a -0,66. Considera-se que os resultados foram obtidos devido dimensões diferentes entre o WHODAS 2.0 e o TC6”, sendo o teste de caminhada utilizado especificamente para verificar a capacidade física e funcional de alguns sistemas corporais, como descrito no material e métodos do estudo.

Quanto a correlação entre o WHODAS 2.0 e a da Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais utilizou-se apenas os escores correspondentes aos papéis desempenhados no tempo presente pelas pessoas avaliadas. Optou-se pelos papéis desempenhados no presente por serem os que evidenciam as atividades e ações realizadas pela amostra no dia da coleta e também nos sete dias anteriores, como preconizado no instrumento utilizado.

Os dados demonstram correlação convergente forte entre o domínio Atividades Escolares ou do Trabalho do WHODAS 2.0 com o papel de Trabalhador, exercido pela amostra no tempo presente (DANCEY; REIDY, 2013).

No que se refere a correlação divergente a tabela demonstra correlação fraca de -0,35 entre os domínios Relações Interpessoais e Papel de Amigo. Também apresenta variação de -0,10 entre o domínio Cognição e Papel de Trabalhador e Relações Interpessoais com o Papel de Cuidador, respectivamente.

5.3 DESCRIÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E OBESIDADE MÓRBIDA

Os resultados relacionados a qualidade de vida de pessoas com obesidade mórbida, correspondentes aos dados do instrumento WHOQOL – BREF, foram expostos através do

escore mínimo, máximo, medida de tendência central e de variabilidade por meio do desvio padrão.

Tabela 10 - Medidas de tendência central, de variabilidade para os domínios do WHOQOL-BREF. Uberaba (MG), 2016.

Variável	n	Média	Desvio-Padrão	Mínimo	Máximo
Domínio Físico	60	41,32	17,37	3,6	78,6
Domínio Psicológico	60	46,25	20,02	8,3	83,3
Domínio Social	60	54,31	21,89	0,0	100,0
Domínio Ambiental	60	46,05	16,11	6,3	84,4
Total	60	46,99	15,11	13,0	77,9

Fonte: Dados coletados pela autora, 2016

A tabela 10 demonstra que o domínio Físico apresentou escore médio de 41,31 e DP 17,37, sendo o menor analisado. Já o domínio Social obteve a maior média com escore de 54,30 e DP de 21,88. Mesmo proporcionando maior escore médio, o domínio social apresentou o menor escore, obtendo valor 0 para uma escala que varia de 0 a 100. Destaca-se que todas as médias tiveram escores $\leq 54,31$.

5.4 ESTUDO DA CAPACIDADE FÍSICA, FUNCIONAL E OBESIDADE MÓRBIDA

Os valores obtidos com a realização do Teste de Caminhada de 6 Minutos (TCM6') foram analisados por meio da média, mediana e desvio padrão.

Tabela 11-Média, Mediana e Desvio-Padrão para o Teste de Caminhada de 6 Minutos. Uberaba (MG), 2016.

	Média	Mediana	Desvio-Padrão
Frequência Cardíaca Pré TC6' (bpm)	72,26	72,00	10,36
Frequência Cardíaca Pós TC6' (bpm)	108,06	105,50	18,19
Saturação de Oxigênio Pré TC6'	95,18%	96,00%	2,70
Saturação de Oxigênio Pós TC6'	93,56%	95,00%	5,25
Escala de Borg Pré TC6'	0,97	0,25	1,12
Escala de Borg Pós TC6'	4,04	3,50	2,25
Distância Máxima Predita (mts)	501,01	502,67	69,01
Distância Máxima Percorrida (mts)	382,60	427,50	139,89

Legenda: TC6' - Teste de Caminhada de 6 Minutos, bpm - batimentos por minuto, mts – metros.

Fonte: Dados coletados pela autora, 2016

A tabela 11 evidencia que a média da frequência cardíaca foi de 72,26 no pré teste (DP: 10,36) e pós teste de 108,06 (DP: 18,19). Observa-se com os dados que após caminhar por um tempo de 6 minutos, os batimentos cardíacos dos participantes tiveram um aumento médio de 35,93 batimentos por minuto. No que se refere a saturação de oxigênio (O₂), mesmo

obtendo valores pós teste menores, a saturação de O₂ permaneceu adequada, com média de 93,56 e DP de 5,24.

A Escala de Borg evidenciou que antes do teste a amostra apresentava percepção do grau de esforço e cansaço variando de nenhum a muito, muito leve com média de 0,97 e DP 0,25. Já após o teste a média foi de 4,04 com DP de 3,5, demonstrando percepção do grau de esforço e cansaço pouco intenso, de acordo com os escores do instrumento.

No que se refere a distância máxima preditiva ou seja, a previsão da distância a ser percorrida no teste pelos participantes nota-se que a média esperada era de 501,0 metros percorridos com DP de 69,0. Porém, os valores obtidos por meio da distância percorrida pela amostra tiveram média de 382,6, com desvio padrão de 139,0, indicando valores dispersos da média.

5.5 PAPÉIS OCUPACIONAIS E OBESIDADE MÓRBIDA

A descrição dos resultados pautou-se nas duas categorias disponíveis no instrumento sendo identificados na primeira parte 10 papéis ocupacionais que o sujeito desempenhou no passado, presente e/ou futuro e, na segunda parte, o grau de importância auto atribuído a cada papel, como apresentado na Tabela 12 e 13, respectivamente.

Tabela 12 - Distribuição dos papéis ocupacionais ao longo do tempo. Uberaba (MG), 2016.

Papéis Ocupacionais	Passado		Presente		Futuro	
	n	%	n	%	n	%
Estudante	59	98%	11	18%	37	62%
Trabalhador	56	93%	32	53%	53	88%
Voluntário	26	43%	11	18%	48	80%
Cuidador	59	98%	51	85%	56	93%
Serviço Doméstico	60	100%	57	95%	58	97%
Amigo	52	87%	34	57%	57	95%
Membro de Família	57	95%	52	87%	58	97%
Religioso	42	70%	22	37%	47	78%
Passatempo/Amador	44	73%	18	30%	52	87%
Participante em Organizações	22	37%	8	13%	29	48%

Fonte: Dados coletados pela autora, 2016

Na primeira parte do instrumento, a distribuição dos papéis desempenhados no tempo passado apresenta, com maior prevalência, os papéis de Serviço Doméstico 60 (100%), Cuidador 59 (98%) e Estudante 59 (98%). No presente maior prevalência nos papéis de Serviço Doméstico 57 (95%), Membro da Família 52 (87%) e Cuidador 51 (85%). Enquanto no tempo futuro os papéis de Membro de Família 58 (97%), Serviço Doméstico 58 (97%), Amigo 57 (95%), Passatempo/Amador 52 (87%) e Trabalhador 53 (88%) receberam maior porcentagem.

Na segunda parte, o grau de importância mensurado mostra prevalência no aspecto nenhuma importância do papel Participante em Organizações 23 (38%), alguma importância do papel passatempo amador 27 (45%) e muita importância do papel Cuidador 56 (93%), como apresentado posteriormente na Tabela 13.

Tabela 13 - Distribuição do grau de importância dos papéis ocupacionais. Uberaba (MG), 2016.

Papéis Ocupacionais	Nenhuma		Alguma		Muita	
	Importância.		Importância		Importância	
	n	%	n	%	n	%
Estudante	9	15%	6	10%	46	77%
Trabalhador	3	5%	5	8%	52	87%
Voluntário	9	15%	23	38%	28	47%
Cuidador	1	2%	3	5%	56	93%
Serviço Doméstico	3	5%	18	30%	39	65%
Amigo	4	7%	21	35%	35	58%
Membro de Família	1	2%	6	10%	52	87%
Religioso	8	13%	15	0%	37	62%
Passatempo/Amador	10	17%	27	45%	23	38%
Participante em						
Organizações	23	38%	20	33%	17	28%

Fonte: Dados coletados pela autora, 2016

No que se refere ao padrão de desempenho dos papéis listados, a tabela 14 destaca que a perda mais evidente foi em relação ao papel de estudante 22 (37%) e a maior prevalência em relação aos papéis contínuos foi o de Membro de Família 51 (85%) e Cuidador 50 (83%).

Tabela 14 - Distribuição do Padrão de Desempenho de Papéis Ocupacionais. Uberaba (MG), 2016.

Papéis Ocupacionais	Desempenhado somente no passado		Perda somente no presente		Ganho somente no presente		Desempenhado a partir do presente		Desempenhado até o presente		Novo papel no futuro		Papel contínuo		Papel ausente	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Estudante	22	37%	26	43%	0	0%	0	0%	1	2%	1	2%	10	17%	0	0%
Trabalhador	5	8%	21	35%	1	2%	1	2%	1	2%	2	3%	29	48%	0	0%
Voluntário	5	8%	6	10%	0	0%	0	0%	1	2%	0	0%	50	83%	1	2%
Cuidador	2	3%	6	10%	0	0%	0	0%	1	2%	0	0%	50	83%	1	2%
Serviços Domésticos	1	2%	19	32%	0	0%	2	3%	0	0%	4	7%	32	53%	2	3%
Amigo	1	2%	19	32%	0	0%	2	3%	0	0%	4	7%	32	53%	2	3%
Membro da Família	2	3%	4	7%	0	0%	1	2%	0	0%	2	3%	51	85%	0	0%
Religioso	8	13%	17	28%	0	0%	5	8%	0	0%	8	13%	17	28%	5	8%
Passatempo/ Amador	6	10%	23	38%	0	0%	3	5%	0	0%	11	18%	15	25%	2	3%
Participante em Organizações	8	13%	9	15%	1	2%	2	3%	0	0%	13	22%	5	8%	22	37%
Total	60		150		2		16		4		45		291		35	

Fonte: Dados coletados pela autora, 2016

6 DISCUSSÃO

6.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

As características sociodemográficas da amostra deste estudo constataram que a maioria dos participantes eram do sexo feminino, com média de idade de 41,25 anos e em relacionamento conjugal estável.

Os achados da pesquisa vão ao encontro da Política Nacional de Alimentação e Nutrição ao identificar que as mulheres representam a maior porcentagem de pessoas com obesidade, as estimativas brasileiras demonstram que atualmente a obesidade atinge 12,5% dos homens e 16,9% das mulheres do país (BRASIL, 2012).

Um dos fatores que colaboraram com a maior porcentagem de mulheres na pesquisa pode estar relacionado ao aspecto cultural, sendo evidente em nossa sociedade que as mulheres procuram e acessam mais os serviços de saúde que os homens (POZZATI et al., 2013).

A prevalência encontrada também foi evidenciada no estudo realizado por Zaiden (2014) no ambulatório de cirurgia bariátrica de um hospital de clínicas da cidade de Ribeirão Preto, São Paulo. Na pesquisa, a maior procura de mulheres pelo serviço foi associada à importância designada aos padrões de beleza socialmente estabelecidos que são taxados pela valorização da magreza e preocupação com a aparência.

Ressalta-se que a visão do gênero socialmente construída interfere diretamente na percepção de adoecimento e acesso dos homens aos serviços de saúde, tornando a situação um problema de saúde pública (VIEIRA, 2013).

Ao buscar na literatura a relação entre a obesidade e relacionamentos conjugais estudos como os de Oliveira, Merighi, De Jesus (2014) e Zaiden (2014) com pessoas diagnosticadas com obesidade mórbida também relataram que a maioria da amostra analisada era casada. A Política Nacional de Alimentação e Nutrição relata que o casamento, principalmente para as mulheres pode influenciar no ganho de peso devido várias razões como por exemplo, a mudança nos hábitos sociais, que podem causar a interrupção na prática de esportes e/ou aumento na ingestão calórica (BRASIL, 2012).

Sabe-se que o aumento do IMC e da circunferência abdominal representam risco para diversas doenças e, ao observar a média de IMC e circunferência encontradas, pode-se considerar que essas pessoas apresentam risco cardiometabólico alto, independente do sexo.

Estudos apontam que o aumento de tais medidas são preditores para o risco de mortalidade e anos de vida perdidos (AMER, MARCON, SANTANA, 2011; ABESO, 2016).

Ao investigar os possíveis fatores associados às alterações ocasionadas pelo IMC e obter as prevalências de sobrepeso e obesidade em uma população de 369 sujeitos, o estudo brasileiro de Amer, Marcon e Santana (2011) encontrou que 87,3% da amostra apresentava circunferência abdominal inadequada e que 31,9% tinha algum problema crônico de saúde, sendo a hipertensão arterial o mais relatado.

Os pesquisadores supracitados ainda relatam que estudos brasileiros frequentemente detectam em suas amostras associação por exemplo, entre obesidade, baixa escolaridade e fatores relacionados à hipertensão arterial. Dessa forma, os achados do presente estudo são condizentes aos encontrados em outras pesquisas, já que 56,67% da amostra apresentava diagnóstico de hipertensão arterial e renda familiar de 2,96 salários mínimos.

6.2 VALIDAÇÃO DOWHODAS 2.0: CONSISTÊNCIA INTERNA, TESTE RE-TESTE E VALIDADE DE CRITÉRIO CONVERGENTE E DIVERGENTE

Os coeficientes referentes a consistência interna foram adequados, observando-se valores superiores a 0,71 (BLAND; ALTMAN, 1997).

Polit, Back (2011) descrevem que a confiabilidade da consistência interna é o melhor meio de avaliar a amostragem de itens e que, quanto mais próximo de +1,00 for o *alfa de Cronbach* maior é a confiabilidade. Partindo desta definição, o processo de validação realizado demonstrou que os itens dos domínios do WHODAS 2.0 são homogêneos, consistentes internamente e com coeficientes de confiabilidade adequadamente precisos.

Estudos internacionais realizados no ano de 2016, validando o WHODAS 2.0 nas versões com 36 e 12 itens respectivamente, em pessoas com ou sem deficiência na Grécia e em pacientes com trauma devido lesões múltiplas e lesões em acidentes de trânsito no Irã, também apresentaram consistência interna examinada pelo *alfa de Cronbach* com valores acima de 0,85. Tais coeficientes demonstram que outras pesquisas compartilham com os resultados encontrados no estudo em questão (XENOULI et al., 2016; ABEDZADEH-KALAHROUDI et al., 2016).

Vale destacar que o domínio Relações Interpessoais apresentou dois cálculos do coeficiente *Alfa de Cronbach* sendo que no coeficiente 0,71 a questão D4.5 do instrumento referente a quanta dificuldade o participante teve em ter atividades sexuais nos últimos 30

dias não foi considerada, pois foi o item com maior inconsistência durante os testes realizados. Mesmo com pouca alteração estatística decidiu-se manter o coeficiente em questão, tal análise foi efetivada devido problemas da amostra em responder o item.

Dessa forma, os dados vão de encontro ao encontrado na literatura como sendo uma limitação da população por várias questões relacionadas, por exemplo, com a dificuldade em lidar e aceitar a imagem corporal e a aspectos prejudiciais a atual condição de saúde. Moreno et al. (2011) relata que quando apresentam sobrepeso, pessoas de ambos os sexos acreditam que seus corpos ficam sem atrativos sexuais, indesejáveis e, até mesmo repulsivos. O autor ainda relata que muitas vezes os obesos podem apresentar uma intensa distorção da imagem corporal, referenciando o corpo como algo externo, o que os impossibilita de perceber as próprias necessidades corporais, gera sentimentos de que não são atraentes e que são impotentes sexualmente.

Marcuzzo, Pich, Dittrich (2012) concebem o corpo como uma produção da história de vida e do universo social em que o sujeito está inserido. Ao perceber que não se encaixam nos padrões de beleza socialmente estabelecidos, muitos obesos sentem-se envergonhados do seu corpo, o que pode dificultar a experimentação da sexualidade, elemento tido como essencial na construção da identidade sexual.

Além dos aspectos sociais envoltos na sexualidade, um estudo internacional com 2458 participantes sobre a função sexual de homens e mulheres com obesidade, sendo a amostra composta por 79% de mulheres com idade média de 45 anos, referiu que a saúde física limitou moderadamente a atividade sexual de 38% das mulheres e de 44% dos homens pesquisados. Também evidenciou que cerca de 49% das mulheres e 54% dos homens estavam insatisfeitos com a vida sexual. O estudo identificou que menor função sexual estava associada a aspectos como idade mais avançada, sintomas depressivos e uso de medicação antidepressiva (STEFFEN et al., 2016).

Todavia, um estudo que objetivou determinar as propriedades psicométricas da versão chinesa do WHODAS 2.0 em uma amostra de pacientes com câncer de mama primário em tratamento quimioterápico pós-cirúrgico, também excluiu alguns itens de seus cálculos. Os pesquisadores retiraram quatro itens correspondentes a quatro domínios diferentes do instrumento devido especificidades da população e, mesmo assim, o instrumento apresentou propriedades psicométricas confiáveis e válidas (ZHAO, 2013).

Desse modo, acredita-se que a análise realizada é justificável devido limitação da população estudada ao abordar a temática questionada. Vale destacar que outros estudos internacionais que objetivaram validar o WHODAS 2.0 e que devido necessidades específicas

da população também tiveram que omitir algum item ou domínio, mantiveram propriedades psicométricas adequadas em todas as validações (SILVEIRA, 2016).

Os resultados do Coeficiente de Correlação Intraclass (CCI) referentes a confiabilidade teste re-teste do presente estudo foram considerados bons e excelentes, apresentando na maioria dos domínios valores entre 0,67 e 0,81 (MORRIS et al., 2012).

Tais valores foram próximos aos encontrados durante os estudos do WHODAS 2.0 que testaram suas propriedades psicométricas em diferentes locais e populações em que os valores variaram de 0,69-0,89 (CASTRO, LEITE, 2015).

Destaca-se que o domínio Cognição apresentou o menor índice CCI=0,54 observado. Uma pesquisa de validação do WHODAS 2.0 em pessoas com doenças crônicas na Espanha também obteve valores do CCI correspondentes a 0,19 e 0,52 respectivamente, em dois domínios. Mesmo com tais valores o estudo apresentou boas propriedades psicométricas para aferir a incapacidade na população (GARIN et al., 2010).

Já o Coeficiente de Correlação de Pearson, correspondente a medida de associação linear entre duas variáveis utilizadas no teste re-teste, obteve relação forte entre todos os domínios do WHODAS 2.0. Os dados demonstram que o grau de relacionamento entre os domínios do instrumento para o teste re-teste foram adequados (MARTINS, 2006; FIGUEIREDO FILHO, SILVA JÚNIOR, 2009).

Considera-se então, a partir dos conceitos utilizados por Figueiredo Filho, Silva Júnior (2009), que os domínios do instrumento guardam semelhanças na distribuição dos seus escores sendo uma medida da variância compartilhada entre duas coletas.

Dessa forma, é fundamental acrescentar que o Manual do WHODAS 2.0 destaca que em vários estudos internacionais, a versão de 36 itens demonstrou alta confiabilidade no teste re-teste, apresentando estrutura fatorial robusta e constante em diferentes populações e culturas (CASTRO, LEITE, 2015).

Quanto a validade de critério convergente e divergente, como previsto na metodologia da pesquisa em questão, observou-se que a maior frequência de domínios semelhantes foi identificada entre o WHODAS 2.0 e o WHOQOL – BREF e a menos evidente entre o instrumento a ser validado e o TC6'. Já a Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais apresentou apenas o Papel de Trabalhador no presente com validade de critério convergente forte quando relacionada a um dos domínios do WHODAS 2.0.

Dessa forma, após verificar a relação entre os itens dos domínios de todos os instrumentos selecionados com àqueles descritos no WHODAS 2.0, as correlações mais

relevantes foram pontuadas por meio de itens específicos que objetivaram medir construtos similares.

A partir dos valores estimados por Dancey, Reidy (2013) acredita-se que as correlações foram moderadas entre os domínios Atividades Domésticas e Mobilidade do WHODAS 2.0 com o domínio Físico do instrumento WHOQOL – BREF, o que demonstra a auto associação referente aos itens questionados. Observa-se que ambos perguntam sobre a realização de atividades cotidianas e sobre a condição de saúde. Por exemplo, o WHODAS 2.0 no domínio Atividades Domésticas realizava a seguinte pergunta: “Por causa de sua condição de saúde, nos últimos 30 dias, quanta dificuldade você teve em fazer todas as tarefas domésticas que precisava?”. Já o WHOQOL – BREF faz o seguinte questionamento: “Você tem energia suficiente para o seu dia-a-dia?”.

Para os outros domínios que obtiveram validade concorrente significativas e moderada, itens que possuem semelhanças entre os dois instrumentos, também foram observados.

Ainda sobre a correlação entre os instrumentos supracitados, o estudo realizado pelos pesquisadores Chiu et al. (2014) para validação do WHODAS 2.0 com pessoas adultas da China, também apresentou validade concorrente adequada e satisfatória na maioria dos domínios analisados entre o instrumento validado e a versão chinesa do WHOQOL – BREF, fornecendo evidências de que mesmo não sendo considerado padrão ouro, o instrumento é adequado para o que se pretende aferir.

No presente estudo, apenas o Domínio Participação apresentou correlação divergente com o domínio físico do WHOQOL – BREF, o achado pode ser justificado devido as diferenças significativas entre os itens avaliados. Enquanto o domínio do WHODAS 2.0 questiona sobre a participação social do sujeito e o impacto dos problemas de saúde sobre ele e sua família, o outro instrumento, em seu domínio físico, questiona sobre satisfação do sujeito quanto ao sono, mobilidade e dificuldades em realizar atividades devido a dor, por exemplo.

Nota-se que existem similaridades entre o WHODAS 2.0 e o WHOQOL – BREF pela utilização de conceitos como qualidade de vida e funcionalidade nos dois instrumentos porém, enquanto o WHOQOL visa verificar o bem estar subjetivo relacionado a satisfação e percepção do sujeito diante o desempenho de atividades, o WHODAS 2.0 busca aferir a funcionalidade e o desempenho objetivo em domínios específicos da vida do sujeito (CASTRO, LEITE, 2015).

Não obstante, por não serem observadas correlação forte em nenhum dos domínios, acredita-se que a medida da relação entre o WHODAS 2.0 e o WHOQOL – BREF foram satisfatórias e adequadas ao processo de validação em questão (DANCEY; REIDY, 2013).

Quanto ao instrumento TC6' e o WHODAS 2.0 a validade de critério demonstrou valores divergentes. Os achados podem ser relacionados aos diferentes objetivos e perspectivas de saúde que os instrumentos preconizam em sua fundamentação teórica e com sua aplicação prática.

Enquanto o WHODAS 2.0 busca aferir a funcionalidade e o desempenho dos respondentes em domínios específicos da vida, pensando na perspectiva de funcionalidade da CIF, o TC6' visa avaliar a capacidade física e funcional por meio de medidas que pretendem integrar respostas relacionadas a capacidade neuromuscular, cardiovascular e metabólica a partir de uma caminhada que dura no máximo, seis minutos (GONTIJO et al., 2011; CASTRO, LEITE, 2015).

Assim, mesmo o WHODAS 2.0 tendo um domínio denominado Mobilidade, as dimensões avaliadas, os objetivos e os resultados entre os testes podem ser considerados diferentes quanto aos conceitos teóricos utilizados, demonstrando que o WHODAS 2.0 realmente afere funcionalidade e não capacidade física e funcional.

No que se refere a relação entre os domínios do WHODAS 2.0 e os papéis desempenhados no tempo presente, coletados por meio do instrumento Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais, os dados demonstraram correlação convergente forte apenas quanto ao papel de trabalhador e o domínio Atividades Escolares ou de Trabalho. Considera-se que o dado foi relevante pela proximidade dos termos “trabalho” e “trabalhador”, o que facilita a compreensão do respondente quanto ao que está sendo questionado.

Outro fator importante quanto a correlação supracitada deve-se ao fato de que 53% da amostra foi composta por pessoas que trabalhavam e que consideraram, em sua maioria, o papel como sendo muito importante. Destaca-se que o trabalho é um dos principais papéis esperados e executados na vida adulta, pois possibilita a inclusão do sujeito enquanto ser com capacidades para produzir e contribuir com a sociedade, além de possibilitar liberdade financeira e condições de vida e sobrevivência (PAPALIA, FELDMAN, 2013).

Diante os processos de validação realizados para verificar as características de confiabilidade e validade do WHODAS 2.0 para pessoas com obesidade mórbida, considera-se que o instrumento apresentou propriedades psicométricas adequadas e, mesmo com amostra reduzida devido especificidades da população, conseguiu obter dados suficientes para garantir a aplicabilidade na população em questão.

No que se refere a quantidade de participantes em pesquisas sobre obesidade mórbida, outros estudos que trabalharam com a mesma população obtiveram amostra semelhante a encontrada nesta pesquisa.

Um estudo realizado por Sirtore et al. (2012) em um ambulatório de obesidade na Itália para verificar a associação entre qualidade de vida, incapacidade, IMC, sexo e idade, obteve uma amostra de 117 sujeitos após aplicar os critérios de inclusão que foram: selecionar pessoas com IMC maior que 30Kg/m² e maiores de 18 anos. É importante reforçar que das 117 pessoas selecionadas pelos pesquisadores apenas 71,60% apresentavam IMC ≥ 40 Kg/m². Este dado é relevante pois a quantidade de pessoas disponíveis com obesidade mórbida foi próxima a encontrada na pesquisa em questão.

No que se refere especificamente a pesquisa de validação de instrumento para pessoas obesas, o estudo coreano realizado por Lee et al. (2013) para validação da *Obesity-Related Problems (OP) Scale*, que avalia qualidade de vida focada principalmente no impacto da obesidade no funcionamento psicossocial, obteve a participação de 67 pessoas.

Ressalta-se que mesmo com o número de 67 participantes os resultados psicométricos foram adequados e a pesquisa apresentou consistência interna com *Alpha de Cronbach* de 0,91 e coeficientes de Correlação Intraclass variando de 0,74 a 0,81. Dados satisfatórios para as validações preconizadas pelos autores (LEE et al., 2013).

6.3 DESCRIÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E OBESIDADE MÓRBIDA

Segundo Fleck (2000), qualidade de vida, partindo dos pressupostos da OMS, inclui elementos de avaliação positivos e negativos. É um conceito subjetivo e multidimensional que pode ser compreendido como a percepção do indivíduo em relação as suas expectativas, objetivos, padrões, preocupações, sua posição no contexto da cultura e sistema de valores em que está inserido.

Os resultados utilizando o instrumento de aferição da qualidade de vida WHOQOL – BREF apontaram prejuízos significativos em todos os domínios da qualidade de vida da amostra estudada, sendo que os domínios mais prejudicados foram o Físico, com escore médio de 41,31 e o Ambiental com 46,05.

O domínio Físico do instrumento compreende questões relacionadas a percepção e satisfação do sujeito quanto a aspectos como mobilidade, sono e repouso, dor, desconforto, energia e fadiga, atividades cotidianas dentre outros. Já o domínio Ambiental envolve

questões como, por exemplo, segurança física e proteção, acesso e participação de atividades de lazer, cuidados de saúde e sociais e condições do ambiente físico em que o sujeito está inserido (FLECK et al., 2000).

O estudo realizado em Taiwan por Chang et al. (2010) com 73 pessoas diagnosticadas com obesidade mórbida e encaminhadas para a cirurgia bariátrica apresentou resultados similares, sendo o domínio Físico do WHOQOL – BREF o mais prejudicado. Os pesquisadores também compararam a amostra com um grupo controle de indivíduos saudáveis e com IMC abaixo de 32kg/m². Ao final do estudo observaram que os obesos mórbidos apresentaram menores escores de qualidade de vida principalmente nos domínios Físico, Psicológico e Social e escores gerais de qualidade de vida piores que nos controles. Ainda notaram uma tendência de que quanto maior o IMC menores são as pontuações dos domínios afetados pelo diagnóstico.

No Brasil, várias pesquisas foram realizadas tendo como um dos objetivos verificar a qualidade de vida de pessoas com obesidade mórbida. Chagas (2013), ao avaliar a qualidade de vida e investigar problemas de acessibilidade enfrentados por 50 pessoas com obesidade mórbida em um município do sudoeste goiano, também encontrou que os domínios do WHOQOL – BREF mais afetados foram o Meio Ambiente e o Físico, ressaltando que as comorbidade associadas ao diagnóstico e problemas psicossociais podem refletir nos aspectos relacionados a qualidade de vida dos obesos.

A autora citada no parágrafo anterior também relata uma tendência das pessoas obesas mórbidas com IMC ≤ 50 kg/m² a acessar mais os serviços de saúde do que as pessoas com IMC superior a 50 kg/m². Ela expõe que quanto maior o IMC maior é o isolamento social por vergonha ou medo e, conseqüentemente, maiores são as dificuldades de deslocamento e uso do espaço urbano por falta de estrutura arquitetônica e ergonômica adequada. Destaca ainda que o comprometimento físico pode dificultar atividades como andar, dobrar os joelhos e inclinar-se, por exemplo.

Outro estudo realizado em Fortaleza com 64 obesos que aguardavam a cirurgia bariátrica e 92 pacientes que estavam no pós-cirúrgico avaliou a qualidade de vida das amostras por meio do Questionário de Qualidade de Vida de Moorehead-Ardelt II. Os dados expuseram que 57,8% dos participantes do período do pré-operatório classificaram sua qualidade de vida como mínima, 25% como boa e apenas 10,9% como muito boa. Os pesquisadores relataram que os piores domínios avaliados pelo grupo pré-operatório foram atividade física, interesse sexual e comportamento alimentar (BARROS et al., 2015).

Barros et al. (2015) apontam que a obesidade mórbida pode ocasionar danos que vão além daqueles comumente associados ao diagnóstico, ocasionando prejuízos nos aspectos sociais, emocionais e psicológicos. A doença propicia dificuldade na adesão a exercícios físicos, na mobilidade, aumento das dores e reduz a qualidade de vida em aspectos como relacionamentos amorosos, trabalho, socialização, dificuldade do sujeito em aceitar a si mesmo, diminuição do humor e depressão.

Assim, a incapacidade física pode estar relacionada ao excesso de peso e consequente aumento do IMC que afeta a mobilidade, redução da qualidade do sono e dores principalmente nos membros inferiores (DE CARVALHO AGUIAR, 2011; MORAES, CAREGNATO, SCHNEIDER, 2014).

Já os prejuízos observados nos outros domínios da qualidade de vida dos obesos mórbidos podem estar associados principalmente ao isolamento social que ocorre por vários fatores como inadequação arquitetônica e ergonômica dos ambientes físicos e meios de transporte. Cita-se também vergonha da autoimagem, dificuldade em lidar com a sexualidade e necessidades sexuais, problemas financeiros, vergonha diante hábitos alimentares inadequados e por não conseguir realizar atividades de higiene e auto cuidado de maneira satisfatória (CHAGAS, 2013; ZAIDEN, 2014; BARROS et al., 2015).

Perante o exposto, considera-se que os prejuízos observados na qualidade de vida decorrentes da obesidade mórbida são amplos e podem, em magnitudes diferentes, afetar todos os domínios e facetas que influenciam na percepção do sujeito quanto a qualidade de vida. Outro dado importante refere-se ao fato de que pessoas com diagnóstico em questão apresentam escores mais baixos que a população em geral ou que as pessoas que se submeteram a cirurgia bariátrica e conseguiram reduzir o IMC.

6.4 ESTUDO DA CAPACIDADE FÍSICA, FUNCIONAL E OBESIDADE MÓRBIDA

O TC6' é um teste que visa verificar a distância máxima que pode ser percorrida por seis minutos obtendo ao final, escores capazes de pontuar aspectos relacionados a capacidade física e funcional. Os valores preditivos sugerem que pessoas saudáveis possam caminhar de 400 a 700 metros em seis minutos porém, para obter dados mais precisos, informações como idade, sexo, altura e peso são calculados em equações de referência para predizer distância máxima esperada durante o teste (BRITTO, SOUZA, 2006).

Por meio do TC6', a amostra apresentou valores muito diferentes quanto a média da distância máxima preditiva preconizada em 501,0 metros e a média percorrida pelos participantes de 382,6 com DP de 139,0. Os valores obtidos demonstram prejuízos significativos na capacidade física da amostra em caminhar até mesmo por pequenos períodos de tempo.

Um estudo realizado na Suécia por Ekman (2013) utilizando o TC6' com 251 participantes, IMC médio de 40,46 e atendidos em um ambulatório de obesidade entre os anos de 2003 e 2009, identificou que a média percorrida pela amostra foi de 535 metros com variações de 290 a 688. Ao comparar o teste com o IMC os pesquisadores descobriram que a massa corporal interfere diretamente na distância percorrida. Além disso, observaram que as comorbidades influenciaram na capacidade física e funcional, relatando que os participantes metabolicamente em risco apresentavam resultados piores no TC6' do que aqueles metabolicamente saudáveis.

A interferência do peso e das comorbidades associadas à obesidade mórbida no teste em questão também pôde ser evidenciada por meio do estudo brasileiro realizado por Marcon, Gus e Neumann (2011). Ao aplicar o TC6' em uma amostra de 61 participantes com IMC médio de 48,7kg/m² observou-se distância média percorrida de 476,2 metros (DP 95,4) no tempo estimado. Os pesquisadores descreveram que os obesos apresentaram aptidão cardiorrespiratória muito reduzida e que a presença de dor osteomuscular limitou a resposta a atividade proposta.

No que se refere a frequência cardíaca, saturação de O₂ e os resultados da Escala de Borg, os achados pré teste da pesquisa em questão confirmam os dados encontrados por Gontijo et al. (2011). Vale destacar que os valores pós teste também foram considerados satisfatórios para a população já que a realização de atividade física pode influenciar nos valores inicialmente aferidos.

6.5 PAPÉIS OCUPACIONAIS E OBESIDADE MÓRBIDA

Os papéis podem ser definidos a partir do conjunto dos comportamentos moldados pela cultura, pelos contextos e esperados pela sociedade, sendo necessários para estruturar a identidade ocupacional do sujeito. O desempenho destes papéis pode ser interrompido ou alterado por traumatismos ou doenças crônicas e, devido às alterações nas estruturas

corporais, o indivíduo pode ter mudanças em sua capacidade funcional (CORDEIRO, 2005; AOTA, 2015).

Os dados da Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais apontam que apenas 53% dos indivíduos obesos mórbidos avaliados estavam ativos no mercado de trabalho com emprego remunerado de tempo parcial ou integral, tendo um total de 47% da amostra sem exercer trabalho regular ou remunerado devido à aposentadoria, afastamento do trabalho ou desemprego. Tal dado é preocupante pois as pessoas avaliadas não apresentavam mais que 60 anos de idade, o que, de acordo com a legislação brasileira, preconiza um dos critérios para a aposentadoria.

Apesar de ter sido atribuído como muito importante para 87% dos participantes o papel de Trabalhador apresentou significativa queda no percentual de atribuição no tempo presente (de 93% no passado para 53% no presente e pretendido por 88% no futuro), o que demonstrou perda significativa desse papel.

Sabe-se que, dificuldade, inatividade, desconforto ou incapacidade ao realizar atividades como caminhar longas distâncias, déficits em muitas tarefas, deterioração na capacidade de subir escadas, dirigir e participar de atividades moderadamente exigentes estão relacionados com o comprometimento na mobilidade e funcionalidade de pessoas obesas. Destaca-se que na obesidade mórbida as limitações podem ser cinco vezes maiores do que em pessoas com IMC ideal. O que pode levar à dor, limitações, deficiências relacionadas à mobilidade e angústia (REJESKI et al., 2012; FORHAN, GILL, 2013; GATINEAU, HANCOCK, DENT, 2013).

Os fatores supracitados interferem diretamente na capacidade laboral dos obesos mórbidos e sua consequente inserção no mercado de trabalho (DE OLIVEIRA, MERIGHI, DE JESUS, 2014).

Outros estudos reforçam que a dificuldade na prática laboral e permanência no trabalho ocorrem devido à redução na produtividade, constantes faltas, absenteísmo e dificuldade na capacidade laboral relacionada a diversos fatores como nível de escolaridade, preconceito, comentários pejorativos e aspectos econômicos (CAWLEY, RIZZO, HASS, 2007, ZAIDEN, 2014).

No Brasil, em suas discussões sobre o perfil demográfico, clínico e doenças de maior ocorrência em pacientes à espera da cirurgia em um hospital universitário. Costa (2009) concluiu que não houve relação significativa entre a escolaridade e o IMC da amostra. Porém, os dados coletados com a Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais evidenciaram que a perda mais considerável foi em relação ao papel de estudante. Estudos utilizando uma amostra

maior e com melhor representatividade da sociedade devem ser realizados para discutir os achados.

Os papéis de Membro de Família, Serviços Domésticos e Cuidador possuem destaque em quase toda a temporalidade estudada (passado, presente e futuro). O perfil quanto ao gênero encontrado na pesquisa consubstancia os relatos encontrados na literatura em que a afirmativa de que as mulheres gastam em média 20,9 horas semanais com os afazeres domésticos, ao passo que os homens gastam 9,2 horas, é verdadeira (FONTOURA et al., 2010).

Os papéis prevalentes de Cuidador e Membro de Família reforçam estudos como o de Zaiden (2014) o qual aponta que mesmo nas atividades prazerosas, que poderiam ser classificadas no papel Passatempo/Amador, muitas mulheres relacionaram estas atividades a apenas “ficar com a família”.

Observa-se que a sobrecarga de papéis ligados ao universo doméstico remete a importantes reflexões sobre essa população, uma vez que mulheres obesas têm apresentado associações entre atividades como dedicar o tempo em cuidar dos membros da família com a percepção em relação à falta de tempo para se exercitar, além do aumento dos estressores combinados que podem trazer estímulos ambientais ligados ao comer (BLANCHARD, 2009).

Assim, os dados coletados apontam para a importância da ampliação de ações e intervenções por diversos profissionais da saúde e, principalmente por Terapeutas Ocupacionais, para melhorar a qualidade de vida e o desempenho de papéis considerados como importantes pela população em questão.

7 CONCLUSÃO

O estudo em questão se propôs, em seu objetivo primário, validar o WHODAS 2.0 para pessoas com obesidade mórbida. Os achados relacionados aos processos de validação da versão de 36 itens auto aplicada e administrada por entrevistador apresentaram propriedades psicométricas referentes a critérios de validade e confiabilidade adequados, confiáveis e coerentes aos valores encontrados em outros processos de validação internacionais com diferentes populações.

Dessa forma considera-se que o WHODAS 2.0 apresenta propriedades psicométricas adequadas quanto a critérios de validade e confiabilidade para avaliar a funcionalidade das pessoas com obesidade mórbida, fornecendo escores nos seis domínios de vida condizentes ao instrumento.

No que se refere aos objetivos secundários percebeu-se com a pesquisa que tanto a qualidade de vida como a capacidade física, funcional e os papéis ocupacionais desempenhados pela população sofreram interferência direta devido IMC elevado.

Os dados demonstraram que a qualidade de vida das pessoas com obesidade mórbida apresentaram prejuízos consideráveis, principalmente nos domínios Físico e Ambiental. Tais achados são importantes, pois demonstram o quanto o excesso de peso pode interferir nos aspectos biopsicossociais das pessoas e causar incapacidade em vários domínios da vida que são essenciais para a percepção dos sujeitos enquanto pessoas saudáveis.

Outra informação importante refere-se aos prováveis danos na capacidade física e funcional quando se têm obesidade mórbida. A pesquisa evidenciou valores muito abaixo dos preditivos no TC6' e ao buscar na literatura pesquisas utilizando metodologia próxima observou-se que estas vão de encontro aos dados coletados. Além disso, reforçaram a interferência do excesso de peso em várias funções e estruturas do organismo e salientam a dor apresentada por estas pessoas ao realizar atividades físicas.

Quanto aos papéis ocupacionais percebeu-se que a obesidade mórbida pode interferir na aquisição, manutenção e perda dos papéis vivenciados ao longo do tempo, sendo evidente a dificuldade na capacidade laboral e em papéis que envolvem o estabelecimento de relações sociais.

Acredita-se que as informações coletadas com o presente estudo serão fundamentais para direcionar a avaliação e intervenção de profissionais de saúde, para possibilitar a população com obesidade mórbida diagnósticos funcionais mais adequados e, conseqüentemente, melhores intervenções profissionais.

Contudo, mesmo apresentando limitações relacionadas ao número e regionalização de participantes, a pesquisa apresentou dados significativos e adequados tanto para a validação do WHODAS 2.0 quanto para analisar os outros dados que se propôs obter.

REFERÊNCIAS

ABEDZADEH–KALAHROUDI, M. et al. Psychometric properties of the world health organization disability assessment schedule II-12 Item (WHODAS II) in trauma patients. **Injury**, v. 47, n. 5, p. 1104-1108, mai. 2016. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S002013831500769X>>. Acesso em: 15 ago. 2016.

ABESO. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica . **Diretrizes brasileiras de obesidade 2009/2010 / ABESO** - 3.ed. - Itapevi, SP : AC Farmacêutica, 2009. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/pdf/diretrizes_brasileiras_obesidade_2009_2010_1.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2016.

ABESO. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica . **Diretrizes brasileiras de obesidade 2016 / ABESO** - 4.ed. –São Paulo, SP : AC Farmacêutica, 2009. Disponível em: <<http://www.abeso.org.br/uploads/downloads/92/57fccc403e5da.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2016.

ALEXANDRE, NMC.; COLUCI, MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3061-3068, jul. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000800006>. Acesso em: 24 mar. 2017.

ALEXANDRE, NMC. et al. A confiabilidade no desenvolvimento e avaliação de instrumentos de medida na área da saúde. **Revista eletrônica de Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 802-809, 2013. Disponível em: <<https://revistas.ufg.br/fen/article/view/20776>>. Acesso em: 18 mar. 2017.

ALPERT, MA. et al. Impact of obesity and weight loss on cardiac performance and morphology in adults. **Progress in cardiovascular diseases**, v. 56, n. 4, p. 391-400, 2014. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033062013001564>>. Acesso em: 14 jun. 2016.

AMER, NM.; MARCON, SS.; SANTANA, RG. Índice de massa corporal e hipertensão arterial em indivíduos adultos no Centro-Oeste do Brasil. **Arq Bras Cardiol**, v. 96, n. 1, p. 47-53, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v96n1/aop14910>>. Acesso em: 14 set. 2016.

AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION, AOTA. Estrutura da prática da Terapia Ocupacional: domínio & processo. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**. 3ª Edição – Tradução de Alessandra Cavalcanti, Fabiana Caetano Martins Silva e Dutra, Valéria Meirelles Carril Elui. São Paulo, v. 26, p. 1–49. Abr. 2015. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/97496>>. Acesso em: 15 abr. 2016.

ARAÚJO, ES. de. CIF: uma discussão sobre linearidade no Modelo Biopsicossocial. **Revista Fisioterapia & Saúde Funcional**, v. 2, n. 1, p. 6-13, 2013. Disponível em:

<<http://www.fisioterapiaesaudefuncional.ufc.br/index.php/fisioterapia/article/view/313/pdf>>. Acesso em: 22 jan. 2016.

BARROS, L. et al. Qualidade de vida entre obesos mórbidos e pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 17, n. 2, p. 312-321, 2015.

Disponível em:

<http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/16437/1/2015_art_%20lmbarrros.pdf>. Acesso em: 11 mai. 2016.

BERIAULT, K. et al. Reproducibility of the 6-minute walk test in obese adults. **International journal of sports medicine**, v. 30, n. 10, p. 725-727, out. 2009. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19585400>>. Acesso em: 27 mai. 2016.

BLANCHARD, SA. Variables Associated With Obesity Among African-American Women in Omaha. **The American Journal of Occupational Therapy**. Jan, 2009. Disponível em:

<<http://ajot.aota.org/article.aspx?articleid=1869981>>. Acesso em 13 jul. 2016.

BLAND, JM.; ALTMAN, DG. Statistics notes: Cronbach's alpha. **BMJ**, v. 314, p. 572, 22 fev. 1997. Disponível em: <<http://www.bmj.com/content/bmj/314/7080/572.full.pdf>>. Acesso em: 21 nov. 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. p. 59, 13 jun. 2013. Disponível em:

<<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2015.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: Promulgada em 5 de outubro de 1988. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990. 168 p. (Série Legislação Brasileira).

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990. Disponível em:

<https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 22 ago. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 425, de 19 de março de 2013**. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424_19_03_2013_rep.html>. Acesso em: 17 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. **Portaria nº 483, de 01 de abril de 2014**. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html>. Acesso em: 17 Set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado

prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. **Portaria nº 424, de 19 de março de 2013**. Disponível em: <http://www.lex.com.br/legis_24569834_PORTARIA_N_424_DE_19_DE_MARCO_DE_2013.aspx>. Acesso em 10 abr. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. **Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 212 p. : Il. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_38.pdf>. Acesso em: 04 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 84 p.: Il. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/pnan2011.pdf>>. Acesso em: 22 Set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde**: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 76 p.: il. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos.pdf>. Acesso em 29 nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde. **Vigitel Brasil 2012**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 136 p.: il. Disponível em: <<http://www.abeso.org.br/uploads/downloads/74/553a2473e1673.pdf>>. Acesso em: 17 mai. 2015.

BRITTO, RR.; SOUSA, LAP. **Teste de caminhada de seis minutos**: uma normatização brasileira. Fisioter **Fisioterapia em movimento**, v. 19, n. 4, p. 49-54, 2006. Disponível em: <<https://periodicos.pucpr.br/index.php/fisio/article/view/18789>>. Acesso em: 15 jun. 2015.

CANOY, D. et al. Abdominal obesity and respiratory function in men and women in the EPIC-Norfolk Study, United Kingdom. **American Journal of Epidemiology**, v. 159, n. 12, p. 1140-1149, jan. 2004. Disponível em: <<http://aje.oxfordjournals.org/content/159/12/1140.full.pdf+html>>. Acesso em: 27 jan. 2015.

CASTRO, SS.de et al. Aferição de funcionalidade em inquéritos de saúde no Brasil: discussão sobre instrumentos baseados na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 19, n. 3, p. 679-687, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v19n3/1980-5497-rbepid-19-03-00679.pdf>>. Acesso em: 05 dez. 2016.

CASTRO, SS.; CASTANEDA, L.; SILVEIRA, H. Identificação de conteúdo comum entre o questionário do Inquérito de Saúde (ISA-SP) e a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 59, p. 59-70, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v17n1/pt_1415-790X-rbepid-17-01-00059.pdf>. Acesso em: 22 out. 2016.

CASTRO, SS.; LEITE, CF. Avaliação de Saúde e Deficiência: Manual do WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0). Tradução de Shamyr Sulyvan Castro, Camila Ferreira Leite. **Organização Mundial da Saúde**, 2015. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/274954713_Avaliacao_de_Saude_e_Deficiencia_Manual_do_WHO_Disability_Assessment_Schedule_WHODAS_20>. Acesso em: 19 ago. 2016.

CAWLEY J, RIZZO J, HAAS K. Occupation-specific absenteeism costs associated with obesity and morbid obesity. **Journal Occupational and Environmental Medicine**, v. 49, n. 12, p. 1317-1324, 2007. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18231079>>. Acesso em: 19 ago. 2015.

CHAGAS, M. O. et al. **Obesidade Mórbida: qualidade de vida e acessibilidade**. 105 f. Tese de dissertação de Mestrado-Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde, 2013. Disponível em: <<http://tede2.pucgoias.edu.br:8080/handle/tede/2930>>. Acesso em: 26 abr. 2015.

CHANG, C-Y. et al. Health-related quality of life in adult patients with morbid obesity coming for bariatric surgery. **Obesity surgery**, v. 20, n. 8, p. 1121-1127, ago. 2010. Disponível em: <<http://link.springer.com/article/10.1007/s11695-008-9513-z>>. Acesso em: 10 mar. 2015.

CHEN, X. et al. Adipokines in reproductive function: a link between obesity and polycystic ovary syndrome. **Journal of molecular endocrinology**, v. 50, n. 2, p. 21-37, 18 mar. 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23335807>>. Acesso em 29 ago. 2016.

CHIU, T-Y. et al. Development of traditional Chinese version of World Health Organization disability assessment schedule 2.0 36--item (WHODAS 2.0) in Taiwan: validity and reliability analyses. **Research in developmental disabilities**, v. 35, n. 11, p. 2812-2820, nov. 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25094056>>. Acesso em: 08 mai. 2014.

CORDEIRO, JJR. **Validação da lista de identificação de papéis ocupacionais em pacientes portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) no Brasil** 111 f. Tese (Mestrado) Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-graduação em Reabilitação, 2005. Disponível em: <<http://livros01.livrosgratis.com.br/cp052560.pdf>>. Acesso em 25 abr. 2015.

COSTA ACC., IVO ML., CANTERO WB., TOGNINI JRF. Obesidade em pacientes candidatos a cirurgia bariátrica. **Escola Paulista de Enfermagem**. v. 22, n. 1, p. 55-59, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/apv/v22n1/a09v22n1.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2016.

CUNHA, CM.; ALMEIDA NETO, OP. de; STACKFLETH, Renata. Principais Métodos de Avaliação Psicométrica da Validade de Instrumentos de Medida. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 14, n. 47, p. 75-83, 2016. Disponível em: <http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/3391>. Acesso em 16 mar. 2017

DA CRUZ, DMC.; EMMEL, MLG. Papéis ocupacionais de pessoas com deficiências físicas: diferenças de gênero e ciclos de desenvolvimento. **Revista Baiana de Terapia Ocupacional**, v. 1, n. 1, p. 4-24, dez. 2012. Disponível em: <<https://www5.bahiana.edu.br/index.php/terapiaocupacional/article/view/124/143>>. Acesso em 19 jun. 2016.

DANCEY, CP.; REIDY, J. **Estatística sem matemática para psicologia**. 5ª ed. Porto Alegre: Penso, 2013. 608 p.

DANTAS, RAS. **Adaptação cultural e validação do Questionário de Senso de Coerência de Antonovsky em uma amostra de pacientes cardíacos brasileiros**. 2007. 183 f. Tese (Professor Livre-Docente, referência MS-5)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2007. Disponível em: <http://www.uc.pt/en/fmuc/phdhs/Courses/HealthandDevelopment/LIVRE-DOCA_NCIA_ROSANA_APARECIDA_SPADOTI_DANTAS_1_.pdf>. Acesso em: 05 jun. 2015

DE CARVALHO AGUIAR, I. et al. Características Clínicas, Funcionais e Variáveis Polissonográficas de Pacientes de um Laboratório de Pesquisa em Distúrbios do Sono. **Journal of Health Sciences**, v. 13, n. 4, p. 227-231, set. 2015. Disponível em: <<http://pgsskroton.com.br/seer/index.php/JHealthSci/article/view/1109/1065>>. Acesso em: 10 nov. 2016.

DE OLIVEIRA, DM.; MERIGHI, MAB; DE JESUS, MCP. A decisão da mulher obesa pela cirurgia bariátrica à luz da fenomenologia social. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 6, p. 970-976, out. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n6/pt_0080-6234-reeusp-48-06-0970.pdf>. Acesso em: 28 mai. 2015.

DE OLIVEIRA, LR; PUTTINI, RF; PEREIRA JUNIOR, A. Modelos explicativos em Saúde Coletiva: abordagem biopsicossocial e auto-organização. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 753-767, abr. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n3/v20n3a04.pdf>>. Acesso em: 22 mai. 2015.

DERMAN, EW. et al. Healthy lifestyle interventions in general practice: Part 16: Lifestyle and fibromyalgia. **South African Family Practice**, v. 53, n. 6, p. 511-515, 2011. Disponível em: <<http://www.safpj.co.za/index.php/safpj/article/view/2201/2928>>. Acesso em: 09 jun. 2016.

DEVON, HA. et al. A psychometric toolbox for testing validity and reliability. **Journal of Nursing scholarship**, v. 39, n. 2, p. 155-164, jun. 2007. Disponível em: <http://www.unboundmedicine.com/medline/citation/17535316/A_psychometric_toolbox_for_testing_validity_and_reliability>. Acesso em: 03 jan. 2016.

DI NUBILA, HBV; BUCHALLA, CM. O papel das Classificações da OMS - CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 11, n. 2, p. 324–335, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v11n2/14.pdf>>. Acesso em: 22 mai. 2015.

DIETZ, WH. et al. Management of obesity: improvement of health-care training and systems for prevention and care. **The Lancet**, v. 385, p. 2521-2533, fev. 2015. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(14\)61748-7.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(14)61748-7.pdf)>. Acesso em: 21 dez. 2016.

DO NASCIMENTO SANTOS, H.; LIMA, JM S.; DE SOUZA, MFC. Estudo comparativo da evolução nutricional de pacientes candidatos à cirurgia bariátrica assistidos pelo Sistema Único de Saúde e pela Rede Suplementar de Saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 5, p. 1359-1365, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n5/1413-8123-csc-19-05-01359.pdf>>. Acesso em: 21 dez. 2016.

EKMAN, MJ. et al. Six-minute walk test before and after a weight reduction program in obese subjects. **Obesity**, v. 21, n. 3, p. E236-E243, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23404845>>. Acesso em: 08 mai. 2015.

ENRIGHT, PL. The six-minute walk test. **Respiratory Care**, v. 48, n. 8, p. 783-785, ago. 2003. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12890299>>. Acesso em: 07 abr. 2015.

EWERT, T. et al. Identification of the most common patient problems in patients with chronic conditions using the ICF checklist. **Journal of Rehabilitation Medicine**, v. 36, n. 44, p. 22-29, jul. 2004. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15370744>>. Acesso em: 07 abr. 2015.

FEDERICI, S. et al. World Health Organization disability assessment schedule 2.0: An international systematic review. **Disability and Rehabilitation**, v. 39, n. 23, p. 2347-2380, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27820966>>. Acesso em: 09 dez. 2016.

FERTONANI, HP. et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1869-1878, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v20n6/1413-8123-csc-20-06-1869.pdf>>. Acesso em: 25 mai. 2016.

FIGUEIREDO FILHO, D.; SILVA JÚNIOR, J. Desvendando os Mistérios do Coeficiente de Correlação de Pearson (r)*. **Revista Política Hoje**, v. 18, n. 1, p. 115-146, 2009. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/politica hoje/article/view/3852/3156>>. Acesso em: 09 dez. 2016.

FLECK, MP. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 178–183, abr. 2000. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rsp/article/viewFile/25001/26829>>. Acesso em: 11 ago. 2015.

FONTOURA N, et al. Pesquisas de uso do tempo no Brasil: contribuições para a formulação de políticas de conciliação entre trabalho, família e vida pessoal. **Revista Econômica**. v. 12, n. 1, p. 11–46, jun. 2010. Disponível em: <<http://www.revistaeconomica.uff.br/index.php/revistaeconomica/article/viewFile/10/9>> Acesso em: 10 jan. 2015.

FORHAN, M.; GILL, SV. Obesity, functional mobility and quality of life. **Best Practice & Research. Clinical Endocrinology & Metabolism**, v. 27, n. 2, p. 129-137, abr. 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23731875>>. Acesso em: 08 mar. 2016.

GARIN BO. et al. Validation of the “World Health Organization Disability Assessment Schedule, WHODAS-2” in patients with chronic diseases. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 8, n. 51, p. 1-15, mai. 2010. Disponível em: <<http://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7525-8-51>>. Acesso em: 08 mar. 2015.

GATINEAU M, HANCOCK C, DENT M. Obesity and disability Adults. **Public Health England, London**, 2013. Disponível em: <http://www.noo.org.uk/uploads/doc/vid_18474_obesity_dis.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2016.

GONTIJO, PL. et al. Correlação da espirometria com o teste de caminhada de seis minutos em eutróficos e obesos. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 57, n. 4, p. 387-393, abr. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v57n4/v57n4a10.pdf>>. Acesso em: 14 mar. 2016.

GORTMAKER, SL. et al. Changing the future of obesity: science, policy, and action. **The Lancet**, v. 378, n. 9793, p. 838-847, ago. 2011. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(11\)60815-5.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(11)60815-5.pdf)>. Acesso em: 13 mar. 2015.

HENRIQUES, P; DIAS, PC.; BURLANDY, L. A regulamentação da propaganda de alimentos no Brasil: convergências e conflitos de interesses. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, n. 6, p. 1219-1228, jun. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n6/0102-311X-csp-30-6-1219.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. DIRETORIA DE PESQUISAS. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Gerência da Pesquisa de Orçamentos Familiares. **Pesquisa de Orçamentos familiares, 2008-2009**. Brasil, ago. 2010. 42 slides. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/0000000108.pdf>>. Acesso em: 05 out. 2015.

JAGIELSKI, AC. et al. The association between adiposity, mental well-being, and quality of life in extreme obesity. **PloS one**, v. 9, n. 3, p. e92859 1-8, mar. 2014. Disponível em: <<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0092859>>. Acesso em: 11 out. 2016.

JUNGHEIM, ES. et al. Obesity and reproductive function. **Obstetrics and gynecology clinics of North America**, v. 39, n. 4, p. 479-493, dez. 2012. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3520133/pdf/nihms408186.pdf>>. Acesso em 12 jan. 2015.

KOLOTKIN, RL.; ZUNKER, C.; ØSTBYE, T. Sexual functioning and obesity: a review. **Obesity**, v. 20, n. 12, p. 2325-2333, dez. 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/articles/22522887/>>. Acesso em: 12 mai. 2015.

LEE, YJ. et al. Validation of the Korean translation of obesity-related problems scale assessing the quality of life in obese Korean. **Journal of the Korean Surgical Society**, v. 84, n. 3, p. 140-153, fev. 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3594641/>>. Acesso em: 12 dez. 2016.

LIU, T-H; PI-SUNYER, FX.; LAFERRERE, Blandine. Physical disability and obesity. **Nutrition reviews**, v. 63, n. 10, p. 321-331, out. 2005. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16295145>>. Acesso em: 14 jan. 2015.

LITTLETON, SW. Impact of obesity on respiratory function. **Respirology**, v. 17, n. 1, p. 43-49, jan. 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22040049>>. Acesso em: 14 jan. 2016.

MALTA, DC. et al. Evolução anual da prevalência de excesso de peso e obesidade em adultos nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal entre 2006 e 2012. **REVISTA BRASILEIRA DE EPIDEMIOLOGIA**, p. 267-276, mai. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v17s1/pt_1415-790X-rbepid-17-s1-00267.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2016.

MANGNER, N. et al. Childhood obesity: impact on cardiac geometry and function. **JACC: Cardiovascular Imaging**, v. 7, n. 12, p. 1198-1205, dez. 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25306542>>. Acesso em: 10 jan. 2015.

MARCON, ER.; GUS, I.; NEUMANN, CR. Impacto de um programa mínimo de exercícios físicos supervisionados no risco cardiometabólico de pacientes com obesidade mórbida. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**. São Paulo. v. 55, n. 5, p. 331-338, jun. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abem/v55n5/a06v55n5.pdf>>. Acesso em: 14 jan. 2015.

MARCUZZO, M.; PICH, S.; DITTRICH, MG. A construção da imagem corporal de sujeitos obesos e sua relação com os imperativos contemporâneos de embelezamento corporal. **Interface**, v. 16, n. 43, p. 943-954, dez. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n43/aop4212.pdf>>. Acesso em: 14 mai. 2016.

MARTINS, GA. Sobre Confiabilidade e Validade. **Revista Brasileira de Gestão de Negócios**, v. 8, n. 20, p. 1-12, fev. 2006. Disponível em: <<https://rbgn.fecap.br/RBGN/article/download/51/272>>. Acesso em: 25 mar. 2015.

MATTOS, RS.; REIS, VVC. Esforço cotidiano de dizer não às “coisas boas da vida”: um estudo de caso com pessoas obesas que recebem acompanhamento nutricional. **CERES: Nutrição & Saúde**. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Nutrição, v. 6, n. 1, p. 45-60, 2011. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/ceres/article/view/1970/2985>>. Acesso em: 02 dez. 2016.

MCDOWELL, I. **Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires**, Third Edition. New York: Oxford University Press, 2006. 765 p. Disponível em: <www.fundacion-salto.org/documentos/Measuring%20Health.pdf>. Acesso em: 02 dez. 2016.

MORAES, JM.; CAREGNATO, RCA.; SCHNEIDER, DS. Qualidade de vida antes e após a cirurgia bariátrica. **Escola Paulista de Enfermagem**, v. 27, n. 2, p. 157-64, abr. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/apv/v27n2/0103-2100-ape-27-02-0157.pdf>>. Acesso em 01 ago. 2016.

MORENO, CAS. et al. Caracterização das mudanças psicológicas ocasionadas em indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica. **Encontro: Revista de Psicologia**, v. 14, n. 20, p. 99-116, 2011. Disponível em: <<http://pgsskroton.com.br/seer/index.php/renc/article/view/2508/2402>>. Acesso em: 03 dez. 2016.

MORRIS, LD. et al. Cross-cultural adaptation and validation of the South African Pain Catastrophizing Scale (SA-PCS) among patients with fibromyalgia. **Health and quality of life outcomes**, v. 10, n. 137, p. 1-13, nov. 2012. Disponível em: <<https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7525-10-137>>. Acesso em: 14 jan. 2016.

MURRAY, CJL.; LOPEZ, AD. Measuring the global burden of disease. **New England Journal of Medicine**, v. 369, n. 5, p. 448-457, ago. 2013. Disponível em: <<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMra1201534#t=article>>. Acesso em: 09 fev. 2016.

OLIVEIRA, DS. et al. Avaliação do Risco Cardiovascular Segundo os Critérios de Framingham em Pacientes Com Diabetes Tipo 2. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v. 51, n. 2, p. 268-274, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abem/v51n2/15.pdf>>. Acesso em: 10 mai. 2015.

OLIVEIRA, IV. **Cirurgia bariátrica no âmbito do Sistema Único de Saúde: tendências, custos e complicações**. 89 f. Mestrado em Ciências da Saúde. Universidade de Brasília 2007. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/2930/1/2007_IsabellaVasconcellosdeOliveira.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2015.

OLIVEIRA, ML. **Estimativa dos custos da obesidade para o Sistema Único de Saúde do Brasil**. 109 f. Tese (Doutorado em Nutrição Humana) – Faculdade de Ciências da Saúde/Universidade de Brasília, Brasília 2013. Disponível em: <http://www.repositorio.unb.br/bitstream/10482/13323/1/2013_MicheleLessadeOliveira.pdf> Acesso em: 18 abr. 2015

OMS. Organização Mundial de Saúde. **CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade e Incapacidade e Saúde**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo - EDUSP, 2003.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Mulheres e saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã**. Brasil: 2011: 112 p. Disponível em: <http://www.who.int/ageing/mulheres_saude.pdf>. Acesso em: 12 mai. 2015.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Obesity: preventing and managing the global epidemic**. Genebra, 2000. 268 p. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_894.pdf>. Acesso em: 12 mai. 2015.

PAIM, J., TRAVASSOS, C., ALMEIDA, C., BAHIA, L., & MACINKO, J.. Saúde no Brasil. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**. v. 6736, n. 11, p. 60054-60058, mai. 2011. Disponível em: <http://actbr.org.br/uploads/conteudo/925_brazil1.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2016.

PALMER, NO. et al. Impact of obesity on male fertility, sperm function and molecular composition. **Spermatogenesis**, v. 2, n. 4, p. 253-263, out. 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3521747>>. Acesso em: 24 mai. 2015.

PAPALIA, DE.; FELDMAN, RD. **Desenvolvimento humano**. Amgh Editora, 12 ed. 2013.

PARADOWSKI, PT. et al. Cross-cultural translation and measurement properties of the Polish version of the Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS) following anterior cruciate ligament reconstruction. **Health and quality of life outcomes**, v. 11, n. 107, p. 1-7, jun. 2013. Disponível em: <<https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7525-11-107>>. Acesso em: 09 jun. 2016.

PEREIRA, ÉF.; TEIXEIRA, CS.; SANTOS, A. **Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação**. Revista Brasileira de Educação Física e Esporte, v. 26, n. 2, p. 241-250, 2012. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rbefe/article/view/45895/49498>>. Acesso em: 18 out. 2015.

POLIT, DF.; BECK, CT.; HUNGLER, BP. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 669p.

POZZATI, R. et al. O cuidado na saúde dos homens: realidade e perspectivas. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 21, n. 4, p. 540-545, abr. 2013. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/10032/7821>>. Acesso em: 01 dez. 2016.

REJESKI, WJ. et al. Lifestyle change and mobility in obese adults with type 2 diabetes. **New England Journal of Medicine**, v. 366, p. 1209-1217, mar. 2012. Disponível em: <<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1110294#t=article>>. Acesso em: 10 mai. 2015.

RIBERTO, M. Core sets da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 5, p. 938-946, set. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n5/a21v64n5.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2015.

ROCHA, IEGM. et al. Avaliação Ecocardiográfica em Obesos Graves Assintomáticos. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia** 2007; v. 88, n. 1, p. 52-58, ago. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v88n1/a09v88n1.pdf>>. Acesso em: 19 fev. 2015.

SALOME, CM.; KING, GG.; BEREND, N. Physiology of obesity and effects on lung function. **Journal of Applied Physiology**, v. 108, n. 1, p. 206-211, jan. 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19875713>>. Acesso em: 10 out. 2015.

SAMPAIO, RF. et al. Aplicação da classificação internacional da funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF) na prática clínica do fisioterapeuta. **Rev Bras Fisioter**, v. 9, n. 2, p. 129-136, 2005. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/riipsa/resource/pt/lil-429730>>. Acesso em: 26 fev. 2015.

SAMPAIO, RF.; LUZ, MT. Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial da Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 3, p. 475-483, mar. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v25n3/02.pdf>>. Acesso em: 28 jan. 2015.

SANTOS, LMP. et al. Trends in morbid obesity and in bariatric surgeries covered by the Brazilian Public Health System. **Obesity surgery**, v. 20, n. 7, p. 943-948, jul. 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18536975>>. Acesso em: fev. 2015.

SILVA RIBEIRO, MA et al. Estudos de Validação na Enfermagem: Revisão Integrativa. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 14, n. 1, p. 218-228, 2013. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027985024>>. Acesso em 23 mar. 2017

SILVA, RLDT. et al. Avaliação da implantação do programa de assistência às pessoas com hipertensão arterial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 1, p. 79-87, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n1/0034-7167-reben-69-01-0079.pdf>>. Acesso em 10 dez. 2016.

SILVA, TGP. **A influência dos papéis ocupacionais na qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia**. 2011. 116 f. Tese (Mestrado em Saúde Mental) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP, São Paulo, 2011. Disponível Em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17148/tde-15082011-125119/pt-br.php>>. Acesso em: 06 set. 2016.

SILVEIRA, LS.. **World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0)**: revisão de literatura dos processos de validação em grupos distintos e aferição das propriedades psicométricas da versão brasileira para cegos. 2016. 81f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) - Programa de Pós-Graduação em Educação Física, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, 2016. Disponível em: <<http://bdtd.uftm.edu.br/handle/tede/228>>. Acesso em: 02 ago. 2016.

SIRTORI, Anna et al. Obesity Is a Marker of Reduction in QoL and Disability. **The Scientific World Journal**, v. 2012, dez.2011 p. 6. Disponível em: <<https://www.hindawi.com/journals/tswj/2012/167520/>>. Acesso em: 26 out. 2016

SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL (SISVAN). **Obesidade Mórbida no Brasil**. Brasil [entre 2004 e 2015]. Disponível em:

<http://nutricao.saude.gov.br/docs/boletimSisvan/estudo_obesidade_morbida.pdf>. Acesso em: 07 out. 2015.

STEFFEN, KJ. et al. Sexual functioning of men and women with severe obesity before bariatric surgery. **Surgery for Obesity and Related Diseases**, v. 13, n. 2, p. 334-343, fev. 2017. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1550728916307213>>. Acesso em: 10 dez. 2016.

TRINDADE, EM. et al. Cirurgia para tratamento da obesidade mórbida: princípios básicos. **Revista Hospital de Clínicas de Porto Alegre**, v. 33, n. 2, p. 142-149, 2013. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/35913>>. Acesso em: 02 nov. 2016.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO. Biblioteca Universitária **Manual para elaboração de trabalhos acadêmicos baseado nas normas de documentação da ABNT / Universidade Federal do Triângulo Mineiro**, Biblioteca Universitária; organizado por Beatriz Gabellini Alves, Rachel Inês da Silva, Maira Silveira de Almeida. 2. ed. rev. atual. - 2013. 107 f. Disponível em: <<http://www.uftm.edu.br/biblioteca/manual-para-apresentacao-de-trabalhos-academicos>>. Acesso em: jan. 2015

ÜSTÜN, T B. Et al. **Measuring health and disability**: manual for WHO disability assessment schedule WHODAS 2.0. World Health Organization, Malta, 2010. 152 p. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43974/1/9789241547598_eng.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2015.

VIEIRA KLD, GOMES VLO, BORBA MR, COSTA CFS. Atendimento da população masculina em unidade básica saúde da família: motivos para a (não) procura. **Escola Anna Nery**. V. 17, n. 1, p. 120-127, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452013000100017>>. Acesso em: out. 2016.

WANDERLEY, EN; FERREIRA, VA. Obesidade: uma perspectiva plural. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 185-194, 2010. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n1/a24v15n1.pdf>>. Acesso em: 29 mai. 2015.

XENOULI, Georgia et al. Validation of the World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHO-DAS II) in Greek and its added value to the Short Form 36 (SF-36) in a sample of people with or without disabilities. **Disability and health journal**, v. 9, n. 3, p. 518-523, jul. 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26996759>>. Acesso em: 14 dez. 2016.

ZAIDEN MP. **Qualidade de vida, desempenho de papéis ocupacionais e uso do tempo na percepção de indivíduos obesos pré e pós cirurgia bariátrica**. Universidade Federal de São Carlos. Dissertação (Mestrado) 2014.110 p. Disponível em: <<https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/6894>>. Acesso em: 16 ago. 2016.

ZHAO, HP. et al. Activity limitation and participation restrictions of breast cancer patients receiving chemotherapy: psychometric properties and validation of the Chinese version of the WHODAS 2.0. **Quality of Life Research**, v. 22, n. 4, p. 897-906, jun. 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/articles/22684528/>>. Acesso em: 10 dez. 2016.

APÊNDICE A – ENTREVISTA INICIAL

Entrevista Inicial

MODELO DE ROTEIRO PARA ENTREVISTA INICIAL – PROJETO DE MESTRADO:
VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO WHODAS 2.0 PARA PESSOAS COM OBESIDADE
MÓRBIDA

Data da entrevista: ____/____/____

Nome do entrevistador: _____

Dados iniciais:

Nome completo do entrevistado:

Endereço:

B – Dados demográficos e sócio-econômicos

1 - Data de nascimento: ____/____/____ 02- Idade: ____ anos completos

3- Sexo:

3.1 () Masculino 3.2 () Feminino mm m

4- Estado civil:

4.1 () Solteiro

4.4 () Divorciado

4.2 () Casado

4.5 () Amasiado/Mora junto

4.3 () Separado

5- Tem filhos? 5.1 () Não 5.2 () Sim Quantos? _____

6 - Composição familiar:

6.1 () Mãe

6.4 () Tios

6.2 () Pai

6.5 () Filhos

6.3 () Avós

6.6 () _____ Cônjuge

6.7 () Outros. Especifique: _____

7- Tipo de moradia/imóvel:

7.1 () Próprio

7.3 () Emprestado ou cedido

7.2 () Aluguel

7.4 () Construído em lote de parente

7.5 () Outro. Especifique: _____

8 – Nível de escolaridade (anos de estudo):

- | | |
|---------------------------------------|------------------------------------|
| 8.1 () Analfabeto | 8.5 () Ensino médio completo |
| 8.2 () Ensino fundamental incompleto | 8.6 () Ensino superior incompleto |
| 8.3 () Ensino fundamental completo | 8.7 () Ensino superior completo |
| 8.4 () Ensino médio incompleto | |

9- Atual situação de trabalho/ remuneração:

- 9.1 () Sim. Função: _____
- 9.2 () Não
- 9.3 () Aposentado. Motivo do benefício: _____

10 – Renda Familiar (Incluir renda de todos que colaboram com as despesas do lar):

C – Condições clínicas de saúde

- 11 - Altura: _____
- 12 - Peso: _____
- 13- IMC/CA: _____

14 - Há quanto tempo recebeu o diagnóstico de obesidade mórbida?

15 – Apresenta sobrepeso ou obesidade desde:

- 15.1 () Infância (0 a 9 anos completos)
- 15.2 () Adolescência (10 a 19 anos completos)
- 15.3 () Adulto (20 a 59 anos completos)

16 – Existe outros casos de obesidade mórbida na família? (Pais, mães, irmãos, avós, filhos)

- 16.1 () Não 16.2 () Sim

17- Apresenta alguma(s) comorbidade(s) associada à obesidade mórbida? (Possível citar mais de uma alternativa)

- | | |
|------------------------------------|--------------------------------|
| 17.1 () Nenhuma | 17.5 () doença osteoarticular |
| 17.2 () Diabetes Mellitus tipo II | |
| 17.3 () Hipertensão arterial | |
| 17.4 () Doença cardiovascular | |

17.6 Outra(s). Especifique: _____

18 - Realiza uso de medicamento(s) de uso contínuo? Especifique:

19 – Realiza acompanhamento de quais profissionais da saúde? (Possível citar mais de uma alternativa).

19.1 () Médico Endocrinologista

19.2 () Nutricionista

19.3 () Psicólogo

19.4 () Fisioterapeuta

19.5 () Terapeuta Ocupacional

19.6 () Educador físico

19.7 Outro(s). Especifique: _____

Assinatura do entrevistado

Assinatura do entrevistador

Entrevista inicialmente elaborada pelos pesquisadores: Prof. Dr. Shamyry Sulyvan de Castro e Mestranda Kátia Arianne Borges em maio de 2015.

ANEXO A – World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0)

WHODAS 2.0 VERSÃO DE 36 ITENS, ADMINISTRADA POR ENTREVISTADOR



WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

Versão de 36 itens, administrada por entrevistador

Introdução

Este documento foi desenvolvido pela equipe de *Classificação, Terminologia e Padronizações* da OMS, com a estrutura do Projeto Conjunto de Avaliação e Classificação de Incapacidade - OMS/ Institutos Nacionais de Saúde.

Antes de usar este instrumento, os entrevistadores devem ser treinados usando o manual *Avaliação de Saúde e Deficiência: Manual para o WHO Disability Assessment Schedule – WHODAS 2.0* - (WHO 2010), que inclui um guia de entrevista e outros materiais de treinamento.

As versões de entrevistas disponíveis são as que se seguem:

- 36 itens – Administrada por entrevistador^a
- 36 itens – Auto-administrada
- 36 itens – Administrada ao proxy^b
- 12 itens – Administrada por entrevistador^c
- 12 itens – Auto-administrada
- 12 itens – Administrada ao proxy^b
- 12+24 itens – Administrada por entrevistador

^a Uma versão computadorizada da entrevista (*iShell*) está disponível para entrevistas assistidas por computador ou para a entrada de dados.

^b Parentes, amigos ou cuidadores.

^c A versão de 12 itens explica 81% da variância da versão mais detalhada de 36 itens.

Para mais detalhes das versões, por favor, consulte o WHODAS 2.0 manual *Avaliação de Saúde e Deficiência: Manual para o WHO Disability Assessment Schedule – WHODAS 2.0* - (WHO 2010).

Permissões para tradução deste instrumento em qualquer idioma devem ser obtidas da OMS, e todas as traduções devem ser preparadas de acordo com as diretrizes para tradução da OMS, como detalhado no manual de acompanhamento.

Para informações adicionais, por favor, visite www.who.int/whodas ou contate:

Dr T Bedirhan Üstün
Classification, Terminology and Standards
Health Statistics and Informatics
World Health Organization (WHO)
1211 Geneva 27
Switzerland

Tel: + 41 22 791 3609
E-mail: ustunb@who.int



WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

36

Entrevista

Este questionário contém a versão de 36 itens do WHODAS 2.0 aplicado por entrevista.

Instruções para os entrevistadores estão escritas em negrito e itálico – não leia em voz alta.

O texto a ser lido para o entrevistado está escrito

em letra padrão azul.

Leia este texto em voz alta

Seção 1 Folha de rosto

Complete os itens F1-F5 antes de iniciar cada entrevista				
F1	Número da identidade do entrevistado			
F2	Número da identidade do entrevistador			
F3	Momento da avaliação (1, 2, etc.)			
F4	Data da entrevista			
		dia	mês	ano
F5	Condição em que vive no momento da entrevista (marque apenas uma alternativa)	Independente na comunidade		1
		Vive com assistência		2
		Hospitalizado		3



WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

36

Entrevista

Seção 2 Informações gerais e demográficas

Esta entrevista foi desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para melhor compreender as dificuldades que as pessoas podem ter em decorrência de sua condição de saúde. As informações que você fornecer nessa entrevista são confidenciais e serão usadas exclusivamente para pesquisa. A entrevista terá duração de 15-20 minutos.

Para respondentes da população em geral (não a população clínica) diga:

Mesmo se você for saudável e não tiver dificuldades, eu preciso fazer todas as perguntas do questionário para completar a entrevista.

Eu vou começar com algumas perguntas gerais.

A1	Anote o sexo da pessoa conforme observado	Feminino	1
		Masculino	2
A2	Qual sua idade?	_____ anos	
A3	Quantos anos no total você passou estudando em escola, faculdade ou universidade?	_____ anos	
A4	Qual é o seu estado civil atual? (Escolha a melhor opção)	Nunca se casou	1
		Atualmente casado(a)	2
		Separado(a)	3
		Divorciado(a)	4
		Viúvo(a)	5
		Mora junto	6
A5	Qual opção descreve melhor a situação da sua principal atividade de trabalho? (Escolha a melhor opção)	Trabalho remunerado	1
		Autônomo(a), por exemplo, é dono do próprio negócio ou trabalha na própria terra	2
		Trabalho não remunerado, como trabalho voluntário ou caridade	3
		Estudante	4
		Dona de casa	5
		Aposentado(a)	6
		Desempregado(a) (por problemas de saúde)	7
		Desempregado(a) (outras razões)	8
		Outros (especifique)	9



WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

36

Entrevista

Seção 3 Introdução

Diga ao(à) respondente:

A entrevista é sobre as dificuldades que as pessoas têm por causa de suas condições de saúde.

Dê o cartão resposta nº1 ao(à) respondente e diga:

Por condições de saúde quero dizer doenças ou enfermidades, ou outros problemas de saúde que podem ser de curta ou longa duração; lesões; problemas mentais ou emocionais; e problemas com álcool ou drogas.

Lembre-se de considerar todos os seus problemas de saúde enquanto responde às questões. Quando eu perguntar sobre a dificuldade em fazer uma atividade pense em ...

Aponte para o cartão resposta nº1 e explique que a “dificuldade em fazer uma atividade” significa:

- Esforço aumentado
- Desconforto ou dor
- Lentidão
- Alterações no modo de você fazer a atividade.

Diga ao(à) respondente:

Quando responder, gostaria que você pensasse nos últimos 30 dias. Eu gostaria ainda que você respondesse essas perguntas pensando em quanta dificuldade você teve, em média, nos últimos 30 dias, enquanto você fazia suas atividades como você costuma fazer.

Dê o cartão resposta nº2 ao(à) respondente e diga:

Use essa escala ao responder.

Leia a escala em voz alta:

Nenhuma, leve, moderada, grave, extrema ou não consegue fazer.

Certifique-se de que o(a) respondente possa ver facilmente os cartões resposta nº1 e nº2 durante toda a entrevista.



WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

36

Entrevista

Seção 4 Revisão dos domínios

Domínio 1 Cognição

Eu vou fazer agora algumas perguntas sobre compreensão e comunicação.

Mostre os cartões resposta nº1 e nº2 para o(a) respondente

Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade você teve em:		Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D1.1	Concentrar-se para fazer alguma coisa durante dez minutos?	1	2	3	4	5
D1.2	Lembrar-se de fazer coisas importantes?	1	2	3	4	5
D1.3	Analisar e encontrar soluções para problemas do dia-a-dia?	1	2	3	4	5
D1.4	Aprender uma nova tarefa, por exemplo, como chegar a um lugar desconhecido?	1	2	3	4	5
D1.5	Compreender de forma geral o que as pessoas dizem?	1	2	3	4	5
D1.6	Começar e manter uma conversa?	1	2	3	4	5

Domínio 2 Mobilidade

Agora vou perguntar para você sobre dificuldades de locomoção e/ou movimentação.

Mostre os cartões resposta nº1 e nº2

Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade você teve em:		Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D2.1	Ficar em pé por longos períodos como 30 minutos?	1	2	3	4	5
D2.2	Levantar-se a partir da posição sentada?	1	2	3	4	5
D2.3	Movimentar-se dentro de sua casa?	1	2	3	4	5
D2.4	Sair da sua casa?	1	2	3	4	5
D2.5	Andar por longas distâncias como por 1 quilômetro?	1	2	3	4	5

Por favor, continue na próxima página...



WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

36

Entrevista

Domínio 3 Auto-cuidado

Agora eu vou perguntar a você sobre as dificuldades em cuidar de você mesmo(a).

Mostre os cartões resposta nº1 e nº2

Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade você teve em:	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D3.1 Lavar seu corpo inteiro?	1	2	3	4	5
D3.2 Vestir-se?	1	2	3	4	5
D3.3 Comer?	1	2	3	4	5
D3.4 Ficar sozinho sem a ajuda de outras pessoas por alguns dias?	1	2	3	4	5

Domínio 4 Relações Interpessoais

Agora eu vou perguntar a você sobre dificuldades nas relações interpessoais. Por favor, lembre-se que eu vou perguntar somente sobre as dificuldades decorrentes de problemas de saúde. Por problemas de saúde eu quero dizer doenças, enfermidades, lesões, problemas emocionais ou mentais e problemas com álcool ou drogas.

Mostre os cartões resposta nº1 e nº2

Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade você teve em:	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D4.1 Lidar com pessoas que você não conhece?	1	2	3	4	5
D4.2 Manter uma amizade?	1	2	3	4	5
D4.3 Relacionar-se com pessoas que são próximas a você?	1	2	3	4	5
D4.4 Fazer novas amizades?	1	2	3	4	5
D4.5 Ter atividades sexuais?	1	2	3	4	5

Por favor, continue na próxima página...



WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

36

Entrevista

Domínio 5 Atividades de vida

5(1) Atividades domésticas

Eu vou perguntar agora sobre atividades envolvidas na manutenção do seu lar e do cuidado com as pessoas com as quais você vive ou que são próximas a você. Essas atividades incluem cozinhar, limpar, fazer compras, cuidar de outras pessoas e cuidar dos seus pertences.

Mostre os cartões resposta nº1 e nº2

Por causa de sua condição de saúde, nos últimos 30 dias, quanta dificuldade você teve em:	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D5.1 Cuidar das suas responsabilidades domésticas?	1	2	3	4	5
D5.2 Fazer bem as suas tarefas domésticas mais importantes?	1	2	3	4	5
D5.3 Fazer todas as tarefas domésticas que você precisava?	1	2	3	4	5
D5.4 Fazer as tarefas domésticas na velocidade necessária?	1	2	3	4	5

Se qualquer das respostas de D5.2-D5.5 for maior que "nenhuma" (codificada como "1"), pergunte:

D5.01	Nos últimos 30 dias, quantos dias você reduziu ou deixou de fazer as tarefas domésticas por causa da sua condição de saúde?	Anote o número de dias _____
-------	---	------------------------------

Se o(a) respondente trabalha (remunerado, não-remunerado, autônomo) ou vai à escola, complete as questões D5.5-D5.10 na próxima página. Caso contrário, pule para D6.1 na página seguinte.



WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

36

Entrevista

5(2) Atividades escolares ou do trabalho

Agora eu farei algumas perguntas sobre suas atividades escolares ou do trabalho.

Mostre cartões resposta nº1 e nº2

Por causa da sua condição de saúde, nos últimos 30 dias, quanta dificuldade você teve em:	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D5.5 Suas atividades diárias do trabalho/escola?	1	2	3	4	5
D5.6 Realizar <u>bem</u> as atividades <u>mais</u> importantes do trabalho/escola?	1	2	3	4	5
D5.7 Fazer todo o trabalho que você precisava?	1	2	3	4	5
D5.8 Fazer todo o trabalho na velocidade necessária?	1	2	3	4	5
D5.9 Você já teve que <u>reduzir a intensidade</u> do trabalho por causa de uma condição de saúde?	Não				1
	Sim				2
D5.10 Você <u>ganhou menos dinheiro</u> como resultado de uma condição de saúde?	Não				1
	Sim				2

Se qualquer das respostas de D5.5-D5.8 for maior que "nenhuma" (codificada como "1"), pergunte:

D5.02	Nos últimos 30 dias, por quantos dias você <u>deixou de trabalhar por meio dia ou mais</u> por causa da sua condição de saúde?	Anote o número de dias _____
-------	--	------------------------------

Por favor, continue na próxima página...



WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

36

Entrevista

Domínio 6 Participação

Agora, eu vou perguntar a você sobre sua participação social e o impacto dos seus problemas de saúde sobre você e sua família. Algumas dessas perguntas podem envolver problemas que ultrapassam 30 dias, entretanto, ao responder, por favor, foque nos últimos 30 dias. De novo, quero lembrar-lhe de responder essas perguntas pensando em problemas de saúde: físico, mental ou emocional, relacionados a álcool ou drogas.

Mostre os cartões resposta nº1 e nº2

Nos últimos 30 dias:		Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D6.1	Quanta dificuldade você teve ao <u>participar em atividades comunitárias</u> (por exemplo, festividades, atividades religiosas ou outra atividade) do mesmo modo que qualquer outra pessoa?	1	2	3	4	5
D6.2	Quanta dificuldade você teve por causa de <u>barreiras ou obstáculos</u> no mundo à sua volta?	1	2	3	4	5
D6.3	Quanta dificuldade você teve para <u>viver com dignidade</u> por causa das atitudes e ações de outros?	1	2	3	4	5
D6.4	Quanto tempo você gastou com sua condição de saúde ou suas consequências?	1	2	3	4	5
D6.5	Quanto você tem sido <u>emocionalmente afetado</u> por sua condição de saúde?	1	2	3	4	5
D6.6	Quanto a sua saúde tem <u>prejudicado financeiramente</u> você ou sua família?	1	2	3	4	5
D6.7	Quanta dificuldade sua <u>família</u> teve por causa da sua condição de saúde?	1	2	3	4	5
D6.8	Quanta dificuldade você teve para fazer as coisas <u>por si mesmo(a)</u> para <u>relaxamento ou lazer</u> ?	1	2	3	4	5



WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

36

Entrevista

H1	Em geral, nos últimos 30 dias, <u>por quantos dias</u> essas dificuldades estiveram presentes?	Anote o número de dias _____
H2	Nos últimos 30 dias, por quantos dias você esteve <u>completamente incapaz</u> de executar suas atividades usuais ou de trabalho por causa da sua condição de saúde?	Anote o número de dias _____
H3	Nos últimos 30 dias, sem contar os dias que você esteve totalmente incapaz, por quantos dias você <u>diminuiu</u> ou <u>reduziu</u> suas atividades usuais ou de trabalho por causa da sua condição de saúde?	Anote o número de dias _____

Isto encerra a entrevista. Obrigado por sua participação.



WHODAS 2.0
WORLD HEALTH ORGANIZATION
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

Cartão resposta nº2

1	2	3	4	5
Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer

ANEXO B – Teste de Caminhada de 6 Minutos

TESTE DE CAMINHADA DE 6 MINUTOS

Data: ____/____/____

Nome do entrevistador: _____

Nome do entrevistado: _____

Idade: _____

Sexo: _____ Índice de Massa Corpórea: _____

Diagnóstico: _____

Primeiro teste

	FC	Sat de O2	PA	FR	BORG
Inicial/Após repouso de 10 min					
2 minutos					
4 minutos					
6 minutos					
Recup. 2 min					
Recup. 4 min					
Recup. 6 min					

Distância percorrida em metros: _____

Segundo teste

	FC	Sat de O2	PA	FR	BORG
Inicial/Após repouso de 10 min					
2 minutos					
4 minutos					
6 minutos					
Recup. 2 min					
Recup. 4 min					
Recup. 6 min					

Distância percorrida em metros: _____

O que sentiu no final do teste:

Observação:

Examinador: _____

ANEXO C – Escala de Borg**ESCALA DE BORG PARA AVALIAR GRAU DE DISPINÉIA**

00 – NENHUMA

0,5 – MUITO, MUITO LEVE

01 – MUITO LEVE

02 – LEVE

03 – MODERADA

04 – POUCO INTENSA

05 – INTENSA

06 – -----

07 – MUITO INTENSA

08 – -----

09 – MUITO, MUITO INTENSA

10 – MÁXIMA

ANEXO D – WHOQOL – BREF - World Health Organization Quality of Life – BREF

WHOQOL – ABREVIADO

Versão em Português

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

GENEBRA

Coordenação do GRUPO WHOQOL no Brasil

Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck

Professor Adjunto

Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Porto Alegre – RS – Brasil

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

Você recebe dos outros o apoio de que necessita?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

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

Você recebe dos outros o apoio de que necessita?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

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

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

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2	Quão satisfeito (a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

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

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

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

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

A questão seguinte refere-se a com que frequência você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		Nunca	Algumas vezes	Freqüentemente	Muito freqüentemente	Sempre
26	Com que freqüência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?

Você tem algum comentário sobre o questionário?

Data da entrevista: ____/____/____

Entrevistador: _____

ANEXO E– Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais

LISTA DE IDENTIFICAÇÃO DE PAPÉIS OCUPACIONAIS

FUNDAMENTAÇÃO

De acordo com a tradição do comportamento ocupacional, os papéis têm sido enfatizados como determinantes críticos da produtividade. Os papéis ocupacionais organizam o comportamento contribuindo para a identidade pessoal dos indivíduos, conduzindo as expectativas sociais a uma realização, organizando o uso do tempo e envolvendo os indivíduos na estrutura social. Uma visão apropriada da incapacidade na Terapia Ocupacional envolve a compreensão de como a doença ou a deformidade afeta o desempenho do papel ocupacional. O sucesso da adaptação após uma doença ou lesão depende da capacidade da pessoa para se recuperar competentemente ou estabelecer novos papéis ocupacionais.

A Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais foi criada por Francis Oakley, terapeuta ocupacional, com a finalidade de extrair informações a respeito dos papéis ocupacionais de uma pessoa. Tais papéis consistem em comportamentos produtivos ou de lazer. Os comportamentos de lazer se caracterizam por não serem atividades de trabalho e sim atividades tais como passatempos, esportes ou recreação social. Os comportamentos produtivos são os que contribuem com algum serviço ou comodidade que outros necessitam ou desejam.

A Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais é um instrumento válido e confiável de avaliação que oferece:

1. Dados sobre a percepção do indivíduo quanto à sua percepção ao longo de sua vida;
2. Dados referentes ao grau de importância de cada papel;
3. Informação complementar sobre a capacidade de uma pessoa em manter o equilíbrio entre os papéis.

DESCRIÇÃO DA LISTA DE IDENTIFICAÇÃO DE PAPÉIS OCUPACIONAIS

A Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais é um inventário escrito, que exige aproximadamente 15 minutos para ser aplicada, e é indicada para se usar com adolescentes, adultos e a população geriátrica. Divide-se em duas partes. A Parte I avalia, através de um tempo contínuo, os principais papéis ocupacionais que constituem a vida diária do indivíduo. A Parte II identifica o grau de importância que o indivíduo atribui a cada papel.

Dez papéis ocupacionais são apresentados, cada um dos quais é acompanhado por uma breve definição. Os papéis incluídos são de estudante, trabalhador, voluntário, cuidador, serviço doméstico, amigo, membro de família, religioso, passatempo/amador e participante em organizações. Há também a categoria “Outro” para os indivíduos adicionarem outros papéis não listados. É importante notar que as definições de papéis contêm exemplos que não englobam todas as possibilidades. O propósito da Lista de Identificação é identificar papéis com os componentes ocupacionais que servem para organizar a vida diária dos indivíduos. Assim, a frequência do desempenho está incluída nas definições dos papéis. Por exemplo, o papel do membro de família se refere ao tempo gasto ou realização de algo, pelo menos uma vez por semana, com membros da família tais como esposo (a), filhos, pais ou outros parentes. A sentença chave é “uma vez por semana”. As pessoas podem se ver como membros da família, mas suas famílias podem residir fora da cidade o que resulta em infrequentes contatos. Portanto, esse papel não é próprio para organizar a atual vida diária.

APLICAÇÃO DA LISTA DE IDENTIFICAÇÃO DE PAPÉIS OCUPACIONAIS

Instrua as pessoas para completarem a informação demográfica no alto da Lista. Permaneça junto às pessoas até a lista ser completada.

PARTE 1 1. Peça-lhes para ler as instruções. 2. Pergunte se entenderam as instruções e responda quaisquer perguntas pertinentes à aplicação da Parte 1. 3. Defina o esquema do tempo da seguinte forma: a) “O presente se refere não somente a hoje, mas também inclui os sete dias passados”. b) “Passado se refere ao período de tempo até sete dias atrás”. c) “Futuro é qualquer tempo de amanhã em diante”.

PARTE 2 1. Quando as pessoas completarem a Parte 1, peça-lhes para ler as instruções da Parte 2. 2. Pergunte se entenderam as instruções e responda quaisquer perguntas pertinentes à aplicação da Parte 2. 3. Defina “valor” assim: “Valor se refere à importância que você dá a cada papel, isto é, quão importante ou desejável é esse papel para você”.

Data: ____/____/____

Nome: _____

Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino

Você é aposentado (a)? () Sim () Não

Estado civil: () Solteiro () Casado () Separado () Divorciado () Viúvo

O propósito desta lista é identificar os papéis em sua vida. A lista de identificação, que é dividida em 2 partes, apresenta 10 papéis e define cada um.

PARTE 1 Ao lado de cada papel, indique, marcando a coluna correspondente, se você desempenhou o papel no passado, se você o desempenha no presente, e se planeja desempenhá-lo no futuro. Você pode marcar mais de uma coluna para cada papel. Por exemplo, se você foi voluntário no passado, não é voluntário no presente, mas planeja isto no futuro, deve marcar as colunas passado e futuro.

PAPEL	PASSADO	PRESENTE	FUTURO
ESTUDANTE: Frequentar escola de tempo parcial ou integral.			
TRABALHADOR: Emprego remunerado de tempo parcial ou integral.			
VOLUNTÁRIO: Serviços gratuitos, pelo menos uma vez por semana, em hospital, escola, comunidade, campanha política, etc.			
CUIDADOR: Responsabilidade, pelo menos uma vez por semana, em prestar cuidados a filho, esposo(a), parente ou amigo.			
SERVIÇO DOMÉSTICO: Pelo menos uma vez por semana, responsável pelo cuidado da casa através de serviços como, por exemplo, limpeza, cozinhar, lavar, jardinagem, etc.			
AMIGO: Tempo empregado ou fazer alguma, pelo menos uma vez por semana, com amigo.			
MEMBRO DE FAMÍLIA: Tempo empregado ou fazer alguma coisa, pelo menos uma vez por semana, com um membro da família tal como filho, esposo(a), pais ou outro parente.			
RELIGIOSO: Envolvimento, pelo menos uma vez por semana, em grupos ou atividades filiadas a sua religião. (excluindo o culto religioso)			

PASSATEMPO / AMADOR: Envolvimento, pelo menos uma vez por semana, em atividades de passatempo ou como amador tais como costurar, tocar um instrumento musical, marcenaria, esportes, teatro, participação em clube ou time, etc.			
PARTICIPANTE EM ORGANIZAÇÕES: Envolvimento, pelo menos uma vez por semana, em organizações tais como Rotary ou Lions Club, Vigilantes do Peso, etc.			
OUTRO: _____ Um papel não listado que você tenha desempenhado, desempenha no momento e/ou planeja para o futuro. Escreva o papel na linha acima e marque a(s) coluna(s) correspondente(s).			

PARTE 2 Os mesmos papéis são listados abaixo. Junto de cada papel, marque a coluna que melhor indica o valor ou importância que esse papel tem para você. Responda cada papel, mesmo que nunca o desempenhou ou não planeja desempenhá-lo.

PAPEL	NENHUMA IMPORTÂNCIA	ALGUMA IMPORTÂNCIA	MUITA IMPORTÂNCIA
ESTUDANTE: Frequentar escola de tempo parcial ou integral.			
TRABALHADOR: Emprego remunerado de tempo parcial ou integral.			
VOLUNTÁRIO: Serviços gratuitos, pelo menos uma vez por semana, em hospital, escola, comunidade, campanha política, etc.			
CUIDADOR: Responsabilidade, pelo menos uma vez por semana, em prestar cuidados a filho, esposo(a), parente ou amigo.			
SERVIÇO DOMÉSTICO: Pelo menos uma vez por semana, responsável pelo cuidado da casa através de serviços como, por exemplo, limpeza, cozinhar, lavar, jardinagem, etc.			
AMIGO: Tempo empregado ou fazer alguma, pelo menos uma vez por semana, com amigo.			
MEMBRO DE FAMÍLIA: Tempo empregado ou fazer alguma coisa, pelo menos uma vez por semana, com um membro da família tal como filho, esposo(a), pais ou outro parente.			
RELIGIOSO: Envolvimento, pelo menos uma vez por semana, em grupos ou atividades filiadas a sua religião. (excluindo o culto religioso)			
PASSATEMPO / AMADOR:			

Envolvimento, pelo menos uma vez por semana, em atividades de passatempo ou como amador tais como costurar, tocar um instrumento musical, marcenaria, esportes, teatro, participação em clube ou time, etc.			
PARTICIPANTE EM ORGANIZAÇÕES: Envolvimento, pelo menos uma vez por semana, em organizações tais como Rotary ou Lions Club, Vigilantes do Peso, etc.			
OUTRO: _____ Um papel não listado que você tenha desempenhado, desempenha no momento e/ou planeja para o futuro. Escreva o papel na linha acima e marque a(s) coluna(s) correspondente(s).			

Gostaríamos de saber qual a sua opinião em relação ao questionário que acabou de responder. Assinale com um “X” a resposta das questões abaixo:

1. Em relação ao tamanho do questionário, você acha que: () tem um bom tamanho () é curto () é longo () é muito longo
2. Em relação aos enunciados dos papéis, ou seja, o que cada questão estava perguntando, você acha que: () são de fácil entendimento () alguns são confusos () quase todos são confusos () todos eles são de difícil entendimento
3. Durante o tempo em que respondeu o questionário, você ficou com dúvida quanto à resposta: () em nenhuma questão () em 1 ou 2 questões () em 3 ou 4 questões () em mais de 5 questões

Se houve dúvidas ou dificuldades em responder aos papéis, gostaria que escrevesse qual o papel ou coluna (passado / presente / futuro ou nenhuma / pouca / muita importância) mais difícil para você e o porquê da sua dificuldade:

ANEXO F – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Para Sujeitos Maiores de Idade



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO - Uberaba-MG
Comitê de Ética em Pesquisa- CEP
Rua Madre Maria José, 122 - 2º. Andar - Bairro Nossa Senhora da Abadia
CEP: 38025-100 – Uberaba(MG)
Telefone: (0**34) 3318-5776 - E-mail: cep@pesqpg.uftm.edu.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA SUJEITOS MAIORES DE IDADE

Título do Projeto:

VALIDADE E CONFIABILIDADE DO *WORLD HEALTH ORGANIZATION DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE* (WHODAS 2.0) PARA PESSOAS COM OBESIDADE MÓRBIDA

TERMO DE ESCLARECIMENTO

Você está sendo convidado (a) a participar do estudo: VALIDADE E CONFIABILIDADE DO *WORLD HEALTH ORGANIZATION DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE* (WHODAS 2.0) PARA PESSOAS COM OBESIDADE MÓRBIDA, por ter as características da população do estudo. Os avanços na área das ciências ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante. O objetivo deste estudo é validar o WHODAS 2.0 para aferição da funcionalidade em pessoas com obesidade mórbida e, caso você participe, será necessário responder aos instrumentos do estudo que são compostos por uma entrevista semi-estruturada para identificação inicial, uma entrevista chamada WHODAS 2.0 que afere a funcionalidade, uma avaliação de qualidade de vida chamada WHOQOL – Bref, um questionário sobre identificação de papéis ocupacionais denominado Lista de Identificação de papéis Ocupacionais e a realização de um teste de caminhada, o qual será utilizado para verificar a distância máxima que você consegue percorrer durante 6 minutos. Você poderá ter algum desconforto ao realizar o teste de caminhada, o qual exigirá que você se esforce para caminhar o mais rápido possível durante 6 minutos, mas ressaltamos que a atividade deve ser realizada respeitando seus limites fisiológicos e biológicos e você receberá acompanhamento humano e monitoramento através de um oxímetro durante todo o trajeto. Como a pesquisa pretende analisar as propriedades psicométricas do instrumento WHODAS 2.0, não é previsto nenhum benefício direto porém, espera-se que o(s) benefício(s) decorrente(s) de sua participação nesta pesquisa seja(m) importantes para apresentar à comunidade acadêmica e aos profissionais de saúde as propriedades psicométricas do WHODAS 2.0, ao passo que a validação do WHODAS 2.0 fornecerá uma ferramenta de aferição da funcionalidade que segue os conceitos da Organização Mundial de Saúde.

Você poderá obter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo no seu atendimento. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois você será identificado com um número.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO - Uberaba-MG
Comitê de Ética em Pesquisa- CEP
Rua Madre Maria José, 122 - 2º. Andar - Bairro Nossa Senhora da Abadia
CEP: 38025-100 – Uberaba(MG)
Telefone: (0**34) 3318-5776 - E-mail: cep@pesqpg.uftm.edu.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE APÓS ESCLARECIMENTO

Título do Projeto: *VALIDADE E CONFIABILIDADE DO WORLD HEALTH ORGANIZATION DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE (WHODAS 2.0) PARA PESSOAS COM OBESIDADE MÓRBIDA*

Eu, _____, documento de identidade _____ li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento a que serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará meu tratamento. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo em participar do estudo. Receberei uma via deste Termo.

Uberaba,//.....

() Marque um X no campo ao lado se você concorda em participar da pesquisa. Caso não concorde, agradecemos sua atenção.

Assinatura do voluntário ou seu responsável legal

Documento de Identidade

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do pesquisador orientador

Telefone de contato dos pesquisadores:

Prof.º Dr. Shamyry Sulyvan de Castro 34- 9292 8122 / E-mail: shamyry@fisioterapia.uftm.edu.br

Kátia Ariana Borges 34-9236 4958 / E-mail: katia_to@hotmail.com

Em caso de dúvida em relação a esse documento, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro pelo telefone 3318-5776.

ANEXO G–Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: WHODAS 2.0 (World Health Organization Disability Assessment Schedule): Tradução e validação para uso em pessoas com obesidade mórbida

Pesquisador: Shamyry Sulyvan de Castro

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 36151314.7.0000.5154

Instituição Proponente: Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Patrocinador Principal: Universidade Federal do Triângulo Mineiro

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.146.029

Data da Relatoria: 10/07/2015

Apresentação do Projeto:

Pesquisadores solicitaram emenda ao Projeto de Pesquisa aprovado pelo parecer número 948.994 datado de 03/02/2015.

Segundo os pesquisadores:

"Proposta de emenda ao Projeto "WHODAS 2.0 (World Health Organization Disability Assessment Schedule): Tradução e validação para uso na população brasileira"

Objetivo deste arquivo: este documento tem o objetivo de esclarecer a razão da proposta de emenda ao projeto em questão. Além disso, busca também deixar claro os métodos que serão usados e sua relação com o projeto original. O presente material foi produzido no intuito de facilitar ao CEP-UFTM a avaliação da solicitação.

Objetivo da emenda: solicitar avaliação do CEP quanto à proposição de agregação de um novo processo de validação do WHODAS 2.0 em segmento populacional ainda não contemplado no projeto original."

Objetivo da Pesquisa:

Segundo os pesquisadores:

Endereço: Rua Madre Maria José, 122		
Bairro: Nossa Sra. Abadia		CEP: 38.025-100
UF: MG	Município: UBERABA	
Telefone: (34)3318-5776	Fax: (34)3318-5776	E-mail: cep@pesqpg.uftm.edu.br



Continuação do Parecer: 1.146.029

"Validar o WHODAS 2.0 para aferição da funcionalidade em pessoas com obesidade mórbida.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

já descritos no projeto original.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisadores fazem o recurso do parecer número 1.139.444 de 09/07/2015.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Pesquisadores fazem o recurso do parecer número 1.139.444 de 09/07/2015.

Está anexado o TCLE para o grupo que será incluído;

Anexado também a autorização para uso do instrumento Lista de Papeis Ocupacionais.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 e norma operacional 001/2013, o CEP-UFTM manifesta-se pela aprovação da emenda proposta, após o pesquisador postar o TCLE para o grupo a ser incluído e a autorização do instrumento a ser utilizado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

UBERABA, 10 de Julho de 2015

Assinado por:
Marly Aparecida Spadotto Balarin
(Coordenador)

Endereço: Rua Madre Maria José, 122		
Bairro: Nossa Sra. Abadia		CEP: 38.025-100
UF: MG	Município: UBERABA	
Telefone: (34)3318-5776	Fax: (34)3318-5776	E-mail: cep@pesqpg.uftm.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
TRIÂNGULO MINEIRO - MG



Continuação do Parecer: 1.146.029

Endereço: Rua Madre Maria José, 122

Bairro: Nossa Sra. Abadia

CEP: 38.025-100

UF: MG

Município: UBERABA

Telefone: (34)3318-5776

Fax: (34)3318-5776

E-mail: cep@pesqpg.uftm.edu.br