

Universidade Federal Do Triângulo Mineiro  
Programa De Pós-Graduação *Strictu Sensu* em Ciências da Saúde

Kátia Ariana Borges

Estresse, funcionalidade, desempenho ocupacional e enfrentamento religioso/espiritual em  
pessoas com obesidade mórbida

Uberaba

2022

Kátia Ariana Borges

Estresse, funcionalidade, desempenho ocupacional e enfrentamento religioso/espiritual em  
pessoas com obesidade mórbida

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, área de concentração Patologia Humana, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Ciências da Saúde.

Orientadora: Prof. Dra. Maria de Fátima Borges.

Coorientadora: Dra. Adriana Paula da Silva.

Uberaba

2022

Catlogação na fonte: Biblioteca da Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Borges, Kátia Ariana  
B732e Estresse, funcionalidade, desempenho ocupacional e enfrentamento  
religioso/ espiritual em pessoas com obesidade mórbida/ Kátia Ariana Borges. --  
2023. 113 f. : il., fig., graf., tab.

Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) -- Universidade Federal do Triângulo  
Mineiro, Uberaba, MG, 2023

Orientadora: Profa. Dra. Maria de Fátima Borges  
Coorientadora: Profa. Dra. Adriana Paula da Silva

1. Obesidade. 2. Obesidade mórbida. 3. Desempenho profissional. 4. Religião e  
medicina. 5. Estresse psicológico. 6. Classificação internacional de funcionalidade,  
incapacidade e saúde. I. Borges, Maria de Fátima. II. Universidade Federal do  
Triângulo Mineiro. III

CDU  
613.25

Kátia Ariana Borges

Estresse, funcionalidade, desempenho ocupacional e enfrentamento religioso/espiritual em  
pessoas com obesidade mórbida

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, área de concentração Patologia Humana, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Ciências da Saúde.

07 de outubro de 2022.

Banca Examinadora:

Profª Drª Maria de Fátima Borges – Orientadora  
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Professora Dra. Élide Mara Carneiro da Silva  
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Professora Dra. Érika Renata Trevisan  
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Professora Dr. Shamyry Sulyvan de Castro  
Universidade Federal do Ceará

Professora Dr. Gabriel Antônio Nogueira Nascentes  
Instituto Federal do Triângulo Mineiro

Dedico A Deus, amados pais e a todos que estiveram comigo e me auxiliaram na construção dessa pesquisa.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço imensamente a DEUS, por me guiar nos momentos difíceis e por permitir a realização de mais esse sonho, obrigada senhor!

À todos os professores pelos ensinamentos e partilhas, em especial às minhas orientadora Doutora MARIA DE FÁTIMA BORGES e coorientadora Doutora ADRIANA PAULA DA SILVA pela paciência, confiança, dedicação e compreensão quanto às minhas demandas educacionais e pessoais. O acolhimento e ensinamentos de vocês duas foram essenciais.

À JANAÍNE MACHADO TOMÉ, participante ativa nessa pesquisa. Obrigada por colaborar tanto com meu projeto e por ter se tornado acima de tudo minha amiga, seus conhecimentos e habilidades foram essenciais durante todo o processo. Aos professores e alunos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro pela oportunidade em poder contribuir e aprender muito durante minha estada enquanto aluna. E agradeço também aos colaboradores/profissionais, pacientes e pais da Clínica Acesse ABA, por compreenderem a importância dessa formação para minha vida pessoal e, acima de tudo, profissional. Essa conquista é nossa!

À todos os meus familiares, em especial aos meus pais GERALDO RIBEIRO BORGES e ELZA MARIA DE SOUZA BORGES, todas as minhas conquistas também pertencem a vocês dois. Vocês me fazem ter força para continuar a lutar diariamente pelos meus objetivos.

Aos amigos, em especial à LUANA FORONI, ADRIANA DA SILVA, LEIDIANE MOTA DE OLIVEIRA, LOVANE FURLANETO, PATRÍCIA JASPER, SIMONE AMÁLIA JUICA ARRIAGADA, LORENA BORGES e ao meu companheiro RICARDO BORGES VIEIRA, por estarem sempre ao meu lado. Agradeço a Deus por ter vocês em meu caminho e pela oportunidade de compartilhar a minha vida com pessoas que tanto amo.

À todas as pessoas e instituições que contribuíram com a realização da pesquisa, em especial aos participantes por me receberem e compartilharem comigo suas habilidades, dificuldades e histórias de vida.

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

## RESUMO

BORGES, Kátia Ariana. **ESTRESSE, FUNCIONALIDADE, DESEMPENHO OCUPACIONAL E ENFRENTAMENTO RELIGIOSO/ESPIRITUAL EM PESSOAS COM OBESIDADE MÓRBIDA**. 2022. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, Minas Gerais, 2022.

**INTRODUÇÃO:** A obesidade mórbida, doença crônica não transmissível e multifatorial, está associada à várias comorbidades e pode acarretar problemas relacionados à capacidade funcional, desempenho ocupacional e aumentar os níveis de estresse. **OBJETIVOS:** Objetivou-se analisar as relações entre as variáveis funcionalidade, desempenho ocupacional, estresse e enfrentamento religioso espiritual em pessoas com obesidade mórbida. **MÉTODOS:** Estudo transversal, não experimental, quantitativo, composto por sujeitos entre 20 e 59 anos de idade e com IMC igual ou superior a 40kg/m<sup>2</sup>. Utilizou-se para a pesquisa os seguintes instrumentos: Questionário Socioeconômico e Clínico, a Escala de Estresse Percebido (EEP), a Escala de *Coping* Religioso/Espiritual (CRE-Breve), o *World Health Organization Disability Assessment Schedule* (WHODAS 2.0) e a Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM). **RESULTADOS:** Obtivemos 41 participantes com predomínio de mulheres (70,73%), faixa etária de 36,85 anos. Observou-se que 43,90% eram solteiros, 73,17% desenvolvendo trabalho remunerado e 63,41% possuíam 1 ou mais filhos. Quanto às condições de saúde a média de IMC foi de 46,75 e a hipertensão arterial sistêmica a comorbidade mais associada. A correlação entre as questões da EEP e o CRE-Breve apresentou associações positivas, indicando que os obesos mórbidos acreditam na influência positiva ou negativa da espiritualidade e religiosidade em suas vidas e sugerindo que os participantes utilizam a religiosidade e espiritualidade no enfrentamento de desafios cotidianos. Quanto ao WHODAS2.0 e a COPM, o domínio mais prejudicado foi o Participação e na COPM o domínio Independência Fora de Casa. Observou-se algumas associações positivas entre os instrumentos. **CONCLUSÃO:** Os achados demonstram o impacto da obesidade mórbida na funcionalidade, desempenho ocupacional e enfrentamento religioso/espiritual dos sujeitos com o diagnóstico em questão. Destaca-se que os dados coletados são importantes para decisões clínicas e dos sistemas de saúde pois aponta necessidades reais dessa população. São necessários mais estudos com amostras mais robustas e generalizadas em diferentes localidades brasileiras.

**Descritores:** Desempenho Ocupacional, Enfrentamento espiritual, Enfrentamento religioso, Obesidade M3rbida, Estresse Psicol3gico, Classifica3o Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Sa3de.

## ABSTRACT

BORGES, Kátia Ariana. **STRESS, FUNCTIONALITY, OCCUPATIONAL PERFORMANCE AND RELIGIOUS/SPIRITUAL COPING IN MORBIDLY OBESE PEOPLE**. 2022. Thesis (PhD in Health Sciences) – Federal University of Triângulo Mineiro, Uberaba, Minas Gerais, 2022.

**INTRODUCTION:** Morbid obesity, a non-communicable and multifactorial chronic disease, is associated with several comorbidities and can increase problems related to functional capacity, occupational performance and increased levels of stress. **OBJECTIVES:** The objective was to analyze the relationships between functional variables, occupational performance, stress and religious coping in people with morbid obesity. **METHODS:** A cross-sectional, non-experimental study comprising 20 subjects aged 59 years and with a BMI equal to or greater than 40kg/m<sup>2</sup>. The following instruments were used for the research: Socioeconomic and Clinical Questionnaire, the Perceived Stress Scale (EEP), the Religious/Spiritual Coping Scale (CRE-Brief), the World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0) and the Canadian Occupational Performance Measure (COPM). **RESULTS:** We obtained 41 participants with a predominance of women (70.73%), aged 36.85 years. It was observed that 49% of them were 73,13,13% single, working 3,41% who had 1 or more children. As for health conditions, the mean BMI was 46.75 and systemic arterial hypertension was the most associated comorbidity. The main relationship between the EEP questions and the CRE-Brief presented positive associations, indicating that the positive or negative problems of spirituality and religiosity in their lives and suggesting that the participants use spirituality and spirituality in facing everyday challenges. As for WHODAS2.0 and COPM, the domain most affected was Participation and in COPM the domain of Independence Outside Home. Note some positive actions among the instruments. **CONCLUSION:** The findings and the spiritual impact of obesity on functionality, occupational performance and religious/object coping with the diagnosis in question. It is noteworthy that important health data and systems are important for health needs, as the real needs of the population. There are more studies with different robust and generalized samples in Brazilian locations.

**Descriptors:** Occupational Performance, Spiritual Coping, Religious Coping, Morbid Obesity, Psychological Stress, International Classification of Functioning, Disability and Health.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Obesidade estratificada por sexo .....	20
Quadro 2 – Obesidade estratificada por idade.....	21

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Classificação do Índice de Massa Corporal e risco de comorbidade segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2000) .....	16
Tabela 2 – Tendência de obesidade mórbida na população das capitais brasileiras, segundo características sociodemográficas entre os anos de 2006 a 2017 .....	22

## **LISTA DE SIGLAS**

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

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

GEP - Grupo de Pesquisa e Extensão

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

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IMC – Índice de Massa Corporal

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNSN – Pesquisa Nacional Sobre Nutrição e Saúde

POF – Pesquisa de Orçamentos Familiares

SISVAN - Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

SUS - Sistema Único de Saúde

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

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>15</b>
1.1 OBESIDADE.....	15
1.2 CONCEITO E CLASSIFICAÇÃO DA OBESIDADE.....	16
1.3 EPIDEMIOLOGIA DA OBESIDADE .....	18
1.4 COMORBIDADES ASSOCIADAS À OBESIDADE.....	24
1.5 FISIOPATOLOGIA DA OBESIDADE .....	26
1.6 Funcionalidade, desempenho ocupacional, Enfrentamento religioso/espiritual e obesidade mórbida .....	27
1.7 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E OBESIDADE mórbida .....	31
<b>2 JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>33</b>
<b>3 OBJETIVOS .....</b>	<b>34</b>
3.1 OBJETIVO GERAL.....	34
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	34
<b>4 RESULTADOS .....</b>	<b>35</b>
4.1 ARTIGO 1 .....	35
ABSTRACT .....	35
Introduction .....	36
Methods .....	38
Results .....	40
Discussion.....	47
Conclusion.....	50
References .....	52
<b>4.2 ARTIGO 2.....</b>	<b>55</b>
4.2.1 Resumo .....	55
4.2.2 Abstract.....	56
4.2.3 Introdução.....	57
4.2.4 Métodos .....	58
4.2.5 Resultados.....	61
4.2.6 Discussão .....	68
4.2.7 Conclusão .....	73
4.2.8 Referências .....	75
<b>5 COMENTÁRIOS E CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>79</b>
5.1 ARTIGO 1 .....	79

5.2 ARTIGO 2 .....	80
<b>6 CONCLUSÕES PRELIMINARES .....</b>	<b>82</b>
6.1 ARTIGO 1 .....	82
6.2 ARTIGO 2 .....	82
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>83</b>
<b>APÊNDICE A – ENTREVISTA INICIAL .....</b>	<b>90</b>
<b>ANEXO A – WORLD HEALTH ORGANIZATION DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE (WHODAS 2.0) .....</b>	<b>94</b>
<b>ANEXO B – MEDIDA CANADENSE DE DESEMPENHO OCUPACIONAL (COPM) .....</b>	<b>106</b>
<b>ANEXO C – ESCALA DE ESTRESSE PERCEBIDO .....</b>	<b>108</b>
<b>ANEXO D – ESCALA DE COPING RELIGIOSO-ESPIRITUAL ABREVIADA (CRE-BREVE).....</b>	<b>109</b>
<b>ANEXO E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA SUJEITOS MAIORES DE IDADE .....</b>	<b>113</b>
<b>ANEXO F – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA .....</b>	<b>115</b>

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 OBESIDADE

Desde os primórdios da civilização armazenar energia em forma de tecido adiposo, está relacionado à nossa capacidade de sobrevivência, sendo fundamental para suprir requerimentos vitais e também para função endócrina relacionada à importantes processos fisiológicos e metabólicos. A exposição dos nossos antepassados a condições adversas para manutenção da vida exigia de seus organismos grande capacidade de produzir, metabolizar e estocar gordura para obter, por exemplo, proteção térmica e energia necessária à uma dinâmica diária imprevisível (BANKOFF, 2017).

Debatida no meio médico e interdisciplinar em saúde, social, filosófico, eticista e cultural, principalmente quanto a padrões alimentares e estéticos, a obesidade é discutida em várias perspectivas. Em diferentes momentos históricos, já foi considerada necessidade de sobrevivência, símbolo de status e de beleza, riqueza e, até mesmo, comportamento socialmente inaceitável devido à falta de força de vontade em relação a mudança de comportamento alimentar e consequente, emagrecimento, por aqueles que apresentavam tal padrão corporal (BANKOFF, 2017; JASTREBOFF, 2018).

Atualmente ainda existem várias discussões éticas e estéticas envolvidas na obesidade, porém esta é considerada por várias organizações e corporações uma doença metabólica que, por si só já pode ser debilitante e digna de atenção mundial pelos órgãos de saúde e instituições financeiras (JASTREBOFF, 2018).

A ascensão dos padrões da vida humana nos mostra que a obesidade não é um fenômeno recente, porém as evoluções históricas, econômicas e culturais na sociedade mundial as quais decorreram por exemplo, no crescimento do consumo calórico, aumento da quantidade de refeições no dia, rotina de vida com padrões predefinidos em ocupações e, cultura do fast food, levaram tal doença a ser considerada um problema de saúde pública (ABESO, 2016).

Nas últimas décadas inúmeras organizações de saúde, observando os dados que mostram crescimento exponencial da obesidade, consideram tal doença enquanto um diagnóstico relacionado à uma epidemia mundial. Suas decorrências são impactantes na saúde e qualidade de vida do sujeito, na saúde pública e até mesmo financeira dos países em que o número de casos é significativo (JASTREBOFF, 2018).

Destaca-se que sua prevalência nunca atingiu proporções epidêmicas como as observadas a partir do século XXI. O diagnóstico vem aumentando em vários países, principalmente naqueles considerados subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, com uma discreta redução em alguns países desenvolvidos, mas que não é significativa quando comparada à perspectiva mundial (GORTMAKER, 2011; MURRAY, LOPES, 2013).

## 1.2 CONCEITO E CLASSIFICAÇÃO DA OBESIDADE

O excesso de peso é considerado um problema nutricional e de saúde com consequências adversas que podem perdurar ao longo da vida e, até mesmo interferir na redução da expectativa de vida das pessoas com tal diagnóstico.

A obesidade é definida enquanto um balanço energético positivo ocasionado pelo acúmulo excessivo ou anormal de gordura corporal. Tem caráter multicausal e decorre em uma doença. O limite de peso predefinido enquanto doença crônica da obesidade, observada em todas as fases de desenvolvimento humano, é proveniente do excesso de adiposidade e, com o tempo, pode levar o sujeito à aquisição de várias comorbidades, desarranjos fisiológicos, deficiências funcionais, ocupacionais, comorbidades, estresse e perda da qualidade de vida (OMS, 2000; WANDERLEY, FERREIRA, 2010; JASTREBOFF, 2018).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), considera o diagnóstico nutricional para condutas médicas relacionadas à obesidade por meio do Índice de Massa Corporal (IMC) como sendo a medida mais tradicional. O IMC é a razão simples entre o peso e a altura<sup>2</sup> em metros. É um instrumento mundialmente utilizado que dispõe sobre o estado nutricional. Comumente é utilizado na classificação da obesidade em adultos, considerando os seguintes parâmetros:

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

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

IMC $\geq$ 40kg/m<sup>2</sup>

Obesidade grau III -  
Obesidade Mórbita ou grave

Muitíssimo elevado

Fonte: OMS, 2000

Os parâmetros acima descrevem as seguintes classificações e pontos de corte de IMC: <18,5kg/m<sup>2</sup> baixo peso o qual pode ser subdividido em baixo peso grave quando menor que 16 kg/m<sup>2</sup>, baixo peso moderado de 16,0 e 16,9 kg/m<sup>2</sup> e baixo peso leve IMC de 17,0 a 18,4 kg/m<sup>2</sup>. IMC  $\geq$ 18,5 a <24,9kg/m<sup>2</sup> considera-se eutrófico ou normotrófico. O sobrepeso é categorizado como sendo de 25 a 29,9 kg/m<sup>2</sup> e acima destes parâmetros utiliza-se o diagnóstico de obesidade o qual é subdividido entre grau I, II ou III, sendo organizado de acordo com o grau de risco para comorbidades.

O IMC maior ou igual a 30 kg/m<sup>2</sup> é considerado obesidade grau I e está relacionado ao risco elevado de comorbidades. Já obesidade grau II ( $\geq$ 35kg/m<sup>2</sup> e <39,99kg/m<sup>2</sup>) e III (obesidade mórbita determinada pelo IMC igual ou superior a 40kg/m<sup>2</sup>(IMC $\geq$ 40kg/m<sup>2</sup>) estão relacionadas ao risco muito e muitíssimo elevado respectivamente, os quais podem comprometer diretamente as condições clínicas e funcionais dos sujeitos diagnosticados.

Além do tradicional IMC, que apresenta limitações em seus resultados, existem outras medidas antropométricas importantes como a aferição da circunferência abdominal. Esta medida comumente é utilizada em nível mundial, para verificar os índices de gordura visceral e ectópica e sua relação com as comorbidades associadas à obesidade, principalmente ao risco cardiovascular e metabólico (DELORENZO et al, 2019).

O IMC e a medida da circunferência abdominal são recomendados devido a suas vantagens e facilidades referentes à obtenção das medidas de peso, altura, circunferência abdominal e predição de risco e de morbimortalidade. Os parâmetros utilizados no Brasil estabelecem pontos de corte para aumento do risco cardiovascular a circunferência abdominal igual ou superior a 90 centímetros em homens e 80 centímetros em mulheres (ABESO, 2016; KOMAROFF, 2016).

Outros métodos clínicos como raio x, tomografia, dentre outros exames de imagem, por exemplo, também auxiliam no diagnóstico em questão, mas são poucos utilizados na realidade mundial pois apresentam custo elevado e uso limitado na prática clínica. Outro método menos invasivo, mas que avalia com precisão a quantidade de gordura e composição corporal como massa magra, esquelética, metabolismo ativo e hidratação corporal é a bioimpedância. Este exame tem uma precisão mais adequada, porém necessita de balanças especiais, que nem sempre estão acessíveis a maior parte da população (DELORENZO et al, 2019).

Descrita na Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) através do código E66.0, a obesidade pode ter diferentes causas, inclusive genéticas, comportamentais e sociais. Especificamente, a obesidade grau III ou mórbida, objeto desse estudo, apresenta evidências científicas de caráter prejudicial à funcionalidade, risco de morte aumentado e associação à várias comorbidades. Eventualmente, é também associada à quadros depressivos, aumento da ansiedade, redução da expectativa de vida, diminuição da qualidade de vida e dificuldade nas atividades cotidianas, ou seja, em seu desempenho ocupacional diário (LIOU; PI-SUNVIER; LAFERRÈRE, 2005; JAGIELSKI et al., 2014).

### 1.3 EPIDEMIOLOGIA DA OBESIDADE

A obesidade é considerada um importante fator de risco para o diagnóstico de doenças não transmissíveis que inclui, por exemplo, doenças cardiovasculares, diferentes tipos de cânceres, diabetes mellitus e doenças hepáticas, diagnósticos estes relacionados à 70% das mortes precoces em todo o mundo e considerados a principal causa de mortalidade e incapacidade. Evidências científicas reforçam a diminuição da expectativa de vida estimada entre 5 a 20 anos perdidos, dependendo da gravidade da condição e comorbidades (BLÜHER, 2019).

Além dos fatores históricos, a facilidade de acesso a alimentos processados e industrializados, a rotina de trabalho proveniente da ascensão industrial, o marketing de alimentos e bebidas com decorrentes mudanças nas práticas alimentares, mudança no padrão socioeconômico da população de vários países, aspectos culturais relacionados ao papel dos alimentos na sociedade, predisposição genética, e alterações hormonais, estão diretamente relacionados à obesidade (GORTMAKER, 2011).

Devido a mudanças socioeconômicas e laborais, a rotina diária da população, com várias atividades cotidianas, interfere diretamente no aumento do consumo calórico. O comportamento alimentar durante as refeições, que normalmente são realizadas em um curto espaço de tempo, interfere diretamente nos mecanismos fisiológicos da saciação, relacionados à fatores psicobiológicos (ABESO, 2016).

O aumento da prevalência da obesidade como uma tendência mundial é alarmante pois revela altos índices de mortalidade, menor expectativa de vida e aumento dos gastos econômicos em saúde em mais de 200 países pesquisados. Além do fardo econômico, a obesidade, principalmente a mórbida, também representa uma barreira clínica relacionada à falta de preparo de alguns profissionais em lidar com esta população. Observa-se, nas

interações sociais e até mesmo na prática clínica, situações de preconceitos e pouca experiência das equipes interprofissionais de saúde em decorrência da ausência de treinamento e conhecimentos especializados (GORTMAKER, 2011; MURRAY, LOPES, 2013, DIETZ, 2015).

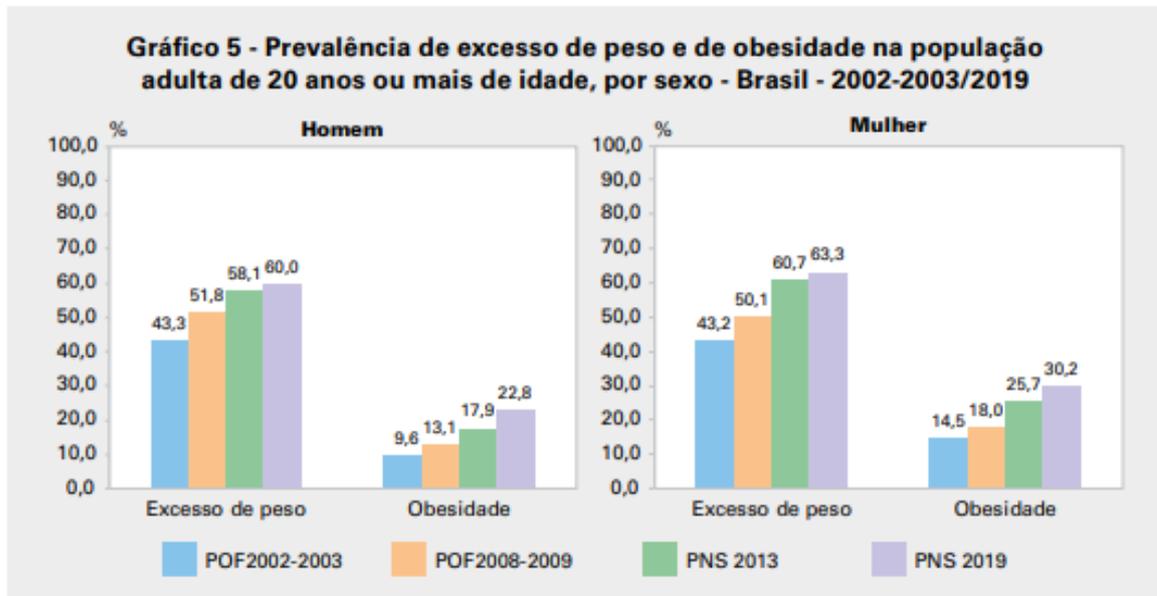
O cenário brasileiro da prevalência da obesidade condiz à realidade mundial e observa-se em todo o território nacional que o perfil das práticas alimentares e o cotidiano de vida da população foram modificados por meio das mudanças sócio culturais, econômicas, demográficas, expectativa de vida e até mesmo pela transição epidemiológica e nutricional ocorrida nas últimas décadas (BRASIL, 2014; MALTA et al, 2019).

Dados obtidos por meio da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2017-2018, que foram atualizados até 2020 e divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), apontam mudanças relevantes no estado nutricional da população, com alta ingestão de carboidratos e gorduras (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2020).

A base alimentar do brasileiro, tanto em seu domicílio quanto em refeições fora de casa, pauta-se em alimentos ricos em carboidratos e gorduras, sendo que as maiores frequências de consumo observadas foram para o café (78,1%), arroz (76,1%) e feijão (60,0%), seguidos do pão de sal (50,9%) e óleos e gorduras (46,8%). As médias de consumo per capita estimadas para homens foram mais elevadas do que as das mulheres para a maior parte dos itens, porém eles apresentaram menores frequências de consumo de verduras, legumes e frutas. Já as mulheres apresentaram maior consumo de biscoitos, bolos, doces, leite e derivados, café e chás. Observa-se também elevado consumo de carboidratos em refeições fora de casa, sendo os mais consumidos a cerveja (50,1%), salgados fritos ou assados (40,6%), outras bebidas não alcoólicas (40,4%), bebidas destiladas (39,1%), sorvete/picolé (37,8%), bolos recheados (31,7%) e salgadinhos chips (31,5%) (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2020).

O padrão alimentar observado, reflete diretamente a prevalência da obesidade na população brasileira. Em 2016, 18,9% da população apresentava quadro de obesidade, sendo que para os adultos, pessoas entre 20 e 59 anos de idade cronológica, as estimativas passaram de 12,2% para 26,8% entre 2002/2003 e 2019, respectivamente. (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2020; MALVEIRA et al, 2021).

Abaixo apresentamos os gráficos da obesidade no Brasil, os dados estratificados por sexo e idade, relacionados à prevalência do déficit e excesso de peso, totais estimados da população brasileira com 18 anos ou mais.



Quadro 1 – Obesidade estratificada por sexo

Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde, 2019/IBGE, 2020.

Grupos de idade	Prevalência de déficit de peso, excesso de peso, obesidade e totais estimados na população com 18 ou mais anos de idade (%)					
	Total		Sexo			
			Homem		Mulher	
	Absoluto (1 000 pessoas)	Prevalência	Absoluto (1 000 pessoas)	Prevalência	Absoluto (1 000 pessoas)	Prevalência
<b>Déficit de peso</b>						
<b>Total (1)</b>	<b>2 215</b>	<b>1,6</b>	<b>1 104</b>	<b>1,7</b>	<b>1 112</b>	<b>1,5</b>
18 a 24 anos (2)	-	-	-	-	-	-
25 a 39 anos	876	1,9	541	2,4	335	1,4
40 a 59 anos	441	0,8	230	0,9	212	0,7
60 anos e mais	898	2,6	333	2,2	565	2,9
<b>Excesso de peso</b>						
<b>Total</b>	<b>95 901</b>	<b>60,3</b>	<b>42 899</b>	<b>57,5</b>	<b>53 002</b>	<b>62,6</b>
18 a 24 anos	7 434	33,7	2 850	25,7	4 585	41,7
25 a 39 anos	26 817	57,6	13 087	58,3	13 730	57,0
40 a 59 anos	39 497	70,3	17 533	67,1	21 964	73,1
60 anos e mais	22 153	64,4	9 429	63,3	12 724	65,3
<b>Obesidade</b>						
<b>Total</b>	<b>41 230</b>	<b>25,9</b>	<b>16 252</b>	<b>21,8</b>	<b>24 978</b>	<b>29,5</b>
18 a 24 anos	2 366	10,7	876	7,9	1 490	13,5
25 a 39 anos	11 038	23,7	4 333	19,3	6 705	27,9
40 a 59 anos	19 305	34,4	7 889	30,2	11 415	38,0
60 anos e mais	8 521	24,8	3 153	21,2	5 368	27,5

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

(1) Não inclui o grupo de idade de 18 a 24 anos. (2) A amostra não permitiu estimativas com a precisão desejada.

Quadro 2 – Prevalência do déficit, excesso de peso e obesidade estratificada por idade. Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde, 2019/IBGE, 2020

Neste cenário, os dados relacionados ao sexo apontam que 22,8% dos homens e 30,2% das mulheres brasileiras estão com obesidade. A faixa etária mais afetada é a de 40 a 59 anos de idade, seguida da população entre 25 e 39 anos. Observa-se, no geral, que o percentual de pessoas obesas, nos últimos 20 anos aumentou em mais de 100% em ambos os sexos e que adultos em idade laboral produtiva são os mais afetados por tal diagnóstico. Estima-se que 3,6 milhões de brasileiros apresentavam obesidade em 2019 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2020; MALVEIRA et al, 2021).

Dados específicos e relacionados a prevalência global e brasileira da obesidade mórbida, extrema ou grau III (Índice de Massa Corporal  $\geq 40$  kg/m<sup>2</sup>) são escassos, mas observa-se maior preocupação e, conseqüentemente aumento de pesquisas com a população nos últimos 10 anos. Uma pesquisa utilizando fonte de dados de mais de 200 países e territórios alcançando um número de 19,2 milhões de participantes adultos, sendo 9,9 milhões de homens e 9,3 milhões de mulheres, identificou aumento importante da obesidade mórbida de 1975 a 2014. Os dados demonstraram que na realidade mundial, a obesidade mórbida em 2014 foi de 0,64% para homens e 1,6% nas mulheres (DIETZ, 2015, 2016).

Pesquisas apontam que nos Estados Unidos entre os anos de 2017 a 2018, 9,2% da população apresentava obesidade mórbida. A prevalência foi mais alta em adultos entre 40 e 59 anos de idade, seguida da população de 20 a 39 anos. No que se refere ao sexo, as mulheres representaram 11,5% enquanto os homens 6,9%. Os dados apontam que, mesmo os estados Unidos sendo um país desenvolvido, a prevalência de obesidade mórbida passou de 4,7% em 1999 para 9,2% em 2018 no país (CRAIG et al, 2020).

No Brasil, dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) entre os anos de 2006 a 2017, aplicados em um estudo transversal descritivo de tendência temporal, evidenciaram aumento considerável da obesidade mórbida na população brasileira adulta, tais dados corroboram com a realidade apresentada nos Estados Unidos (MALTA et al, 2019).

Tabela 2 – Tendência de obesidade mórbida na população das capitais brasileiras, segundo características sociodemográficas entre os anos de 2006 a 2017

Tendência de obesidade mórbida na população das capitais brasileiras, segundo características sociodemográficas. *Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel)*, 2006 a 2017.

Variáveis	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Valor de p	Inclinação	R <sup>2</sup>
Total	1,1	1,0	0,9	1,2	1,2	1,2	1,5	1,5	1,6	1,7	1,6	1,7	< 0,001	0,073	0,869
Sexo															
Masculino	0,9	0,8	0,5	0,7	0,8	0,8	1,0	1,2	1,2	1,1	1,2	1,4	< 0,001	0,060	0,692
Feminino	1,3	1,2	1,3	1,6	1,6	1,4	2,0	1,8	1,9	2,2	2,0	1,9	< 0,001	0,080	0,759
Idade (anos)															
18-24	0,3	0,5	0,6	0,5	0,3	0,3	0,3	0,3	0,6	0,9	0,9	0,6	0,072	0,033	0,287
25-34	0,9	0,9	0,7	1,0	0,9	1,0	1,4	1,1	1,8	1,8	1,6	1,5	< 0,001	0,090	0,708
35-44	0,9	1,0	1,1	1,2	1,3	1,2	1,6	1,8	1,8	2,2	2,4	2,1	< 0,001	0,134	0,917
45-54	1,7	1,7	0,9	1,7	1,9	1,9	1,8	2,1	1,4	1,9	1,6	2,1	0,243	0,033	0,133
55-64	1,6	1,2	1,6	1,4	1,9	1,2	2,7	2,4	1,9	1,9	1,8	1,6	0,239	0,045	0,135
≥ 65	1,9	1,0	1,1	1,6	1,6	1,3	1,8	1,9	2,0	1,2	1,3	1,9	0,450	0,024	0,058
Escolaridade (anos)															
0-8	1,8	1,6	1,2	1,8	2,0	1,5	2,1	2,4	2,6	2,3	2,7	2,8	< 0,001	0,120	0,731
9-11	0,5	0,5	0,8	0,9	0,7	0,9	1,4	0,9	1,3	1,6	1,3	1,4	< 0,001	0,090	0,767
≥ 12	0,5	0,6	0,6	0,6	0,7	0,9	0,9	1,2	0,6	1,0	1,0	0,9	0,010	0,043	0,499
Região															
Norte	1,3	1,1	1,2	1,4	1,4	1,3	1,8	1,3	1,7	2,3	1,6	1,8	0,007	0,068	0,523
Nordeste	0,9	1,2	1,2	1,4	1,5	1,3	1,3	1,5	1,8	1,4	1,8	1,7	< 0,001	0,062	0,697
Centro-oeste	0,6	0,8	0,9	0,8	0,8	1,0	1,3	1,2	2,0	1,0	1,3	1,1	0,028	0,064	0,394
Sudeste	1,3	1,0	0,7	1,2	1,2	1,1	1,7	1,7	1,3	2,0	1,7	1,8	0,003	0,082	0,592
Sul	1,1	0,8	1,2	0,9	1,1	0,9	1,3	1,3	1,5	1,5	1,4	1,5	0,002	0,056	0,641

Fonte: MALTA et al, 2019.

Dados apontam tendência de aumento significativo na faixa etária entre 25 a 44 anos e maior prevalência de obesidade em pessoas do sexo feminino (1,3%, em 2006, e 1,9%, em 2017 – inclinação 0,080, respectivamente) quando comparado ao sexo masculino (0,9% e 1,4%). Observa-se maiores prevalências nas regiões norte e sudeste do país e em pessoas com menor grau de escolaridade sendo as prevalências aumentadas naquelas com 0 a 8 anos de estudo (MALTA et al, 2019).

Estudos epidemiológicos apontam que a taxa de mortalidade de pacientes com obesidade mórbida é duas a três vezes maior do que em pessoas com IMC eutrófico e a perda de peso resulta em uma melhora considerável das comorbidades clínicas e qualidade de vida. No que se refere ao tratamento com evidência científica, observa-se que o tratamento clínico multiprofissional das pessoas que apresentam obesidade mórbida apresenta menos resultados que o tratamento cirúrgico. Destaca-se que o procedimento cirúrgico, com acompanhamento adequado para levantamento dos riscos e benefícios, ainda apresenta melhor possibilidade de sucesso em longo prazo na maioria dos pacientes (TRINDADE et al, 2013; ARTERBURN, 2020).

Observa-se também a necessidade de políticas públicas e de mudança nos hábitos culturais da população, pautadas em estratégias de alimentação mais saudável e no aumento na realização de atividade física (MALTA et al, 2019).

#### 1.4 COMORBIDADES ASSOCIADAS À OBESIDADE

Compreender a obesidade enquanto doença não transmissível multicausal que está diretamente relacionada a outros diagnósticos provenientes de sua fisiopatologia é fundamental. Além da perda da qualidade de vida, da inatividade laboral, de interferência nas atividades diárias, desconforto ou incapacidade em realizar atividades motoras e estresse, a obesidade compromete diretamente a funcionalidade de pessoas obesas. Em se tratando da mórbida, as limitações podem ser cinco vezes maiores. Tais dificuldades são potencializadas quando relacionadas às comorbidades como hipertensão arterial, diabetes *melittus* tipo 2, cardiopatias, dentre outras (LIOU; PI-SUNVIER; LAFERRÈRE, 2005; REJESKI et al., 2012; FORHAN, GILL, 2013).

A obesidade então, compromete diretamente a saúde, causando doenças relacionadas a condições secundárias agudas e crônicas como aumento da hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus tipo 2, doenças coronarianas, cardiovasculares, osteoarticulares, pulmonares, hepáticas, dislipidemia e cânceres (ABESO, 2016; MALTA, 2019).

A resistência insulínica e a Diabetes Mellitus (DM2) são os distúrbios metabólicos mais associados à obesidade por ser a complicação mais comum, já que a maioria das pessoas obesas apresentam tal comorbidade. A relação entre ambas está diretamente ligada ao ganho de peso, pois para cada aumento de 1 kg no peso corporal, há um risco 4,5% maior de desenvolver DM2, ao aspecto inflamatório do tecido adiposo e sua relação com a disfunção metabólica (LEITNER, 2017).

Outra comorbidade comumente associada à obesidade é a Hipertensão Arterial (HS). Estima-se que 40% das pessoas obesas apresentam este diagnóstico. Fatores genéticos, epigenéticos, dietéticos e ambientais são considerados como importantes para essa doença que estão diretamente relacionados à disfunção dos adipócitos, sistema nervoso simpático, disfunção do sistema renina-angiotensina-aldosterona, mudanças funcionais e estruturais nos sistemas renal, cardíaco e vascular (OUTÓN, 2020).

Nota-se, então que a obesidade, principalmente a mórbida também pode causar alterações nas funções cardíacas por ser uma condição relacionada a hipertensão arterial e que predispõe à disfunção ventricular, com aumento de câmaras esquerdas, disfunção diastólica,

hipertrofia ventricular esquerda, indicadores de disfunção diastólica, rigidez na aorta e aumento do débito cardíaco. A obesidade mórbida predispõe à cardiomiopatia da obesidade; mesmo sem antecedentes de doença cardíaca estrutural ou hipertensão arterial sistêmica (ALPERT et al., 2014; OUTÓN, 2020).

Como observado nos levantamentos demográficos, os índices de obesidade e obesidade mórbida são alarmantes em pessoas adultas em idade reprodutiva. A literatura apresenta evidências na relação entre obesidade e sistema reprodutivo feminino e masculino.

Estudos apontam que a infertilidade é maior em mulheres obesas e com excesso de adiposidade central causando disfunção ovulatória devido à desregulação do eixo hipotálamo-hipófise-ovariano, síndrome dos ovários policísticos, alteração no ciclo menstrual e taxa de implantação com fecundidade reduzida até mesmo na fertilização in vitro (BROUGHTON, MOLEY, 2017).

No sexo masculino, evidências apontam que a obesidade pode impactar negativamente o potencial reprodutivo, devido a anormalidades endócrinas com comorbidades associadas e efeitos diretos sobre qualidade e o rendimento da espermatogênese (CRAIG, 2017).

Quanto ao risco aumentado de câncer em pessoas obesas, estudos apontam associação ao de mama, cólon, endométrio e próstata, colorretal, câncer esofágico e renal. Destaca-se ainda a obesidade como fator que leva ao pior prognóstico nos cânceres de mama e cólon (SALAÜN, 2017, MACKENZIE et al, 2018; LAUBY-SECRETAN et al, 2019).

Outro prognóstico comum em pessoas com obesidade, principalmente a mórbida, é o risco aumentado de sintomas respiratórios e a síndrome da apnéia obstrutiva do sono. Pessoas com excesso de peso comumente relatam limitação do fluxo expiratório especialmente durante a prática de exercícios e aumento do esforço mecânico necessário para a respiração devido a adiposidade excessiva na região superior do tronco. Mesmo sem compreensão exata dos mecanismos associados entre obesidade e asma sabe-se que existe uma relação estreita entre os processos inflamatórios decorrentes da obesidade e a desregulação metabólica, com os quadros de asma. (DE CARVALHO AGUIAR, 2011, MIETHE, 2020).

As comorbidades mais comuns relacionadas à obesidade apresentadas anteriormente demonstram o impacto do peso, principalmente quando grave, como na obesidade mórbida, na saúde, funcionalidade, desempenho das ocupações diárias e qualidade de vida das pessoas com este diagnóstico e, principalmente com comorbidades associadas.

## 1.5 FISIOPATOLOGIA DA OBESIDADE

Os mecanismos associados à obesidade são múltiplos, complexos e envolvem fatores dietéticos, ambientais, genéticos e também epigenéticos. No que se refere aos mecanismos fisiopatológicos relacionados, estes estão sendo amplamente estudados na atualidade a fim de se compreender os efeitos do excesso de peso no organismo e o comportamento alimentar relacionado à distúrbios hormonais, regulação do apetite e saciedade. Sabe-se que mutações genéticas como por exemplo no gene *ob*, o qual codifica o hormônio do tecido adiposo leptina<sup>16</sup>, distúrbio na homeostase energética (que também pode ser hereditária) e disfunções no hipotálamo estão diretamente relacionadas ao consumo anormal de alimentos (BLÜHER, 2019; OUTÓN, 2020).

Estimativas apontam que a taxa de herdabilidade da obesidade é alta, variando de 40 a 70%, mas vale destacar a existência de mecanismos genéticos subjacentes. No que se refere aos efeitos fisiopatológicos e metabólicos, sabe-se que os adipócitos são influenciados pela distribuição e quantidade de tecido adiposo presente e que, a secreção em excesso de adipocinas pró-inflamatórias por adipócitos e macrófagos dentro do tecido adiposo, podem evocar um processo inflamatório sistêmico de baixo grau, no organismo obeso (HEYMSFIELD et al, 2017).

Durante este processo inflamatório, observa-se também a elevação nos níveis plasmáticos de ácidos graxos livres, que conseqüentemente aumentam a massa do tecido adiposo. Tais fatores influenciam no aumento dos hepatócitos, causando quadro de esteatose hepática devido ao excesso de adiposidade. Outro processo metabólico associado à obesidade refere-se à um estado de resistência insulínica, o qual é diretamente influenciado pela presença de citocinas inflamatórias, aumento dos ácidos graxos livres e acúmulo de lipídicos intermediários como, por exemplo a ceramidas, em alguns tecidos não adiposos. Destaca-se que tal processo relacionado ao acúmulo excessivo de lipídicos pode ocasionar lipotoxicidade com disfunção celular e, até mesmo, apoptose (HEYMSFIELD et al, 2017).

Vale destacar, que dentre as relações mais evidentes associadas à obesidade, a síndrome metabólica explica a relação entre o excesso de adiposidade, principalmente na região abdominal, a disfunção dos adipócitos em pacientes obesos e a contribuição desta para a resistência insulínica. Observamos então relação entre a fisiologia e a distribuição anatômica da obesidade (AZAMBUJA, 2015).

Estudos recentes preconizam que a microbiota intestinal, a qual colabora com o metabolismo convertendo, por exemplo, a ingesta em nutrientes e energia, está associada à

obesidade e ao excesso de peso corporal. Tais pesquisas sugerem que o excesso de gordura e proteínas, associado à baixa ingestão de fibras, estão relacionados ao aumento da produção de citocinas pró-inflamatórias e níveis séricos de lipopolissacarídeos. Tal processo favorece o desequilíbrio das bactérias gastrointestinais em que a maior proporção de Firmicutes do que Bacteroidetes, gera uma “microbiota obesogênica” e quadro de disbiose, relacionado ao aumento das bactérias patogênicas em detrimento das benéficas presentes no intestino, o que induz processos inflamatórios (SILVA et al, 2021).

Além de colaborar na conversão de alimentos em energia, a microbiota intestinal está relacionada a outras funções metabólicas como motilidade intestinal, apetite, síntese de vitaminas, aminoácidos e vitaminas lipossolúveis. Dessa forma, além dos processos inflamatórios, estudos relacionados à nutrição sugerem que tal desequilíbrio também está associado a distúrbios imunológicos, suscetibilidade à diabetes, doenças cardiovasculares e doenças hepáticas. Dessa forma, diante tais evidências, pesquisas atuais visam elucidar como hábitos alimentares e, até mesmo, a suplementação alimentar, podem contribuir enquanto estratégias complementares na prevenção e controle da obesidade (VITIATO, BENINCA, MAZUR, 2022).

## 1.6 FUNCIONALIDADE, DESEMPENHO OCUPACIONAL, ENFRENTAMENTO RELIGIOSO/ESPIRITUAL E OBESIDADE MÓRBIDA

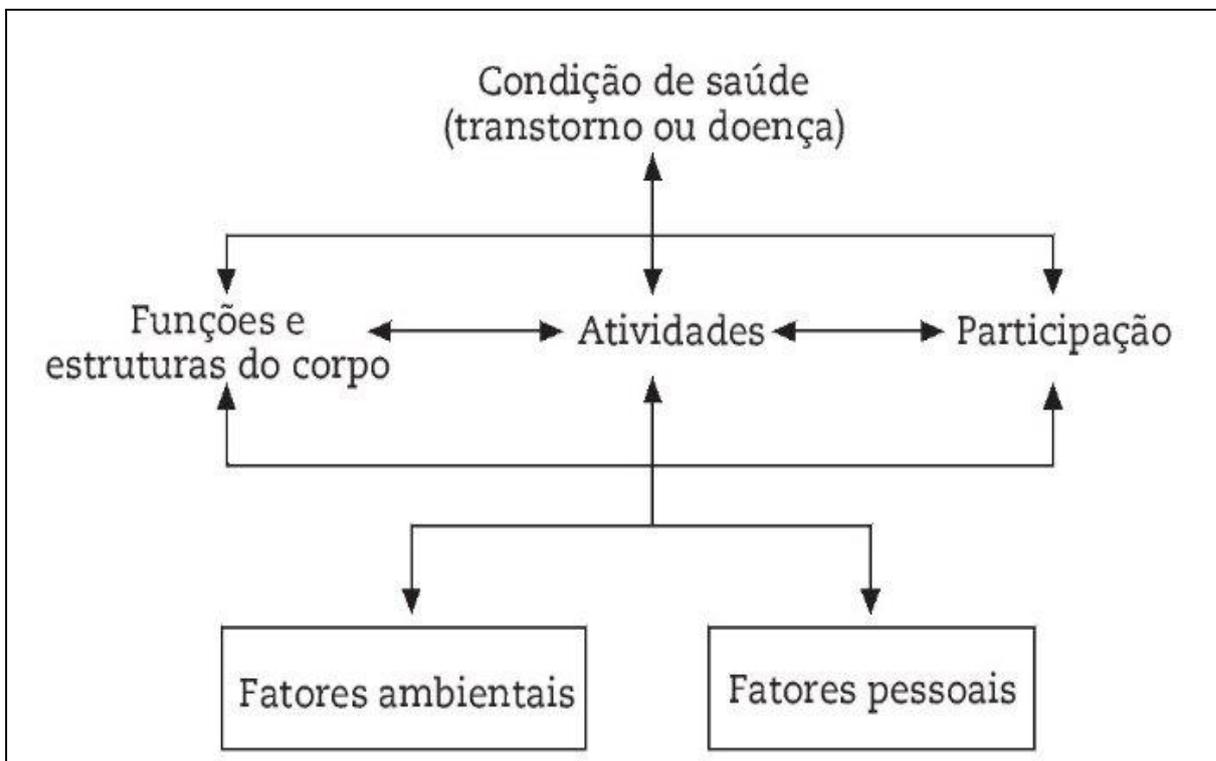
Ao identificar as comorbidades e condições de saúde que podem ser causadas pela obesidade mórbida, observa-se uma relação importante entre obesidade e funcionalidade, principalmente ao enfatizarmos a funcionalidade enquanto componente da saúde associada à um processo multicausal pautado nos preceitos da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Destaca-se que a CIF descreve condição de saúde enquanto um termo genérico utilizado para designar doença, lesão ou trauma, distúrbios e até mesmo, circunstâncias como estresse, envelhecimento, anomalia congênita ou predisposição genética. Tal ferramenta foi elaborada com o intuito de estabelecer uma padronização unificada e universal em saúde a fim de propiciar comunicação entre políticas públicas, ciências, educação e saúde, além de abranger estados relacionados ao seu entendimento (OMS, 2003; SILVEIRA 2016).

Considerada também pela Organização Mundial de Saúde enquanto modelo teórico mais indicado para discutir e classificar a funcionalidade, a CIF apresenta aplicabilidade

universal e reafirma a saúde enquanto processo multicausal entre componentes como: condições de saúde, corpo, funções e estruturas, atividades, participação e fatores contextuais.

O uso da CIF, regulamentado no Brasil por meio da resolução nº452 de 2012, e utilizado por vários profissionais de saúde, visa proporcionar uma linguagem única e universal sobre a funcionalidade e apresenta esta enquanto uma complexa interação entre todos os seus componentes, principalmente por analisar, dentre outros, fatores ambientais e pessoais para o conhecimento de determinantes condições de saúde, como apresentado no modelo explicativo abaixo:

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



Fonte: Organização Mundial de Saúde, 2003.

Tais componentes associados à fatores ambientais, pessoais e a uma condição de saúde, principalmente relacionadas às funções, estruturas e sistemas do corpo, visam identificar, na prática clínica, as principais limitações no desempenho de atividades cotidianas e da participação social dos sujeitos avaliados, principalmente por profissionais da área atuantes enquanto terapeutas ocupacionais (DE OLIVEIRA et al, 2022).

Ao relacionar tais componentes à obesidade mórbida, verifica-se a influência dessa condição nas atividades e desempenho ocupacional de pessoas com tal diagnóstico na execução de tarefas cotidianas. (CASTRO, CASTANEDA, SILVEIRA, 2014; BORGES et al, 2019).

A CIF então, ao ser utilizada por terapeutas ocupacionais, está em consonância com os conceitos relacionados ao desempenho ocupacional, ao passo que aborda a multifatorialidade das condições de saúde, em conformidade com os componentes Atividade e Participação, os quais refere-se à capacidade na realização do sujeito de suas ocupações em diferentes contextos de vida (DE OLIVEIRA et al, 2022).

O desempenho ocupacional então, enquanto capacidade humana avaliada e estudada profundamente por terapeutas ocupacionais, pode ser observado em padrões os quais são definidos por meio da rotina, rituais e hábitos. Tais padrões apoiam ou criam obstáculos ao estilo de vida dos sujeitos, facilitando ou dificultando a execução de papéis de modo apropriada e satisfatória (GOMES, TEIXEIRA E RIBEIRO, 2021).

Ao refletir sobre os padrões de desempenho ocupacional vivenciados pelas pessoas com obesidade mórbida nota-se que a alimentação em excesso e o acúmulo de gordura corporal podem ser um obstáculo tanto na realização de atividades cotidianas e sociais quanto na gestão do tempo dessas atividades por essas pessoas. Portanto, utilizar instrumentos validados cientificamente para selecionar o impacto da obesidade na satisfação e identificação de problemas no desempenho ocupacional de obesos em diferentes áreas torna-se fundamental. Vale destacar que, a expressão religiosa e espiritual, encontra-se dentre atividades cotidianas importantes para o desempenho ocupacional humano e participação na comunidade que apoiam o estilo de vida (GOMES, TEIXEIRA, RIBEIRO, 2021).

Em terapia ocupacional considera-se enquanto expressão religiosa e espiritual a capacidade do sujeito em envolver-se em papéis ocupacionais relacionados a organizações e práticas religiosas ou espirituais. Tais papéis podem desempenhar diferentes funções para o sujeito como desenvolver autorrealização pautadas na conexão com o poder divino, significado espiritual e/ou valor religioso. Também está relacionado à tal expressão a contribuição com a sociedade para um propósito maior, prática de rezas, cantos, contemplação espiritual e frequentar instituições sociais religiosas como templos, igrejas, dentre outros (GOMES, TEIXEIRA, RIBEIRO, 2021).

Partindo do princípio de que a expressão religiosa e espiritual faz parte das atividades cotidianas desempenhadas em sociedade, torna-se fundamental discutir o enfrentamento

religioso/espiritual enquanto estratégia para lidar com situações estressoras ou desafiantes cotidianas, como por exemplo, a obesidade.

Historicamente, buscamos conhecimentos científicos da relação entre religiosidade, espiritualidade e saúde. Conceitualmente, considera-se religião enquanto um conjunto de crenças, ações e práticas sustentadas em rituais, e valores baseados em escrituras ou ensinamentos associadas ao transcendente que aproximam o sujeito da religiosidade, a qual envolve a prática de atividades de um sujeito relacionadas às suas crenças. Destaca-se que a religiosidade, enquanto prática pautada em um sistema de crenças, podem ou não ser ancoradas em uma religião (DE OLIVEIRA VALENTE et al 2016).

Já a espiritualidade, enquanto componente estruturante da vida humana, está relacionada a um sentido maior que o existencial, pauta-se em dimensões transcendentes e na relação do sujeito com o sagrado, considerada então enquanto a busca pelo significado e sentido da vida, que pode ou não estar alicerçada à uma prática religiosa formal, mas que está intimamente conectada à manutenção e ao fortalecimento da saúde física, mental e social (DE OLIVEIRA VALENTE et al 2016; FAUSTINO, PINHEIRO, ADAMI, 2023).

Para tanto, a literatura científica endossa associação em várias pesquisas entre envolvimento religioso/espiritual e saúde física, mental e social. Tais associações dão-se devido o uso de práticas e crenças religiosas e espirituais, denominadas estratégias de enfrentamento religioso/espiritual, enquanto estruturas que podem ou não oferecer condições de superação e enfrentamento de adversidades e situações estressantes (DE OLIVEIRA VALENTE et al 2016).

Destaca-se que as estratégias de enfrentamento adaptativo religioso/espiritual podem ser consideradas positivas ou negativas. As estratégias de enfrentamento são denominadas adaptativas positivas quando possibilitam, por exemplo, a reavaliação religiosa benevolente, colaborativa, fornece a geração de conforto, alívio, apoio espiritual, segurança, transformação de sentimentos negativos em positivos e conexão com forças transcendentes. Já as estratégias de enfrentamento são denominadas adaptativas negativas ao reavaliar seu Deus como punitivo, demoníaco e salvador único das situações estressoras, por exemplo (PARGAMENT et al, 2001)

Contudo, observa-se na literatura científica quanto a saúde mental e pública, que pessoas que utilizam as estratégias de enfrentamento religioso espiritual adaptativas positivas para lidar com situações estressantes, apresentam maiores escores de esperança, otimismo, satisfação de vida, percepção de bem estar, menor probabilidade em apresentar

comportamentos de risco, além de níveis reduzidos de depressão e ansiedade, por exemplo. (PANZINI, BANDEIRA, 2007).

## 1.7 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E OBESIDADE MÓRBIDA

A epidemia da obesidade está diretamente relacionada à saúde e economia brasileira e mundial. Considerada um dos principais fatores associados com a mortalidade e a carga global de doenças, a obesidade têm se destacado como tema relevante devido a cronicidade que acompanha tal diagnóstico e consequências subjacentes. No Brasil, esta doença crônica é considerada uma questão de saúde pública, social e de segurança alimentar. Para tanto visa-se o estabelecimento de ações intrasetoriais e reforçam a intersetorialidade na estrutura de saúde vigente, objetivando propostas mais saudáveis para a comercialização e consumos de alimentos, além da alteração das práticas alimentares (DIAS et al, 2017; JASTREBOFF, 2018).

Tais ações e propostas se pautam nas diretrizes de enfrentamento das Nações Unidas sobre Nutrição (2016-2025), a qual reforça a obesidade enquanto um problema nutricional, relacionado principalmente ao consumo de alimentos ultraprocessados em diversas regiões e com efeitos negativos diretos na saúde. A obesidade torna-se, então, um desafio com carga dupla para os sistemas de saúde (NILSON, BRITO, OLIVEIRA, 2020).

Especificamente no Brasil, preconiza-se em suas políticas de saúde pública, ações preventivas objetivando a melhora da qualidade de vida em ações intersetoriais individuais e coletivas, realizadas no âmbito para a redução da prevalência da obesidade e das doenças crônicas relacionadas à alimentação e nutrição (IBGE, 2020).

Existem várias portarias que pontuam sobre a obesidade, a mais recente, a Portaria nº 62 publicada em 6 de janeiro de 2017, altera a Portaria nº 424/GM/MS publicada no dia 19 de março de 2013 e redefine as diretrizes da organização 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, estabelecendo regulamento de normas técnicas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao indivíduo com obesidade. Tal portaria pontua principalmente a descentralização dos cuidados referentes à obesidade, repassando as ações de cuidado e dando mais autonomia aos municípios e estados para tal intervenção (BRASIL, 2017).

Quanto à promoção de saúde, temos também a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNaPS), que pontua a importância da autonomia e a singularidade dos sujeitos e dos

territórios, além de reforçar que o engajamento dos profissionais nos serviços de saúde deve ocorrer de maneira interdisciplinar, objetivando melhor formação clínica e atendimento eficiente, eficaz e de qualidade. Observa-se então a importância da junção e colaboração entre evidências científicas, políticas de saúde adequadas e atendimento individualizado e de qualidade (DIAS et al., 2017).

Vale destacar que, especificamente para a obesidade mórbida, mantém-se em vigor a Portaria nº 425 GM/MS de 19 de março de 2013, a qual regulamenta, no Âmbito Hospitalar, a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade Mórbida, apresentando regulamento e normas técnicas para os trâmites relacionados a intervenção cirúrgica, ressaltando que a cirurgia bariátrica deve ser custeada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2013).

Em suma, observa-se que a maior parte dos gastos do SUS estão relacionadas à atendimentos ambulatoriais e hospitalares, bem como na distribuição gratuita de medicamentos para controle de doenças crônicas pelo Programa Farmácia Popular, dentre as quais está a obesidade e as comorbidades associadas. Porém, no que se refere à intervenção, a literatura aponta que o gerenciamento de pacientes com obesidade deve pautar-se em uma intervenção interprofissional e utilizar-se de diferentes abordagens para tratamento. Destaca-se a necessidade de se fundamentar tratativas médicas em evidência científica com farmacoterapia adequada e, se indicado, inclusão de dispositivos ou cirurgia bariátrica. Concomitantemente, o tratamento com os outros profissionais que compõem a equipe devem pautar-se em mudanças comportamentais que incluem alteração do estilo de vida, padrão alimentar, e aumento da realização de atividade física (GADDE et al, 2018, NILSON, BRITO, OLIVEIRA, 2020).

## 2 JUSTIFICATIVA

Mesmo diante de avanços políticos, sociais e tecnológicos na área da saúde, estudos revelam que a obesidade mórbida é uma realidade que tende a aumentar em vários países. Pesquisas destacam que a obesidade mórbida também carece de cuidados específicos para compreender as necessidades e oferecer atendimento e cuidado integral adequado, eficaz e eficiente a tal população. Diante do panorama da obesidade mórbida no Brasil, é de interesse analisar as variáveis de funcionalidade a partir dos conceitos da CIF, o desempenho ocupacional, estresse percebido e enfrentamento religioso/espiritual de pessoas com obesidade mórbida. Além de correlacionar tais variáveis, a pesquisa justifica-se pelo fato de que 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. Torna-se fundamental então verificar as estratégias utilizadas pelos pacientes com tal diagnóstico para enfrentar os desafios do seu dia-a-dia. Dessa forma, analisar e correlacionar tais aspectos será essencial para compreender de forma biopsicossocial as características dos obesos mórbidos e como estes enfrentam tal diagnóstico devido à funcionalidade, execução em vários papéis desempenhados, os níveis de estresse percebido e a função de sua religiosidade e espiritualidade no enfrentamento desses processos. Por conseguinte, a prevalência desta doença pode representar um fardo clínico devido à falta de preparo de alguns profissionais em lidar com a população obesa, sendo importante compreender tais fatores para ampliar a compreensão científica e aprimorar ações práticas em saúde, políticas públicas, gestão dos serviços de saúde e processos de saúde e doença relacionados à obesidade.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar as relações entre as variáveis funcionalidade, estresse e coping religioso espiritual em pessoas com obesidade mórbida.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Caracterizar a população do estudo quanto a dados socioeconômicos e clínicos atendidos em um ambulatório de obesidade de um hospital universitário;
- Verificar a funcionalidade em pessoas com obesidade mórbida,
- Analisar o desempenho ocupacional de pessoas com obesidade mórbida;
- Avaliar a presença de estresse percebido;
- Avaliar o nível de Coping Religioso/Espiritual utilizado por pessoas com obesidade mórbida;

## 4 RESULTADOS

### 4.1 ARTIGO 1

TÍTULO: Perceived Stress and Religious Coping in Morbidly Obese People

SITUAÇÃO: Publicado em maio de 2022 na revista Global Journal of Health Science.

#### ABSTRACT

**Objective:** To assess religious/spiritual coping in morbidly obese people and to correlate its relation to Perceived Stress. **Method:** Cross-sectional, non-experimental, quantitative study, with collection carried out between September 2020 and July 2021. The analyzes were based on absolute and relative frequency, central tendency, Shapiro-Wilk normality test and Spearman correlation coefficient. **Results:** We obtained 41 participants, 29.27% men and 70.73% women. Utilization scores were high for Religious and Spiritual Coping Scale (SRCOPE), Total SRCOPE (TSRCOPE) (M = 3.6, SD = 0.4), medium for Positive SRCOPE (PSRCOPE) (M = 3.1, SD = 0.7) and low use of Negative SRCOPE (NSRCOPE) (M = 1.9, SD = 0.6). The correlation between the 14 questions of the Perceived Stress Scale (PSS) and the SRCOPE showed a positive association between TSRCOPE, PSRCOPE ( $p=0.031$  and  $r=0.337$ ) and NSRCOPE ( $p=0.002$  and  $r=0.477$ ), indicating that morbidly obese people believe in positive or negative influence of spirituality and religiosity in their lives. The correlations between factors PSRCOPE 1, 2, 3, 4, 5, 6 and 7 with the PSS items showed significant associations in practically all questions, especially in PSRCOPE 1, suggesting that participants use their religiosity and spirituality in coping everyday life. **Conclusion:** Stress, whether chronic or acute, plays an important role in the maintenance of morbid obesity and the strategy of spiritual religious coping can be appropriate and beneficial to the population in question. Cross-sectional and longitudinal studies with a more robust sample are needed in order to obtain generalized data for the entire Brazilian population.

**Keywords:** morbid obesity, religious confrontation, spirituality, spiritual confrontation, psychological stress

## Introduction

Considered a worldwide epidemic, obesity permeates clinical, scientific, ethical and aesthetic discussions. It is a chronic, multicausal and metabolic disease related to a nutritional and public health problem. The implications of such a diagnosis on the obese person and on the health system has become a worldwide concern in recent decades, mainly due to the substantial increase in global prevalence (Jastreboff, Kotz, Kahan, Kelly, & Heymsfield, 2019; Jaacks et al., 2019).

Due to the clinical and public severity, the World Health Organization (WHO) and other related organizations characterize obesity as a debilitating disease and worthy of attention by financial institutions, as it directly impacts public economic and organizational factors (Jastreboff et al., 2019).

Defined as a positive energy balance caused by excessive accumulation of adipose tissue in body composition, this health condition is directly related to reduced life expectancy. Its consequences last as a result of the diagnosis itself and it is estimated that obese people can lose 5 to 20 years in their life expectancy, depending on the related comorbidities (Blüher, 2019).

Obesity, as a relevant factor, due to the accumulation of comorbidities and changes in body composition, has an important impact during the aging process, being currently suggested as a risk factor for frailty in the elderly, which can lead to a sharp increase in health expenditures and population disability. In the elderly and obese population, conditions such as sarcopenic obesity, frailty, disability and problems in the social and psychological areas, for example, are observed. Such conditions directly impact health and quality of life during aging, mainly because they have similar physiological functions and are associated with different comorbidities (Ghosh, Sinha, & Raghunath, 2019; Landré et al., 2020).

The comorbidities most associated with this non-communicable disease, described in the International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10) through the code E66.0 are: Type 2 Diabetes Mellitus (T2DM), systemic arterial hypertension, cardiovascular, hepatic, osteoarticular diseases, male and female infertility and different types of cancers. It is known that this chronic disease is directly related to early deaths worldwide, and obesity associated with the aforementioned comorbidities is considered one of the main causes of mortality and disability (Blüher, 2019).

Obesity is related to several etiological factors, which involve psychological, physical, social, environmental and cultural components. Such components are related to behavioral

changes, difficulties in performing daily activities, binge eating, depression, anxiety, stress, among other psychological, emotional and social disorders. The fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (American Psychiatric Association, 2014) highlights that, while not being a mental disorder, obesity also involves behavioral disorders. Clinical and public health attention is needed for disorders resulting from this health condition (American Psychiatric Association, 2014; Lima & Oliveira, 2016; Cotter & Kelly, 2018).

In the biological and physiological scope, stress directly interferes with cortisol levels and such activation is related to the hypothalamic-pituitary-adrenal axis. It is observed that, when in high concentration, this hormone causes alteration in the dietary pattern and reduces the brain's sensitivity to leptin, promoting an increase in caloric intake. Stress is considered, due to the aforementioned mechanism, a predictor of the increase in abdominal adiposity and body mass index (BMI), as it is directly related to weight gain with excess fat deposition, mainly central (Cotter & Kelly, 2018; Tomiyama, 2019).

Chronically elevated cortisol levels due to stressful conditions interfere with hippocampal structure and function. This process produces biological changes such as memory and cognition problems. It is also noteworthy that this situation is usually triggered when the subject does not have an arsenal of coping strategies in the face of stressful situations (Cotter & Kelly, 2018; Tomiyama, 2019).

Religious-spiritual coping is observed as a coping strategy, when subjects turn to their religion or spirituality in the face of difficult situations in order to seek meaning, control, spiritual comfort, intimacy with God or life transformation through pursuit of emotional, psychological and physical well-being (Panzini & Bandeira, 2007).

Studies suggest that this coping strategy, religious-spiritual coping, can be considered a protective factor for the physical and mental health of different populations. There is a relationship between weight and religiosity/spirituality in different cultures and age groups (Dunn et al., 2020; Bharmal, McCarthy, Gadgil, Kandula, & Kanaya, 2018).

Due to several factors, including the lack of behavioral or spiritual strategies, it is observed in the obese population, especially in people with morbid obesity, a behavioral pattern of increased intake of foods rich in fat and sugars. It is noteworthy that this can be a non-assertive and unhealthy reward strategy used by some people to deal with stressful events (Cotter & Kelly, 2018).

It is noteworthy that people with morbid obesity can use, as long as they have learned or had previous experience, several strategies for coping with stress, which are considered healthier practices than high levels of fat and sugar intake.

Specifically related to morbid obesity, we did not find studies in the literature that evaluated the relationship of this diagnosis with religiosity, spirituality and perceived stress, based on the selected instruments. Thus, the study in question aimed to correlate perceived stress and religious/spiritual coping with the hypothesis that morbidly obese people with higher predictive values of religiosity and spirituality had less perceived stress.

## **Methods**

This is a cross-sectional, non-experimental study based on a quantitative methodological approach. Data collection was carried out at the participants' homes or at the Obesity Outpatient Clinic linked to the Clinical Hospital of the Federal University of Triângulo Mineiro (UFTM). This institution is located in the city of Uberaba - Minas Gerais. It is noteworthy that the data collection of this research took place from September 2020 to July 2021, concomitant with the COVID-19 pandemic. Due to social distancing needs, participants were able to choose between the Obesity Outpatient Clinic or their homes for data collection. It is worth noting that all safety criteria related to protection against COVID-19 and ethical criteria have been ensured.

For the patient who chose to carry out the collection at home, the appointment was made on days and times previously established in person or by telephone.

The research population consisted of subjects with problems related to eating or endocrine disorders registered at the Obesity Outpatient Clinic and/or described in the service file books of professionals who worked in the sector in question. Research subjects were those with a BMI equal to or greater than 40kg/m<sup>2</sup>.

As for the inclusion criteria, adult patients between 20 and 59 years of chronological age, attended at the UFTM Obesity Outpatient Clinic or being followed up by at least one of the health professionals based in the place, and people with of BMI greater than 40kg/m<sup>2</sup> who had not yet undergone bariatric surgery. Exclusion criteria were based on patients who had difficulties in understanding the collection instruments and who had diagnoses of Cushing's Syndrome. This criterion was adopted for the non-compromise of the Perceived Stress Scale (Arnaldi et al., 2003).

Three instruments were used for the collection, respecting the description sequence below for the order of application with the research participants.

Socioeconomic and Clinical Questionnaire to characterize the study population in demographic and socioeconomic data such as age, marital status, number of children,

education level, professional activity, type of housing, composition and family income. Self-reported information was also collected on clinical health conditions such as obesity-associated comorbidities, medication use, and time since obesity was diagnosed. To quantify the anthropometric measurements, BMI and height were obtained using the height measurement technique according to the Frankfurt Plan (Ministério da Saúde, 2011).

The Perceived Stress Scale (PSS) was subsequently used, which aims to verify the existence of emotional states related to stress, measuring the degree to which individuals perceive situations as stressful. The instrument questions refer to feelings and thoughts, such as sadness, disability, stress, confidence and coping and controlling irritations, time and difficulties related to perceived stress observed in the last 30 days. It consists of 14 questions with responses on a Likert scale ranging from 0 to 4. The Likert scale has responses ranging from 0 (never) to 4 (always). It is noteworthy that there are negative questions that are added directly and others with a positive connotation that should have their scores inverted. The result of the scale is obtained from the sum of the 14 questions, the score can vary from 0 to 56, with the closer to 56 the greater the perceived stress. As for the validation of the instrument, there was a similar internal consistency ( $r=0.82$ ) to the reduced version ( $r=0.83$ ), which was verified using Cronbach's alpha coefficient (Luft, Sanches, Mazo, & Andrade, 2007).

Finally, the Religious/Spiritual Coping Scale (SRCOPE) was applied, used to assess Religious/Spiritual coping and positive or negative strategies in the face of stressful events (SRCOPE-Brief). It highlights that the CRE-Brief construct validation showed excellent levels of reliability in the positive dimension factors with internal consistency of 0.98 and negative of 0.86, both verified by Cronbach's alpha coefficient (Panzini & Bandeira, 2007).

The SRCOPE-Brief is based on 49 items grouped into 11 factors, 7 of which are positive and 4 are negative Religious/Spiritual Coping factors. It is noteworthy that the instrument, on a Likert scale with a score from 1 (not at all) to 5 (very much). The instrument must be answered taking into account the way in which the participant reacted to the previously mentioned stress situation.

The positive factors are related to: P1-Transformation of oneself and/or your life, P2-Actions in search of spiritual help, P3-Offering help to others, P4-Positive position towards God, P5-Actions in search of the other institutional, P6-Detachment through God/Religion/Spirituality and P7-Search for spiritual knowledge. The Negative Factors are based on N1-Negative revaluation of God, N2-Negative positioning towards God, N3-Dissatisfaction with the other institutional and N4-Negative revaluation of meaning.

The interpretation of the SRCOPE-Brief scale scores is analyzed based on the following parameters: values from 1.00 to 1.50: None or negligible; 1.51 to 2.50: Low; 2.51 to 3.50: Average and 4.51 to 5.00: Very High.

All ethical precepts were complied with and the participants received all explanations relevant to the study and signed the Free and Informed Consent Form. The research was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Triângulo Mineiro under protocol number 4.026.569. Participant names were coded by ordinal numbers to ensure anonymity and confidentiality.

### 2.1 Statistical Analysis

The data referring to the instruments were individually described and analyzed from the creation of a database in the Excel for Windows software (Microsoft Inc.), in a double typing process to avoid inconsistency. Subsequently, the variables were submitted to statistical analyzes and tests in the Statistical Package for Social Science - SPSS Statistics 21.0 software.

The analysis of categorical variables included absolute and relative frequency tables, while quantitative variables included measures of central tendency (mean and median) and variability (amplitudes and standard deviation).

To verify the behavior of the variables regarding normality, the Shapiro-Wilk normality test was applied. In the correlation analysis, the Spearman correlation coefficient was used. Significance was established with a p-value  $\leq 0.05$ .

## Results

The study population consisted of 41 participants according to the inclusion and exclusion criteria recommended in the method.

For the research, 268 people registered at the Obesity Outpatient Clinic and/or included in the service file books of the professionals responsible for the sector were contacted. From the initial sample, 227 people were excluded, with the following reasons: 39 for living in other cities; 91 did not have update contact phone numbers; 21 no longer met the inclusion criteria due to age, weight loss, or previous diagnosis of COVID-19; 59 did not accept to participate in the research due to the need for isolation from COVID-19, withdrawal from outpatient follow-up or other reasons, and 17 did not attend the third appointment at the clinic or were not found at their homes after the second scheduled visit.

Patients included in the study were predominantly female (n=29; 70.73%), aged  $36.85 \pm 8.94$  years and BMI of  $46.75 \pm 6.43$  kg/m<sup>2</sup>. In Tables 1 and 2, additional demographic data were also represented.

Table 1. Socio-demographic characterization of morbidly obese patients included in the study

	Mean	Standard deviation	Minimum	Maximum
Age (Years)	36.8	8.9	20.0	53.0
Years of Formal Study	5.3	1.6	2.0	19.0
Weight (Kg)	129.4	24.6	96.0	199.3
Height (m)	1.7	0.9	1.49	1.94
BMI (Kg/m <sup>2</sup> )	46.7	6.4	40.3	66.9
Follow-up time (Yrs-mo)	3.4	3.5	0	15.0

Table 2. Socio-demographic characterization regarding the percentage of variables gender, marital status, employment status, comorbidities and use of continuous medication associated with obesity of 41 participants followed up at the Obesity Outpatient Clinic of the Clinical Hospital of the Federal University of Triângulo Mineiro

		n	%
<b>Gender</b>			
	Male	12	29.3
	Female	29	70.7
<b>Marital status</b>			
	Single	18	43.9
	Married	10	24.4
	Divorced	6	14.6
	Cohabited /lives together	6	14.6
	Widower	1	2.5
<b>Work Status</b>			
	Working	30	73.2
	Unemployed	6	14.6
	Retired	5	12.2
<b>Comorbidities associated with obesity</b>			
	None	15	36.6
	Type 2 Diabetes Mellitus	5	12.2
	Arterial hypertension	16	39.0
	Cardiovascular disease	4	9.8
	Osteoarticular disease	11	26.8
	Depression	7	17.1
	Others	18	43.9
<b>Number of drugs used /day</b>			
	1	10	24.4

2	9	21.9
3	5	12.2
4	2	4.9
5	1	2.4
6 or more	3	7.3
None	11	26.8

Data referring to religious-spiritual coping used by morbidly obese people were collected according to use in terms of positive SRCOPE (PSRCOPE), negative SRCOPE (NSRCOPE), total SRCOPE (TSRCOPE); NSRCOPE/PSRCOPE ratio and description of all 7 positive and 4 negative factors from the instrument, as shown in Table 3.

Table 3. Results of the evaluation of religiosity and religious-spiritual coping of morbidly obese people

	<b>Mean</b>	<b>Standard deviation</b>	<b>Median</b>	<b>Minimum</b>	<b>Maximum</b>
PSRCOPE	3.1	0.8	3.1	1.4	4.7
NSRCOPE	1.9	0.6	1.9	0.1	3.2
TSRCOPE	3.6	0.4	3.7	2.7	4.4
NSRCOPE/PSRCOPE	0.6	0.2	0.6	0.3	1.3
PSRCOPE factors					
P1	3.1	1.0	3.1	1.0	4.8
P2	2.8	1.2	2.8	1.0	5.0
P3	3.1	1.0	3.2	1.0	4.8
P4	3.9	0.8	4.0	2.0	5.0
P5	2.7	1.2	2.5	1.0	5.0
P6	3.3	1.3	3.7	1.0	5.0
P7	2.0	1.0	1.7	1.0	4.7
NSRCOPE factors					
N1	1.5	0.9	1.2	1.0	4.4
N2	2.3	1.2	2.3	1.0	5.0
N3	1.6	0.8	1.5	1.0	4.3
N4	2.2	1.0	2.0	1.0	4.3

Note. PSRCOPE: positive religious-spiritual coping; NSRCOPE: negative religious-spiritual coping; TSRCOPE: total religious-spiritual coping; NSRCOPE/PSRCOPE: negative religious-spiritual coping/positive religious-spiritual coping ratio; PSRCOPE Factors-Positive Factors: P1- Transformation of yourself and/or your life, P2-Actions in search of spiritual help, P3-Offering help to others, P4-Positive position towards God, P5-Actions in search of the other institutional, P6-Detachment through God/Religion/Spirituality and P7-Search for spiritual knowledge; NSRCOPE Factors - Negative Factors: N1-Negative reevaluation of God, N2-Negative positioning towards God, N3-Dissatisfaction with the institutional other and N4-Negative reevaluation of meaning.

Regarding religious-spiritual coping, scores of high use were observed for TSRCOPE ( $3.6 \pm 0.4$ ), medium for PSRCOPE ( $3.1 \pm 0.7$ ) and, on the other hand, low use of NSRCOPE ( $1.9 \pm 0.6$ ). The PSRCOPE4 factor, referring to the Positive Position towards God, presented a high average use score ( $3.9 \pm 0.8$ ). Regarding perceived stress, the data were described in Table 4.

Table 4. Results of the Perceived Stress Scale (PSS) assessment in morbidly obese people

	Mean	Standard deviation	Median	Minimum	Maximum
PSSTotal	3.1	0.8	2.0	1.4	4.0
PSS1	2.3	1.3	1.9	0.0	4.0
PSS2	2.2	1.5	2.0	0.0	4.0
PSS3	3.3	3.2	3.0	0.0	4.0
PSS4	1.9	1.1	2.0	0.0	4.0
PSS5	1.7	1.0	2.0	0.0	4.0
PSS6	2.0	1.0	2.0	0.0	4.0
PSS7	2.4	1.2	2.0	0.0	4.0
PSS8	2.0	1.1	2.0	0.0	4.0
PSS9	2.2	1.0	2.0	0.0	4.0
PSS10	2.0	1.1	2.0	0.0	4.0
PSS11	2.2	1.1	2.0	0.0	4.0
PSS12	3.2	1.0	4.0	1.0	4.0
PSS13	2.4	1.0	2.0	0.0	4.0
PSS14	2.1	1.3	2.0	0.0	4.0

As for the correlation between the 14 questions of the PSS and the SRCOPE and the results from the TSRCOPE, PSRCOPE and NSRCOPE, we obtained the following data described below and presented in the Table 5. It was found a positive association between question 11 of the PSS related to irritations due to situations that happen and that are out of control (PSS11) and TSRCOPE ( $p=0.001$ ). The PSRCOPE ( $p=0.031$ ) was correlated with PSS7, which refers to the feeling that things are happening according to the subject's will.

In the NSRCOPE, which is related to a negative view of spirituality, we observed the following positive In the NSRCOPE, associations question PSS 1 ( $r=0.409$ ;  $p=0.008$ ) which refers to the feeling of sadness due to unexpected events, PSS6 associated with the feeling of confidence in the ability to resolve of problems ( $r=0.385$ ;  $p=0.013$ ); PSS7 referring to feeling that events are in accordance with your will ( $r=0.477$ ;  $p=0.002$ ). In this research, both positive and negative results were obtained, which may indicate that people believe that spirituality can both positively and negatively influence life events. And the PSS11, about the participant

feeling irritated for not having control of the events ( $r=0.388$ ;  $p=0.012$ ), indicates that the participants can see the lack of control as directly associated with spirituality (Table 5).

Table 5. Correlation between Total SRCOPE, Positive SRCOPE and Negative SRCOPE of the SRCOPE Scale and questions from 1 to 14 and Total score of the Perceived Stress Scale (PSS)

	TSRCOPE		PSRCOPE		NSRCOPE	
	r	p	r	p	r	p
<b>PSS1</b>	-0.006	0.969	0.250	0.115	0.409	0.008*
<b>PSS2</b>	-0.216	0.174	-0.075	0.642	0.281	0.750
<b>PSS3</b>	-0.610	0.703	0.097	0.547	0.148	0.357
<b>PSS4</b>	-0.870	0.587	0.053	0.743	0.250	0.114
<b>PSS5</b>	-0.980	0.540	0.071	0.661	0.214	0.180
<b>PSS6</b>	-0.210	0.188	0.069	0.670	0.385	0.013*
<b>PSS7</b>	0.038	0.814	0.337	0.031*	0.477	0.002*
<b>PSS8</b>	-0.056	0.730	-0.006	0.970	0.136	0.396
<b>PSS9</b>	-0.021	0.894	0.104	0.519	0.115	0.474
<b>PSS10</b>	-0.054	0.737	0.133	0.519	0.137	0.393
<b>PSS11</b>	-0.493	0.001*	-0.276	0.081	0.388	0.012*
<b>PSS12</b>	-0.154	0.336	-0.028	0.860	0.159	0.320
<b>PSS13</b>	-0.173	0.278	-0.073	0.652	0.127	0.430
<b>PSS14</b>	-0.119	0.459	-0.069	0.668	0.264	0.095
<b>TOTAL SCORE</b>	-0.105	0.515	-0.222	0.162	-0.152	0.342

In Table 6, correlations between the PSRCOPE factors 1, 2, 3, 4, 5, 6 and 7 from the SRCOPE with the items of the PSS were represented, and significant associations were observed in practically all the PSS questions and the PSRCOPE 1, which suggest that many of the changes that the participant perceives in themselves are associated with their spirituality. The exceptions observed were questions 10, 11 and 13. Question 10 refers to feeling control over things, while question 11 refers to being irritated by not having situations under control and question 13 about being able to control the way time is spent.

Table 6. Correlation between the Positive SRCOPE factors 1, 2, 3, 4, 5, 6 and 7 and questions from 1 to 14 and Total Score of the Perceived Stress Scale

	PSRCOPE 1		PSRCOPE 2		PSRCOPE 3		PSRCOPE 4		PSRCOPE 5		PSRCOPE 6		PSRCOPE 7		
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	
<b>PSS1</b>	0.47	0.002	0.12	0.427	0.15	0.322	0.18	0.255	0.13	0.402	0.193	0.22	-	0.00	0.964
	4	*	8	9	9	2	4	4	6	6	7	7			

<b>PSS2</b>	0.31 5	0.045 *	- 6	- 0	- 0	- 0	- 2	- 1	0.19	0.232	0.059	0.71 5	- 5	0.28	0.071	
<b>PSS3</b>	0.40 0	0.010 *	0.01 6	0.919 1	0.27 0	0.086 0	0.26 0	0.873 0	0.02	0.900	0.178	0.26 4	- 9	0.15	0.321	
<b>PSS4</b>	0.35 4	0.023 *	- 8	0.327 8	0.14 8	0.357 6	0.18 6	0.243 6	0.03 6	0.822	0.079	0.62 3	0.07 7	0.631		
<b>PSS5</b>	0.31 4	0.045 *	0.12 4	0.441 8	0.22 8	0.152 9	0.10 9	0.498 7	0.03 7	0.819	0.129	0.42 2	- 5	0.05	0.734	
<b>PSS6</b>	0.43 4	0.005 *	- 8	0.717 8	0.28 8	0.068 8	0.12 8	0.426 2	0.04 2	0.795	0.143	0.37 4	- 0	0.02	0.903	
<b>PSS7</b>	0.58 1	0.000 1*	0.24 3	0.125 7	0.00 7	0.966 7	0.08 0	0.619 8	0.31 8	0.042 *	0.168	0.29 3	0.22 8	0.152		
<b>PSS8</b>	0.31 6	0.044 *	0.00 9	0.953 9	0.24 9	0.117 6	0.00 6	0.972 6	0.07 6	0.635	0.022	0.89 2	- 1	0.23	0.145	
<b>PSS9</b>	0.37 4	0.016 *	- 0	0.620 4	0.01 4	0.932 4	0.02 8	0.861 4	0.03 4	0.832	0.156	0.33 1	0.06 9	0.670		
<b>PSS10</b>	0.27 8	0.079	0.05 0	0.757 9	0.00 9	0.955 5	0.00 5	0.976 5	0.01 5	0.925	0.069	0.66 9	- 9	0.03	0.807	
<b>PSS11</b>	0.21 8	0.171	0.35 8	0.021 4	0.54 4	0.000 1*	0.40 0	0.010 *	0.24 8	0.117	- 0.190	0.23 5	- 0	0.40	0.009 *	
<b>PSS12</b>	0.38 9	0.012 *	- 2	0.344 4	0.25 4	0.109 4	0.07 4	0.643 4	0.16 4	0.307	0.034	0.83 4	- 5	0.21	0.177	
<b>PSS13</b>	0.20 8	0.191	0.04 9	0.760 8	0.21 8	0.170 9	0.15 9	0.320 4	0.08 4	0.600	- 0.098	0.54 2	- 4	0.27	0.278	
<b>PSS14</b>	0.37 1	0.017 *	- 4	0.223 9	0.39 9	0.010 *	- 9	0.09 6	0.536 6	0.20 6*	0.019 6*	0.013 8	0.93 5	- 5	0.23	0.139

There were associations between getting angry because things are out of control (question 11) with PSRCOPE 2 ( $r = -0.358$ ;  $p = 0.021$ ), which is related to seeking spiritual help, and PSRCOPE 3 ( $r = -0.544$ ;  $p \leq 0.0001$ ), a factor related to offering help to others. It is worth mentioning that the PSRCOPE 3 also showed statistical relevance with question 14 of the PSS ( $r = -0.399$ ;  $p = 0.010$ ), which is linked to the feeling of failure in the face of accumulated difficulties.

Question 11 was also correlated with PSRCOPE 4 ( $r = -0.400$ ;  $p = 0.010$ ), indicating a relationship between this situation and the participant's positive positioning before God. There was also an association between experiencing difficulty due to the accumulation of tasks and PSRCOPE 3 ( $r = -0.544$ ;  $p = 0.0001$ ), related to offering help to others.

The data point to a relationship between feeling that things are happening according to the participant's will (PSS7) with actions in search of the other institutional (PSRCOPE 5  $r = 0.318$ ;  $p = 0.042$ ). Just as there was an association between feeling difficulty due to the accumulation of tasks (PSS14) and actions in search of the other institutional (PSRCOPE 5  $r = -0.206$ ;  $p = 0.019$ ) and between being irritated by things that were out of control (PSS11) with the personal search for spiritual knowledge (PSRCOPE 7  $r = -0.400$ ;  $p = 0.009$ ).

In the analysis between NSRCOPE factors 1, 2 3 and 4 from the SRCOPE with the PSS items, (Table 7) we obtained a correlation between NSRCOPE 1, which corresponds to a negative reassessment of God, with the following PSS questions: feeling nervous and stressed ( $r = 0.3336$ ;  $p = 0.032$ ), successfully dealing with difficult life problems ( $r = 0.280$ ;  $p = 0.007$ ) and being irritated by things that are out of control and NSRCOPE 1 ( $r = 0.456$ ;  $p = 0.003$ ).

Table 7. Correlation between Negative SRCOPE factors 1, 2 3 and 4 and questions from 1 to 14 and Total Score of the Perceived Stress Scale

	NSRCOPE 1		NSRCOPE 2		NSRCOPE 3		NSRCOPE 4	
	r	P	r	p	r	p	r	p
<b>PSS1</b>	0.292	0.064	0.255	0.108	0.072	0.654	0.378	0.015*
<b>PSS2</b>	0.265	0.094	0.212	0.184	-0.192	0.229	0.306	0.051
<b>PSS3</b>	0.336	0.032*	0.227	0.153	-0.257	0.104	0.231	0.147
<b>PSS4</b>	0.280	0.007*	0.226	0.154	-0.111	0.490	0.231	0.146
<b>PSS5</b>	0.227	0.154	0.176	0.270	0.069	0.666	0.180	0.261
<b>PSS6</b>	0.308	0.050	0.328	0.036*	0.119	0.457	0.428	0.005*
<b>PSS7</b>	0.323	0.040	0.294	0.063	0.109	0.499	0.484	0.001*
<b>PSS8</b>	0.199	0.212	-0.018	0.910	0.062	0.702	0.328	0.036*
<b>PSS9</b>	0.231	0.146	-0.020	0.899	-0.113	0.483	0.192	0.230
<b>PSS10</b>	0.135	0.400	-0.054	0.736	-0.001	0.996	0.103	0.523
<b>PSS11</b>	0.456	0.003*	0.155	0.332	0.028	0.862	0.467	0.002*
<b>PSS12</b>	0.070	0.666	0.093	0.562	-0.144	0.368	0.414	0.007*
<b>PSS13</b>	0.129	0.420	-0.069	0.666	-0.084	0.602	0.203	0.203
<b>PSS14</b>	0.193	0.228	0.161	0.313	-0.022	0.892	0.428	0.005*

Still referring to these factors, we observed a relationship between self-confidence to solve problems with NSRCOPE 2 ( $r = 0.328$ ;  $p = 0.036$ ), which is related to negative positioning towards God. On the other hand, the NSRCOPE 4, referring to the subject's dissatisfaction with the other institutional, was correlated with several PSS issues, namely: sadness with

unexpected events ( $r=0.378$ ;  $p=0.015$ ), confidence to solve personal problems ( $r=0.428$ ;  $p=0.005$ ), feeling that things are not happening according to your will ( $r=0.484$ ;  $p=0.001$ ), thinking that you have not been able to deal with all the things you need to do ( $r=0.328$ ;  $p=0.036$ ), feeling being irritated by things that are out of control ( $r=0.467$ ;  $p=0.002$ ), finding themselves thinking about the things they should do ( $r=0.414$ ;  $p=0.007$ ) and having difficulty due to the accumulation of tasks ( $r=0.428$ ;  $p=0.005$ ).

## **Discussion**

Literature studies indicate that psychosocial factors play an important role in the pathogenesis of different metabolic and inflammatory mechanisms. Elevated stress, as a process related to physiological and behavioral consequences, is directly associated with increased adiposity, risk of morbid obesity and prevalence of chronic diseases in adults (Cotter & Kelly, 2018).

Bruce, Beech, Griffith and Thorpe Jr (2016) highlight religion and spirituality as important determinants of health in adults. Obesity, especially morbid obesity, presents numerous biological, psychological, social and religious/spiritual variables. Among them, we have religious and spiritual confrontation as a possible strategy used as a protective factor against stress, as presented in this study.

The sociodemographic data showed agreement with the literature regarding a temporal analysis of food consumption, overweight and obesity in Brazil, in which the study population was composed mostly of women, and in people under 45 years of age and under 11 years of schooling (Silva, Caldeira, & Claro, 2021).

In Brazil, the age group most affected by obesity is people aged 40 to 59 years, which corroborates the findings of the research in question. Women represent the majority of people with obesity in the national reality, reaching 30.2% compared to 22.8% of men. Such results are justified due to sociocultural and gender aspects, since women normally perform different work activities from most Brazilian men, which also interferes with daily energy expenditure. There are also different patterns of consumption, food routine and relevant cultural issues such as the search for health care more evident in women, for example (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2020; Malta, Silva, Tonaco, Freitas, & Velasquez-Melendez, 2019; Malveira, Santos, Mesquita, Rodrigues, & Guedine, 2021).

As for the associations found between the PSS and the SRCOPE-Brief, it was observed that the instruments were correlated in several questions. We obtained correlations both in the values of Total, Positive and Negative coping, which represent how these coping measures can be beneficial and adaptive, or not, to the individual; and in reference to the values of the Positive and Negative SRCOPE factors related to the organization of the instrument's dimensions into protective or negative factors of religious/spiritual coping strategies.

As for the values of the TSRCOPE and the PSRCOPE, we observed the outcome of these with the feeling that things are happening according to the subjects' wishes and the irritation for situations that are out of control, demonstrating that religiosity and spirituality are directly linked to a variety of behaviors, cognition and emotions (Panzini & Bandeira, 2007).

The data in question directs us to the fact that morbidly obese people who have positive scores for religiosity and spirituality use such coping as adequate adaptive strategies to mediate the relationship between the subject and the environment. It is observed that religious/spiritual coping, when used to deal with stress in a positive way, is associated with better results in physical and mental health and quality of life (Panzini & Bandeira, 2007).

On the other hand, the NSRCOPE, related to a negative view of spirituality, presented associations related to different feelings such as sadness due to unexpected events, confidence in the ability to solve personal problems and irritation due to lack of control. Such confrontation involves harmful strategies for the subject, such as delegating to God the resolution of problems, feeling dissatisfaction/discontent in relation to God, and to other people or to their religious institution; questioning the existence of God or even considering the stressful event as the performance of divine forces, punishment and chastisement (Panzini & Bandeira, 2007).

The associations listed above are justified by the non-beneficial coping used by the research subjects in the face of feelings and situations that are difficult to control and require well-defined and adaptive personal strategies to be successfully resolved. Morbidly obese people usually use food refuge as an extremely harmful coping strategy, especially in stressful situations, due to biological satiation mechanisms and conditioned behavioral patterns (Stutzer & Meier, 2016; Cotter & Kelly, 2018).

In addition to emotional issues, such associations are also revealed due to socio-cultural issues, which justify the results regarding the Positive and Negative SRCOPE with PSS7, which addresses issues related to the feeling of control over events. The correlation

with beneficial or not beneficial coping strategies for the subject may be associated with beliefs and feelings in the face of everyday life events. Studies point to the perception of illness in the form of “blessings” or “punishments”. Such a magical-religious conception, which justifies the negative correlation found, is based on the understanding that the actions we perform in the environment in which we are inserted, when not adequate, can be sinful and generate “curses”. It is therefore considered that the positive association involves subjects who use coping styles based on the self-perception that they themselves are responsible for controlling their lives and that God acts in them, but discreetly granting them resources so that their desires can actually be carried out in partnership, each one doing their own part (Panzini & Bandeira, 2007).

In the correlation between the PSRCOPE factors 1, 2 3, 4, 5, 6 and 7 with the PSS items, the PSRCOPE 1 stands out, which was associated with practically all issues related to perceived stress. It is believed that the correlations found with the PSRCOPE factors occurred due to altruism arising from the offer of help to the other and actions in approaching places, members or religious institutions, personal transformation through adaptive, internal or environmental individual actions, in addition to the approach to God (Panzini & Bandeira, 2007).

Other research has shown close data, demonstrating that in the face of stressful situations, people seek religion and spirituality in order to find solutions to the circumstances experienced, using coping to understand the situation and have more adaptive behaviors based on changing different perspectives. It is observed that people with morbid obesity, when in situations of stress due to the feeling of lack of control, tend to look for support in the other; whether family, religious institution or other people in your social life. Such actions demonstrate that the feeling of lack of control caused by stressful situations can be minimized by acts that aim at an intimate relationship with God and the search for spirituality, altruism, empathy, compassion, improvement in emotional self-regulation behavior, self-acceptance and greater transcendental connection. (Kristeller & Jordan, 2018, Bernard, Riedel-Heller, & Luck-Sikorski, 2019; Puhl, Telke, Larson, Eisenberg, & Neumark-Stzainer, 2020).

With regard to PSS issues that generate situations such as nervousness, stress, inability to solve problems, sadness, lack of self-confidence; and the relationship with the NSRCOPE Factors, pertinent to the negative position towards God and blaming him for the problems and dissatisfaction with religious institutions, we consider that such data were obtained due to the subject’s feeling that he will never be able to carry out his own designs. This feeling can come from the inability to face difficult problems, vulnerability associated with stigma and social

discrimination due to being obese and the possible perception that these feelings are due to punishments or punishments from God. In this perspective, God is the culprit and the subject exempted from his responsibilities (Schwartzmann, 2018, Puhl et al., 2020).

God's accountability and the perception of "punishment" or "punishment" was also observed in the correlation between feelings of sadness in the face of unexpected events, lack of confidence, feelings of frustration, incapacity, irritation, task overload, intrusive thoughts, physical overload or emotional and dissatisfaction with the other institutional. Dissatisfaction with the other institutional can be represented both by religious institutions and by the symbolism of the set of beliefs that make up the religion itself. Other studies also point out that the relationship between food and religion is historical and point to evidence of the relationship between spiritually oriented groups and binge eating (Borges, Lucchetti, Leão, Vallada, & Peres, 2021).

As for the feeling of impotence arising from the will or the fulfillment of desires, it was noticed the difficulty of obese people in making changes in lifestyle, diet and behaviors related mainly to healthier eating habits, even with clinically sustained weight loss to patients own health benefits. This difficulty may be related to the poor adaptive repertoire for problem solving and the fact that obese people tend to have troubled relationships resulting from the stigma of obesity and the association of this diagnosis with psychological disorders, such as depression, low self-esteem and anxiety (Wu & Zhang, 2021).

### **Conclusion**

Stress plays an important role in the development and maintenance of obesity through multiple pathways that affect each other and interfere with metabolic processes. This process includes psychological stressors related to the daily lives of people with morbid obesity, such as daily activities, interpersonal, cultural, work and leisure relationships. It is then observed that stress, an acute or chronic event, together with obesity, which in itself is a stressful event wrapped in prejudice and social stigma, is harmful to the subject (Tomiyama, 2019).

However, collected data showed that the spiritual religious coping strategy used by people with morbid obesity, as an adaptive tool, can be adequate and beneficial to the subject. Turning to one's religion or spirituality in the face of difficult situations in order to seek meaning, spiritual comfort, intimacy with God or life transformation through the pursuit of emotional, psychological and physical well-being, has been shown to reduce the perceived stress levels of population studied.

In short, the personal search for spiritual knowledge proved to be significant as a protective factor against negative behaviors and emotions, such as self-perceived stress for the

population studied. The more the subject connects with God, regardless of religious limits, and exposes their personal positions, the more understanding the subject has that there are things that are out of his control and that this cannot affect his physical, emotional health and social participation.

However, it is emerging to carry out cross-sectional and longitudinal studies, with larger and generalized samples in other locations to understand the relationship of spirituality in various contexts and health conditions.

## References

- American Psychiatric Association. (2014). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5th ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Arnaldi, G., Angeli, A., Atkinson, A. B., Bertagna, X., Cavagnini, F., Chrousos, G. P., ... Boscaro, M. (2003). Diagnosis and complications of Cushing's syndrome: A consensus statement. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 88(12), 5593-5602. <https://doi.org/10.1210/jc.2003-030871>
- Bernard, M., Riedel-Heller, S. G., & Luck-Sikorski, C. (2019). Altruistic Behavior Depending on Opponents' Body Weight: An Experimental Approach. *Obesity Facts*, 12(4), 448-459. <https://doi.org/10.1159/000501318>
- Bharmal, N. H., McCarthy, W. J., Gadgil, M. D., Kandula, N. R., & Kanaya, A. M. (2018). The Association of Religious Affiliation with Overweight/Obesity Among South Asians: The Mediators of Atherosclerosis in South Asians Living in America (MASALA) Study. *Journal of Religion and Health*, 57(1), 33-46. <https://doi.org/10.1007/s10943-016-0290-z>
- Blüher, M. (2019). Obesity: global epidemiology and pathogenesis. *Nature Reviews Endocrinology*, 15(5), 288-298. <https://doi.org/10.1038/s41574-019-0176-8>
- Borges, M., Lucchetti, G., Leão, F. C., Vallada, H., & Peres, M. F. P. (2021). Religious Affiliations Influence Health-Related and General Decision Making: A Brazilian Nationwide Survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(6), 2873. <https://doi.org/10.3390/ijerph18062873>
- Bruce, M. A., Beech, B. M., Griffith, D. M., & Thorpe Jr, R. J. (2016). Spirituality, Religiosity, and Weight Management Among African American Adolescent Males: The Jackson Heart KIDS Pilot Study. *Behavioral Medicine*, 42(3), 183-189. <https://doi.org/10.1080/08964289.2015.1121133>
- Cotter, E. W., & Kelly, N. R. (2018). Stress-related eating, mindfulness, and obesity. *Health Psychology*, 37(6), 516-525. <https://doi.org/10.1037/hea0000614>
- Dunn, C. G., Wilcox, S., Bernhart, J. A., Blake, C. E., Kaczynski, A. T., & Turner-McGrievy, G. M. (2020). Church Leaders' Views of Obesity Prevention Efforts for Children and Youth. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 52(3), 259-269. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2019.09.019>
- Ghosh, S., Sinha, J. K., & Raghunath, M. (2019). 'Obesageing': Linking obesity & ageing. *The Indian Journal of Medical Research*, 149(5), 610-615. [https://doi.org/10.4103/ijmr.IJMR\\_2120\\_18](https://doi.org/10.4103/ijmr.IJMR_2120_18)

- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2020). *Pesquisa de orçamentos familiares 2017 2018: análise do consumo alimentar pessoal no Brasil*. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
- Jaacks, L. M., Vandevijvere, S., Pan, A., McGowan, C. J., Wallace, C., Imamura, F., ... Ezzati, M. (2019). The obesity transition: Stages of the global epidemic. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 7(3), 231-240. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(19\)30026-9](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(19)30026-9)
- Jastreboff, A. M., Kotz, C. M., Kahan, S., Kelly, A. S., & Heymsfield, S. B. (2019). Obesity as a Disease: The Obesity Society 2018 Position Statement. *Obesity*, 27(1), 7-9, 2019. <https://doi.org/10.1002/oby.22378>
- Kristeller, J. L., & Jordan, K. D. (2018). Mindful Eating: Connecting With the Wise Self, the Spiritual Self. *Frontiers in Psychology*, 9, 1271. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01271>
- Landré, B., Czernichow, S., Goldberg, M., Zins, M., Ankri, J., & Herr, M. (2020). Association Between Life-Course Obesity and Frailty in Older Adults: Findings in the GAZEL Cohort. *Obesity*, 28(2), 388-396. <https://doi.org/10.1002/oby.22682>
- Lima, A. C. R., & Oliveira, A. B. (2016). Fatores psicológicos da obesidade e alguns apontamentos sobre a terapia cognitivo-comportamental. *Mudanças-Psicologia da Saúde*, 24(1), 1-14. <https://doi.org/10.15603/2176-1019/mud.v24n1p1-14>
- Luft, C. D. B., Sanches, S. de O., Mazo, G. Z., & Andrade, A. (2007). Versão brasileira da Escala de Estresse Percebido: Tradução e validação para idosos. *Revista de Saúde Pública*, 41(4), 606-615. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102007000400015>
- Malta, D. C., Silva, A. G., Tonaco, L. A. B., Freitas, M. I. F., & Velasquez-Melendez, G. (2019). Tendência temporal da prevalência de obesidade mórbida na população adulta brasileira entre os anos de 2006 e 2017. *Cadernos de Saúde Pública*, 35(9), e00223518. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00223518>
- Malveira, A. S., Santos, R. D., Mesquita, J. L. S., Rodrigues, E. L., & Guedine, C. R. C. (2021). Prevalência de obesidade nas regiões Brasileiras. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(2), 4164-4173. <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n2-016>
- Ministério da Saúde. (2011). *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.

- Panzini, R. G., & Bandeira, D. R. (2007). Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. *Archives of Clinical Psychiatry*, 34(suppl 1), 126-135. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832007000700016>
- Puhl, R. M., Telke, S., Larson, N., Eisenberg, M. E., & Neumark-Stzainer, D. (2020). Experiences of weight stigma and links with self-compassion among a population-based sample of young adults from diverse ethnic/racial and socio-economic backgrounds. *Journal of Psychosomatic Research*, 134, 110134. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110134>
- Schwartzmann, J. B. (2018). As raízes dos sacrifícios aos deuses. In: Schwartzmann, J. B. *Faces de um Deus Remoto: uma visão criacionista das origens do homem, das nações e sua orientação religiosa* (1st ed., pp. 3-6). Timburi: Editora Cia do Ebook.
- Silva, L. E. S., Caldeira, T. C. M., & Claro, R. M. (2021). Food consumption, overweight, obesity, and sociodemographic profile in a Brazilian capital: A time trend analysis between 2006 and 2018. *Revista de Nutrição*, 34, e200159. <https://doi.org/10.1590/1678-9865202134e200159>
- Stutzer, A., & Meier, A. N. (2016). Limited Self-control, Obesity, and the Loss of Happiness: Limited Self-control, Obesity, and the Loss of Happiness. *Health Economics*, 25(11), 1409–1424. <https://doi.org/10.1002/hec.3227>
- Tomiyaama, A. J. (2019). Stress and obesity. *Annual Review of Psychology*, 70, 703-718. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010418-102936>
- Wu, Y., & Zhang, Y. (2021). The Impact of Perspective Taking on Obesity Stereotypes: The Dual Mediating Effects of Self-Other Overlap and Empathy. *Frontiers in Psychology*, 12, 643708. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.643708>

## 4.2 ARTIGO 2

**TÍTULO:** Desempenho Ocupacional e funcionalidade em pessoas com obesidade mórbida.

**SITUAÇÃO:** Será submetido à revista após as correções da tese final.

### 4.2.1 Resumo

**INTRODUÇÃO:** Dentre as doenças crônicas não transmissíveis encontra-se a obesidade mórbida, doença multifatorial relacionada à várias comorbidades, problemas de funcionalidade e de desempenho em diferentes atividades. **OBJETIVOS:** Objetivou-se aferir a funcionalidade, analisar o desempenho ocupacional e correlacionar tais variáveis em obesos mórbidos. **MÉTODOS:** Trata-se de um estudo transversal, não experimental, quantitativo, composto por sujeitos entre 20 e 59 anos de idade e com IMC igual ou superior a 40kg/m<sup>2</sup>. Utilizou-se os seguintes instrumentos: Questionário Socioeconômico e Clínico, o World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0) e a Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM). **RESULTADOS:** Obtivemos 41 participantes com predomínio de mulheres (70,73%), média de 36,85 anos, 73,17% com trabalho remunerado e a média de IMC foi de 46,75kg/m<sup>2</sup>. No WHODAS2.0, o domínio mais prejudicado foi o Participação e na COPM o domínio independência fora de casa. Observou-se algumas correlações médias positivas entre os instrumentos nos domínios Cuidados pessoais e Auto Cuidado, Trabalho, Atividades Domésticas e Tarefas Domésticas. **CONCLUSÃO:** Os achados são condizentes a outras pesquisas nacionais e internacionais e demonstram o impacto social, físico, cognitivo e emocional/afetivo da obesidade mórbida no desempenho ocupacional e funcionalidade. Os dados encontrados serão fundamentais para guiar a tomada de decisões clínicas e dos sistemas de saúde segundo as necessidades reais dessa população. Contudo, são necessários mais estudos com amostras generalizadas em diferentes localidades brasileiras.

**Palavras-Chave:** Desempenho Ocupacional, Obesidade Mórbida, Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.

#### 4.2.2 Abstract

**INTRODUCTION:** Among non-communicable chronic diseases is morbid obesity, a multifactorial pathology related to several comorbidities, problems of functionality and performance in different activities. **OBJECTIVES:** This study aimed to measure functionality, analyze occupational performance, and correlate these variables in morbidly obese patients context. **METHODS:** This is a cross-sectional, non-experimental, quantitative study, with subjects between 20 and 59 years of age and with a BMI equal to or greater than 40 kg/m<sup>2</sup>. The following instruments were used: Socioeconomic and Clinical Questionnaire, the World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0) and the Canadian Occupational Performance Measure (COPM). **RESULTS:** 41 participants were interviewed. They were predominantly women (70.73%), average of 36.85 years, 73,17% in paid work and the average BMI was 46,75kg/m<sup>2</sup>. In WHODAS 2.0 the most affected domain was Participation and in COPM the independent domain outside the home. Note some positive average correlations between the instruments in the Personal Care na Self-Care, Work, Domestic Activities and Household Tasks domains. **CONCLUSION:** The findings are consistent with other national and international research, demonstrating the social, physical, cognitive, and emotional/affective impact of morbid obesity on occupational performance and functionality. The data collected will be fundamental to guide clinical and health systems decision-making according to the real needs of this population. However, more studies are needed in different Brazilian locations.

**Keywords:** Occupational Performance, Morbid Obesity, International Classification of Functioning, Disability and Health.

### 4.2.3 Introdução

Dentre as doenças crônicas não transmissíveis encontra-se o sobrepeso e obesidade, a qual é comumente definida pelo acúmulo de gordura corporal e padrões aceitáveis de normalidade estabelecidos na literatura científica (OLIVEIRA *et al.*, 2009; QUEIROZ *et al.*, 2020).

Para diagnóstico ideal é recomendado a realização de exames ou outras ferramentas clínicas validadas como, por exemplo, análise do índice de Massa Corporal (IMC) e aferição da circunferência abdominal. Vale ressaltar que a adiposidade abdominal responde com significância para desfechos adversos de saúde sendo considerada um fator preditivo. Neste sentido, a utilização desta ferramenta enquanto dado complementar ao IMC para avaliação de fatores de risco de mortalidade é amplamente recomendada (WANNMACHER, 2017).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera a relação cintura/quadril (RCQ – perímetro da cintura em cm/perímetro do quadril em cm) um dos critérios para caracterizar a síndrome metabólica e, estudos brasileiros demonstram que a RCQ pode também associar-se ao risco de comorbidades, comumente associadas à obesidade (WANNMACHER, 2017).

A obesidade e o sobrepeso quando apresentados em adultos favorecem o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, hipertensão arterial sistêmica, diabetes, osteoartrite, alguns cânceres como colorretal, renal, esofágico endometrial, o mamário, prostático dentre outros; além de propiciar o aparecimento de dificuldades respiratórias, hipoventilação crônica, síndrome de Pickwick e apneia obstrutiva do sono. Destaca-se também que tal diagnóstico está relacionado à infertilidade masculina, feminina e a transtornos psicossociais e emocionais (BLÜHER, 2019).

Campos *et al.* (2018) discernem que para que se obtenha a integralidade do cuidado nas ações direcionadas para a obesidade, é necessário expandir a avaliação da capacidade funcional desta população e ponderar a sua qualidade de vida. Ressalta-se que a capacidade funcional é a somatória de diversos fatores que devem contemplar as dimensões como condições físicas, psicológicas, sociais e econômicas adequadas. Estes fatores, quando bem aplicado, concedem ao sujeito a realização de suas atividades de vida diária, bem como as instrumentais com determinada independência e autonomia (CAMPOS *et al.*, 2018).

Dessa forma, realizar estudos com a população em questão utilizando instrumentos avaliativos cientificamente validados para a população brasileira é fundamental para aprimorar os cuidados interdisciplinares em saúde e estruturar políticas públicas direcionadas para o cuidado às pessoas com obesidade com destaque para ações e intervenções que sejam

sistematizadas em orientações de alimentação saudável, prática da atividade física, desempenho ocupacional, partindo dos conceitos da terapia ocupacional, avaliação antropométrica e articulação com serviços da comunidade (BRAGA et al., 2020).

Diante panorama da obesidade mórbida no Brasil, o interesse é identificar mesmo que de forma genérica, o nível de funcionalidade e desempenho ocupacional, além correlacionar essas variáveis quando aplicadas em pessoas com obesidade mórbida, partindo da hipótese de que quanto mais prejuízos na funcionalidade menor é o desempenho ocupacional desses sujeitos. Tal pesquisa justifica-se pelo fato de que 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.

#### **4.2.4 Métodos**

Trata-se de um estudo com delineamento transversal, não experimental, pautado em abordagem metodológica quantitativa. O estudo foi realizado em uma sala (disposta com mesa e cadeiras para pesquisadores e participante) no Ambulatório de Obesidade vinculado ao complexo hospitalar do Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM) localizado na cidade de Uberaba - Minas Gerais, ou nas residências dos participantes. Como a coleta dos dados foi realizada durante a pandemia da COVID-19, os participantes puderam escolher entre o Ambulatório de Obesidade ou suas residências para levantamento dos dados. Vale destacar que todos os critérios de segurança relacionados à proteção contra a COVID-19 e éticos foram assegurados.

A população da pesquisa, realizada por amostragem por conveniência, compreendeu sujeitos com problemas relacionados a distúrbios alimentares ou endócrinos cadastrados no Ambulatório de Obesidade e/ou descritos nos livros de arquivo de atendimento dos profissionais do Ambulatório, que realizavam acompanhamento com os profissionais sediados no local partir de janeiro de 2008. Considerou-se sujeitos de pesquisa aqueles com índice de massa corpórea (IMC) igual ou superior a 40kg/m<sup>2</sup>.

No que tange os critérios de inclusão foram convidados a participar da pesquisa: Pacientes adultos entre 20 e 59 anos de idade cronológica, com cognitivo preservado e capacidade cognitiva de comunicação preservada, atendidos no Ambulatório de Obesidade da UFTM ou em acompanhamento por, pelo menos, um dos profissionais de saúde sediados no

local, e pessoas com índice de Massa Corporal (IMC) superior a 40kg/m<sup>2</sup> que ainda não haviam realizado a cirurgia bariátrica.

Foram excluídos do estudo, pacientes que apresentaram dificuldades quanto ao entendimento dos instrumentos de coleta de dados aplicados e que apresentaram diagnósticos de Síndrome de Cushing ou outra doença diagnosticada que seja relacionada ao aumento crônico dos níveis de cortisol, para o não comprometimento relacionado a aplicação da Escala de Estresse Percebido (ARNALD et al, 2003).

Os procedimentos foram realizados antes ou após a consulta com os profissionais do setor em uma sala cedida pelos profissionais do ambulatório. Caso o participante não pudesse responder aos instrumentos durante sua estada no ambulatório, a coleta foi realizada em dias e horários previamente agendados pessoalmente ou por contato telefônico e a efetivação da coleta poderia ser realizada tanto no ambulatório quanto na residência dos participantes.

Foram utilizados os seguintes instrumentos, respeitando a sequência de descrição abaixo para a ordem de aplicação com os participantes de pesquisa.

Questionário Socioeconômico e Clínico, elaborado pelas pesquisadoras para caracterizar a população do estudo em dados demográficos e socioeconômicos como idade, estado civil, número de filhos, nível de escolaridade, atuação profissional, tipo de moradia, composição e renda familiar.

Também foram abordadas informações autorrelatas sobre as condições clínicas de saúde do participante como comorbidades associadas à obesidade, uso de medicações, tabagismo, tratamentos terapêuticos realizados e o tempo de diagnóstico de obesidade, no qual foi verificado quando o sujeito começou a apresentar sobrepeso (infância, adolescência ou fase adulta) e há quanto tempo foi inserido nos serviços prestados pelo Ambulatório de Obesidade.

Para quantificar as medidas antropométricas e reafirmar a condição de obesidade mórbida foi obtido o IMC e a medida da circunferência abdominal. A altura foi coletada utilizando-se um estadiômetro e o peso mediante uma balança portátil, empregando-se a Técnica de aferição da altura segundo Plano de Frankfurt (Brasil, 2011).

Para proceder às aferições do peso, altura 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”.

O próximo instrumento aplicado foi o World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0). O instrumento propõe verificar o nível de funcionalidade e deficiência durante os últimos 30 dias precedentes à entrevista, com o intuito

de fornecer o nível de funcionalidade em seis domínios de vida, a saber (BORGES et al, 2019):

Domínio 1: Cognição – envolve a compreensão e comunicação, inclui questões relacionadas à concentração, memória, resolução de problemas, aprendizagem e raciocínio.

Domínio 2: Mobilidade – Compreende movimentação e locomoção relacionada a capacidade em andar, levantar-se, permanecer em pé e movimentar-se em seu domicílio.

Domínio 3: Auto cuidado - Averigua o desempenho com a higiene pessoal e se consegue permanecer sozinho.

Domínio 4: Relações interpessoais – envolve as interações interpessoais quanto relacionar-se com conhecidos ou não, manter amizades e realizar atividade sexual.

Domínio 5: Atividades de vida – abrange atividades pertinentes à manutenção no lar como responsabilidades domésticas, atividades de lazer, trabalho e estudos.

Domínio 6: Participação – Compreende a participação em atividades comunitárias/sociais e visa levantar dados quanto às barreiras e obstáculos vivenciados nestes espaços.

Para a pesquisa em questão foi utilizada a versão de 36 itens, por ser a mais detalhada e permitir gerar pontuações referentes aos seis domínios da escala.

Também foi utilizada a Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM), selecionada para avaliar o desempenho ocupacional e as mudanças ocorridas neste após o diagnóstico de obesidade mórbida. O instrumento caracteriza-se por uma medida individualizada, realizada por meio de uma entrevista semiestruturada em que são focalizadas três áreas do desempenho: autocuidado (cuidados pessoais, mobilidade funcional e funcionamento na comunidade); produtividade (trabalho remunerado ou não, manejo das tarefas domésticas, escola e brincar) e lazer (ação tranquila, recreação ativa e socialização) (Law et al, 2009).

A COPM, instrumento de utilização específica da terapia ocupacional, objetiva mensurar a autopercepção do sujeito sobre problemas encontrados no seu desempenho, pontuando os principais problemas de desempenho observados nas três áreas de desempenho que se propõe avaliar e depois levantando os cinco principais problemas de desempenho ocupacional vivenciados. O instrumento também possibilita verificar o grau de importância de 0 a 10 estabelecido nas atividades citadas, mas tal possibilidade de verificação da satisfação não foi objeto deste estudo.

Ao abordar os pacientes, os mesmos receberam todas as explicações pertinentes ao estudo. Após receberem as informações, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Destaca-se que aqueles que aceitaram colaborar foram livres para desistir do estudo a qualquer momento. Os nomes dos participantes foram codificados por números ordinais com o objetivo de garantir confidencialidade e anonimato.

Para a análise dos dados foi elaborado um banco de dados no Excel para implementação do processo de validação por dupla digitação. Após correções o banco de dados foi importado para análise com o uso do programa estatístico SPSS (Versão 21).

Os dados referentes aos instrumentos foram individualmente descritos e analisados a partir da criação de banco de dados no software Excel for Windows (Microsoft Inc.), em processo de dupla digitação para evitar inconsistência. Posteriormente, as variáveis foram submetidas a análises e testes estatísticos no software Statistical Package for Social Science - SPSS Statistics 21.0.

A análise de variáveis categóricas incluiu tabelas de frequência absolutas e relativas, ao passo que as variáveis quantitativas incluíram medidas de tendência central (média e mediana) e de variabilidade (amplitudes e desvio padrão).

Na análise de correlação foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson para verificar a correlação entre as variáveis e a classificação da correlação foi convencionalizada de acordo com Jacob Cohen, sendo para valores de “r” positivo ou negativo: muito fraca  $0,0 < r < 0,2$ ; fraca  $0,2 < r < 0,4$ ; moderada  $0,4 < r < 0,7$ ; forte  $0,7 < r < 0,9$  e muito forte  $0,9 < r < 1,0$ . A significância foi estabelecida com um valor de  $p \leq 0,05$ .

#### **4.2.5 Resultados**

As pesquisadoras entraram em contato com 268 pessoas cadastradas no Ambulatório de Obesidade e/ou descritos nos livros de arquivo de atendimento dos profissionais do Ambulatório. Das 268 pessoas selecionadas 227 foram excluídas da pesquisa por residirem em outras cidades (39); estarem com contatos desatualizado/inexistentes e não ser possível contactá-las (91); por não se encaixarem mais nos critérios de inclusão devido idade, peso ou diagnóstico prévio de COVID-19 (21); não aceitar participar da pesquisa devido isolamento da COVID-19, por terem desistido do tratamento do HC-UFTM ou outros motivos (59), ou por não compareceram ao terceiro agendamento no ambulatório ou não serem encontradas em suas residências após a segunda visita (17).

A população do estudo, então, foi composta por 41 participantes conforme os critérios de inclusão e exclusão preconizados no método.

Os dados sociodemográficos e clínicos dos participantes estão representados nas tabelas a seguir:

Tabela 01- Caracterização sócio-demográfica referente a média e desvio padrão das variáveis idade, anos de estudo formal, renda familiar mensal bruta e dados clínicos.

	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>
Idade (Anos)	36,85	8,94
Anos de Estudo Formal	5,27	1,61
Peso (Kg)	129,38	24,55
Altura (m)	1,66	0,10
IMC (Kg/m <sup>2</sup> )	46,75	6,43
Tempo de acompanhamento com medico endocrinologista (Anos)	3,41	3,49

Tabela 02- Caracterização sócio-demográfica referente a porcentagem das variáveis sexo, estado civil, situação laboral, comorbidades e uso de medicamentos contínuos associados à obesidade.

	<b>n (41)</b>	<b>% (100,00)</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	12	29,27
Feminino	29	70,73
<b>Estado Civil</b>		
Solteiro	18	43,90
Casado	10	24,39
Separado	0	0,00
Divorciado	6	14,63
Amasiado/mora junto	6	14,63
Viúvo(a)	1	2,44
<b>Situação Laboral</b>		
Trabalhando	30	73,17
Desempregado	6	14,63
Aposentado/Afastado	5	12,20
<b>Comorbidades associadas à obesidade</b>		
Nenhuma	15	36,59
Diabetes Mellitus II	5	12,20
Hipertensão Arterial	16	39,02

Doença Cardiovascular	4	9,76
Doença osteoarticular	11	26,83
Depressão	7	17,07
Outras	18	43,90

---

<b>Realiza uso de medicamento contínuo</b>		
1 medicamento	10	24,39
2 medicamentos	9	21,95
3 medicamentos	5	12,20
4 medicamentos	2	4,88
5 medicamentos	1	2,44
6 medicamentos ou mais por dia	3	7,32
Nenhum	11	26,83

---

Quando à renda familiar a média foi de 3,68 salários mínimos e referente às condições de moradia 29 pessoas (70,73%) residiam em imóvel próprio, 11 (26,83%) em residências alugadas e 1 (2,44) em imóvel cedido por parentes.

Considerando os resultados do WHODAS2.0, observa-se que no Domínio 1: Cognição, houve uma média de 27,31( $\pm$ 22,91) pontos, para o Domínio 2: Mobilidade, a média foi de 37,5( $\pm$ 28,74). Para o Domínio 3: Auto cuidado, obteve-se uma média de 22,98( $\pm$ 23,45) pontos, Domínio 4: Relações interpessoais, 26,04( $\pm$ 24,90), no Domínio 5: Atividades de vida, que envolve atividades relacionadas à manutenção no lar, responsabilidades domésticas e lazer obteve média 43,90( $\pm$ 36,39) e o trabalho/escola obteve média de 15,27( $\pm$ 16,03), para o último domínio, de Participação: a média foi de 37,90( $\pm$ 25,22) pontos.

Ainda sobre o WHODAS 2.0, quanto aos dias em que apresentaram dificuldades ou estiveram totalmente incapazes de realizar suas Atividades de Vida ou de Trabalho, a média dos últimos 30 dias da amostra foi de 15,98 dias ( $\pm$ 13,87), sendo que os sujeitos reduziram as atividades usuais de Vida ou Trabalho em média 6,90 dias ( $\pm$ 9,77) e estiveram totalmente incapazes por 3,15 ( $\pm$ 7,32) dias.

Em relação ao resultado total do instrumento, identificou-se uma média de 28,59( $\pm$ 19,10) pontos. O que indica prejuízos na funcionalidade baixa, uma vez que o instrumento indica que quanto mais próximo de 100 pior é a funcionalidade.

Em relação ao COPM, a média total foi de 4,21( $\pm$ 1,19), sendo que o domínio mais afetado, considerando que quanto mais perto de 1 mais incapaz a pessoa se percebe, foi o

“brincar na escola” com 3,32 ( $\pm 1,25$ ) pontos, que pode ser devido ao fato que a maioria dos participantes eram adultos, e o domínio independência fora de casa 3,41 ( $\pm 1,08$ ), e o domínio menos afetado foi o de recreação ativa, com 5( $\pm 1,21$ ) pontos (Tabela 1).

Tabela 1 – Resultados do COPM de sujeitos com problemas relacionados a distúrbios alimentares ou endócrinos cadastrados no Ambulatório de Obesidade do HC/UFTM. Uberaba/MG, 2021

<b>Domínio</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio padrão</b>
Cuidados pessoais	4,85	2,0
Mobilidade	4,29	1,24
Independência fora de casa	3,41	1,08
Trabalho	4,38	1,21
Tarefas domésticas	3,80	1,47
Brincar na escola	3,32	1,25
Recreação Tranquila	4,07	1,63
Recreação ativa	5,00	1,21
Socialização	4,80	3,61
Total	4,21	1,19

Fonte: dos autores, 2021

Posteriormente foi elaborada a Tabela 2, a qual apresenta a frequência com todos os códigos criados para melhor visualização das atividades pontuadas pelos sujeitos de pesquisa, de acordo com os 5 principais problemas apresentados por cada participante, o que corresponde a última parte do instrumento.

Tabela 2 – Resultados do COPM dos problemas mais relatados pelos participantes

<b>REAVALIAÇÃO</b>	n	%
Caminhar longas distâncias (mais de 1km)	18	43,90
Limpeza da casa (varrer e passar pano, lavar banheiro)	14	34,15
Fazer compras (andar por longo período, permanecer na fila)	11	26,83
Permanecer em pé por longos períodos (mais que 30 min)	10	24,39
Tomar banho	8	19,51
Atividades que exigem esforço físico (abaixar, pegar peso, permanecer em pé)	8	19,51
Vestir/despir roupas/Usar Salto	7	17,07
Subir/descer escadas	7	17,07
Usar transporte público ou aéreo (passar na catraca, caber no assento do ônibus/avião, passar no corredor do avião)	7	17,07
Higienizar os pés/cuidar das unhas (lavar ou cortar as unhas dos pés)	6	14,63
Esportes Individuais (bicicleta, caminhada, musculação, dança)	6	14,63
REALIZAR atividades grupais	6	14,63
Calçar/amarrar sapatos	5	12,20
Depilar-se	5	12,20
Trabalhar as horas pré determinadas (cansaço físico e/ou mental exacerbado/autoreferido)	5	12,20
Esportes coletivos (futebol, Vôlei, peteca, artes marciais, etc)	5	12,20
Ir a bares, festas em geral, casas noturnas (sentar nas cadeiras)	5	12,20
Visitar famílias/amigos	5	12,20
Conseguir trabalho (devido condições físicas e ou preconceito)	4	9,76
Brincar com os filhos fora de casa (parques, praças, correr/pular)	4	9,76
Entrar e sair de carros, táxis (entrar carro/caber no assento)	3	7,32
Dirigir	3	7,32
Frequentar festas (familiares, religiosas, sociais)	3	7,32
Caminhar em terrenos irregulares (aclive/declive)	2	4,88
Organização da casa (organizar itens nos devidos lugares e retirar poeira dos móveis)	2	4,88
Leitura (Permanecer sentado por muito tempo na mesma posição)	2	4,88
Viajar (dificuldade em permanecer sentado por longos períodos e desconforto devido tamanho dos assentos)	2	4,88
Planejar compromissos sociais	2	4,88
Atividade sexual	1	2,44
Relações interpessoais/relacionar-se com colegas (lidar com pessoas do trabalho)	1	2,44
Lavar louças	1	2,44
Brincar com os filhos dentro de casa (sentado no chão, movimentar-se com agilidade, correr/pular)	1	2,44
Assistir TV/filmes, séries, novelas (Permanecer sentado por muito tempo na mesma posição)	1	2,44

Fonte: dos autores, 2021

A fim de identificar possíveis associações entre os Domínios do instrumento WHODAS 2.0 e os Domínios estabelecidos nesta pesquisa com a COPM, estabelecemos, a partir da análise dos instrumentos, as seguintes relações:

QUADRO 01: Associações realizadas entre os Domínios dos instrumentos WHODAS 2.0 e COPM, considerados dados equivalentes, utilizados na pesquisa:

DOMÍNIOS WHODAS 2.0	DOMÍNIOS COPM
Mobilidade	Mobilidade Independência fora de casa
Auto cuidado	Cuidados pessoais
Cognição	Recreação tranquila
Participação	Recreação Ativa
Relações interpessoais	Socialização
Trabalho	Trabalho
Atividades de vida	Tarefas domésticas

Fonte: dos autores, 2021

Ao correlacionar o Domínio Mobilidade do instrumento WHODAS 2.0 com os domínios Mobilidade e Independência Fora de casa da COPM, não foram observadas quaisquer associações.

Quanto ao Domínio Auto Cuidado (WHODAS 2.0) e Cuidados Pessoais (COPM) observou-se significância do coeficiente de Pearson entre os itens 3.1 - Lavar o corpo inteiro WHODAS 2.0 e Cuidados pessoais -COPM ( $r=0,436$ ;  $p=0,004$ ) e, entre o Domínio 3.2 Vestir-se – WHODAS 2.0 e Cuidados Pessoais -COPM ( $r=0,491$ ;  $p=0,001$ ), como observado na figura abaixo:

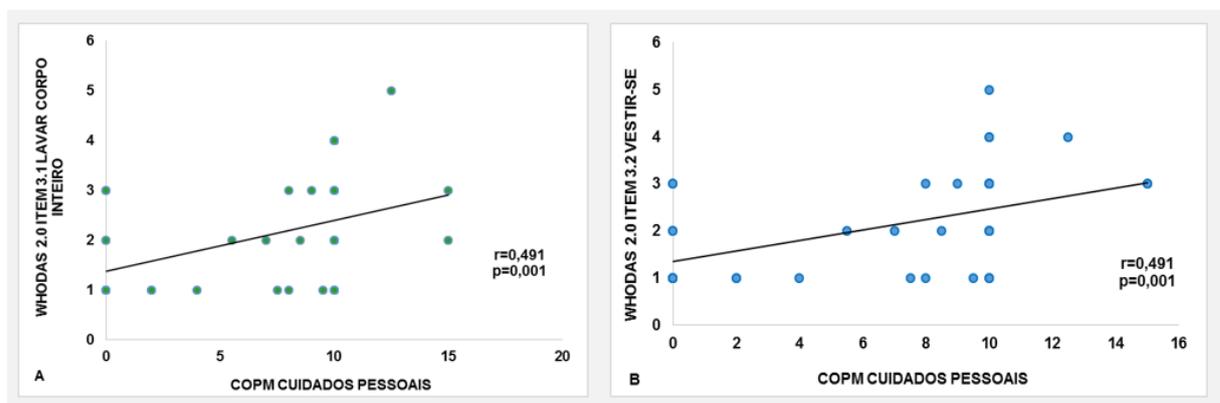


Figura 01: Correlação entre o Domínio Auto Cuidado (WHODAS 2.0) e Cuidados Pessoais (COPM): A - item 3.1 - Lavar o corpo inteiro; B – item 3.2 Vestir-se.

Destaca-se que não foram observadas associações entre o Domínio Participação do Item 6 do WHODAS 2.0 e o Domínio Recreação Ativa da COPM; entre o Domínio Cognição do WHODAS 2.0 e Recreação Tranquila da COPM e nem entre o Domínio Relações Interpessoais – WHODAS 2.0 e Socialização – COPM.

Foram observadas as seguintes associações entre o Domínio Trabalho do WHODAS 2.0 com o Domínio Trabalho da COPM: item D5.5 - Atividades do Trabalho -WHODAS 2.0 ( $r=0,386$ ;  $p=0,013$ ); item D5.6 – Realizar bem as atividades mais importantes do trabalho ( $r=0,379$ ;  $p=0,014$ ); item D5.7 – Fazer todo o trabalho que precisava ( $r=0,383$ ;  $p=0,014$ ) e item D5.8 – Fazer todo o trabalho na velocidade necessária ( $r=0,346$ ;  $p=0,027$ ), dados apresentados na figura 2.

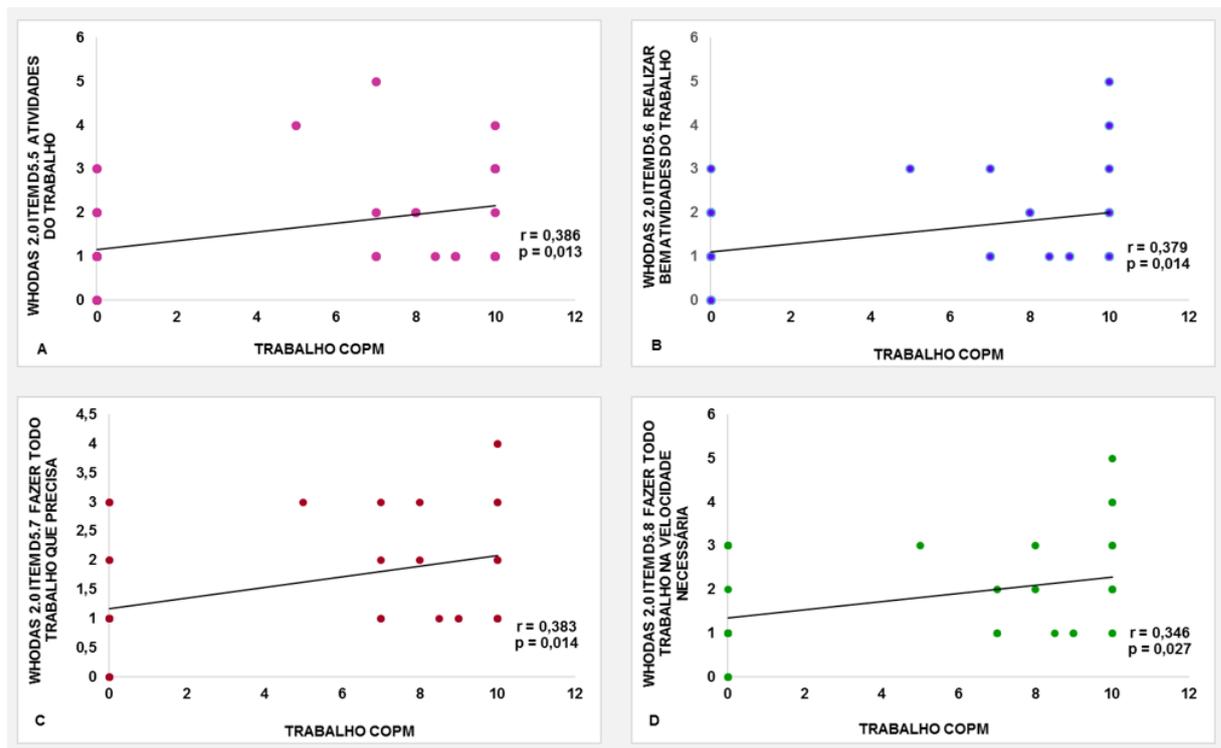


Figura 02: Correlação entre o Domínio Trabalho (WHODAS 2.0) e Trabalho (COPM): A - item D5.5 - Atividades do Trabalho; B - item D5.6 – Realizar bem as atividades mais importantes do trabalho; C - item D5.7 – Fazer todo o trabalho que precisava e D – item D5.8 – Fazer todo o trabalho na velocidade necessária.

Associações positivas também foram verificadas entre o Domínio Atividades Domésticas do WHODAS2.0 e Tarefas domésticas da COPM entre os seguintes itens: D5.1 Cuidar das responsabilidades domésticas ( $r=0,325$ ;  $p=0,038$ ); D5.2 Fazer bem as tarefas domésticas mais importantes ( $r=0,329$ ;  $p=0,036$ ); D5.3 Fazer todas as tarefas domésticas que precisava ( $r=0,378$ ;  $p=0,015$ ); item D5.4 Fazer as tarefas domésticas na velocidade necessária ( $r=0,457$ ;  $p=0,003$ ). Tais dados são apresentados na figura 3.

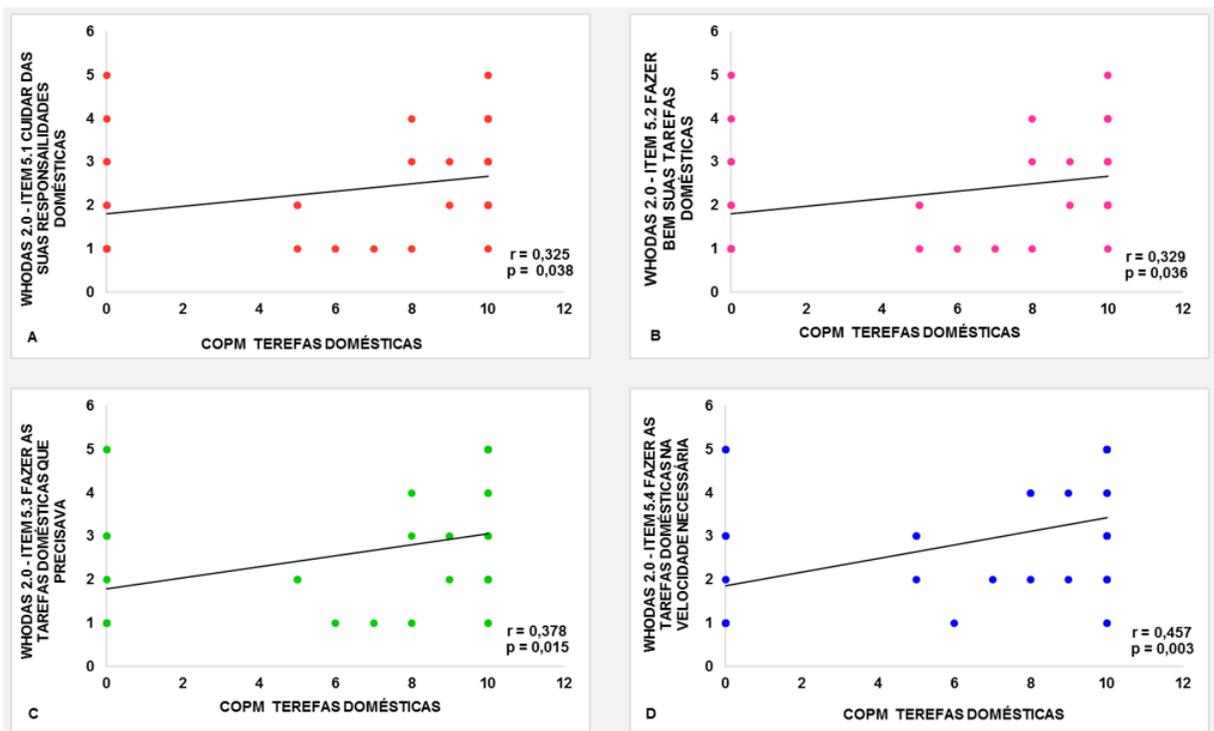


Figura 03: Correlação entre o Domínio Atividades Domésticas (WHODAS 2.0) e Tarefas domésticas (COPM): A - item D5.1 Cuidar das responsabilidades domésticas; B – item D5.2 Fazer bem as tarefas domésticas mais importantes; C - item D5.3 Fazer todas as tarefas domésticas que precisava e D – item D5.4 Fazer as tarefas domésticas na velocidade necessária.

#### 4.2.6 Discussão

A obesidade, de natureza multifatorial, pode surgir em relação a elementos físicos, psicológicos e sociais, aspectos estes que também podem torná-la mais grave. (Oliveira et al., 2020).

Ao analisar os dados sociodemográficos, observamos que esta pesquisa vai de encontro a outros estudos, pois aponta maioria de mulheres com diagnóstico de obesidade

mórbida, uma vez que dos 41 pacientes da amostra 29 (70,73%) eram do sexo feminino. A idade média observada no estudo foi de 36,85( $\pm$ 8,94) anos e IMC de 46,75.

Peterli et al (2018), em suas pesquisas na Suécia sobre os efeitos de diferentes procedimentos cirúrgicos no tratamento da obesidade mórbida em longo prazo, também identificou em sua amostra que 72% era composta por mulheres com idade média, 45,5 anos; é média de IMC de 43,9 (PETERLI et al, 2018).

Tais dados também são ressaltados na realidade brasileira ao observar que as mulheres representam a maioria das pessoas com obesidade, atingindo 22,8% dos homens e 30,2% das mulheres do país, sendo a faixa etária mais afetada a de pessoas com 40 a 59 anos de idade. Observa-se que tais dados corroboram com o estudo em questão e apontam que pessoas em idade laboral produtiva, principalmente as mulheres, são mais afetadas por tal diagnóstico (IBGE, 2020; MALVEIRA et al, 2021).

A prevalência de obesidade mórbida no sexo feminino, quando comparada ao sexo masculino, pode estar relacionada a importantes aspectos socioculturais como maior procura e acesso das mulheres aos serviços de saúde, diferenças nos padrões de consumo e rotina alimentar, diferenças no gasto energético durante a realização de atividades laborais e de lazer, dentre outras questões de gênero e culturais (POZZATI et al., 2013; MALTA, 2019).

No que diz respeito à escolaridade, a maioria dos participantes (48,77%) indicaram ter cursado de ensino fundamental a ensino médio completo. Tais informações também foram observadas em uma pesquisa norte americana que avaliou dados demográficos relacionados à prevalência de obesidade entre os anos de 2013 a 2016. A pesquisa, composta por 10.942 pessoas adultas com obesidade e obesidade mórbida observou uma tendência linear de aumento significativo na prevalência de obesidade com diminuição do nível de escolaridade, principalmente entre as mulheres. O estudo levantou que 44,63% da população avaliada possuíam formação condizente ao ensino médio ou menos (HALES et al, 2018).

Malta et al (2019) em seu estudo sobre a tendência da prevalência da obesidade mórbida no Brasil entre os anos de 2006 a 2017 reforça os dados encontrados e destaca aumento do diagnóstico de obesidade mórbida em adultos em todos os níveis de escolaridade, sendo as pessoas com 0 a 8 anos de estudos formais as mais afetadas por tal condição de saúde, quando comparado a pessoas com 9 ou mais anos de estudo. Os autores ainda reforçam que a tendência de aumento com maiores prevalências da obesidade mórbida foram observadas nas regiões norte e sudeste do país (MALTA et al, 2019).

Uma das hipóteses levantadas sobre a relação entre obesidade mórbida e níveis baixos de escolaridade refere-se a condições econômicas que levam o sujeito ao consumo de

alimentos de baixo custo e com menor valor nutricional e pouco acesso à informações e/ou compreensão das mesmas. Estas variáveis impactam diretamente no padrão alimentar e na prática de atividade física, o que está intimamente ligado à condição de saúde do sujeito ao longo do tempo (MALTA et al, 2019).

Ao observar os dados sociodemográficos encontrados e compará-los à realidade mundial e brasileira, nota-se que a obesidade mórbida está diretamente relacionada à fatores socioambientais. Por atingir população em idade laboral produtiva, tal diagnóstico impacta diretamente nas relações de trabalho, independência financeira, qualidade de vida, econômicas e políticas dos países, e na funcionalidade e desempenho ocupacional desses sujeitos.

Os resultados obtidos por meio do instrumento WHODAS 2.0 demonstram que os participantes desse estudo apresentaram prejuízos no escore total de funcionalidade com média de 28,59 ( $\pm 19,10$ ) pontos onde considerou-se quanto mais próximo de 100 menor a funcionalidade. Observou-se impactos significativo em todos os domínios, sendo os mais prejudicados: Atividades de Vida que envolve as questões relacionadas ao trabalho/escola 15,27 ( $\pm 16,03$ ) foram mais impactadas que as questões relacionadas as responsabilidades domésticas 43,90 ( $\pm 36,39$ ), Auto Cuidado 22,98 ( $\pm 23,45$ ), Relações Interpessoais 26,04 ( $\pm 24,90$ ), Cognição 27,31 ( $\pm 22,91$ ); Mobilidade 37,5 ( $\pm 28,74$ ) e Participação 37,90 ( $\pm 25,22$ ).

Um resultado semelhante ao encontrado nesta pesquisa foi observado em um estudo nacional com 23 sujeitos com  $IMC \geq 35 \text{kg/m}^2$ , que também utilizou o instrumento WHODAS 2.0 para aferição da funcionalidade e deficiência. Segundo a classificação encontrada na avaliação inicial com o instrumento, a incapacidade funcional extrema foi observada em 8.7% dos participantes, 34.8% incapacidade severa e 52.2% incapacidade moderada. Dentre os participantes da pesquisa, apenas 1 sujeito, representando 4.3% da amostra, apresentou incapacidade leve. (AUGUSTO et al., 2018, OLIVEIRA et al, 2022).

Outras pesquisas vão de encontro aos dados obtidos e ressaltam que o peso é uma variável muito importante no cotidiano de pessoas obesas, principalmente no que tange os componentes Atividades e Participação, sendo proporcional o aumento do IMC com as perdas relatadas em atividades como atividades de vida diária, realização de atividades físicas, trabalho e vínculos sociais. Ressaltam então que o grau de obesidade está intimamente relacionado às perdas funcionais enfrentadas. (COSTA et al, 2019).

Ainda quanto ao impacto da obesidade na Participação e Atividades, outra variável que interfere diretamente na execução das atividades relacionadas à esses dois domínios são as características biológicas e fisiológicas da obesidade. A literatura descreve que o aumento

de peso favorece a perda de massa muscular, e, conseqüentemente força muscular. Tal processo causar estresse mecânico, sobrecarga muscular, estimular a degeneração articular e ocasionar episódios de dor, além de alterar o padrão de marcha, equilíbrio postural e mobilidade articular (BARBOSA, 2019; SILVA, 2022).

Keast, Moffatti e Janmohammad (2019), em suas pesquisas relacionadas à prevalência e impacto de linfedemas em uma amostra composta por 68 sujeitos, onde 47,06% eram obesas mórbidas, apresentou dados que corroboram com a pesquisa em questão, porém identificaram que o domínio mais afetado, proporcionalmente foi o Mobilidade. Considera-se que os dados possam ter sido influenciados pelo fato de que os linfedemas eram localizados, em sua maioria, nos membros inferiores, compondo 96% da amostra (KEAST, MOFFATTI & JANMOHAMMAD, 2019).

Observa-se então, com os dados encontrados e com dados de outras pesquisas que utilizaram tanto a versão do WHODAS 2.0 de 36 itens quanto versões reduzidas que pessoas com obesidade mórbida apresentam comprometimento funcional, seja ele leve ou severo em todos os domínios avaliados (AUGUSTO et al., 2018; KEAST, MOFFATTI & JANMOHAMMAD, 2019; SPANN et al, 2019).

A COPM permite que cada indivíduo aponte quais ocupações percebe que estão prejudicadas em seu desempenho ocupacional, considerando o desempenho ocupacional de pessoas com obesidade, principalmente a mórbida, poucos estudos foram encontrados, sendo as publicações, realizadas em 2017 e 2018, subseqüentemente, as mais relevantes.

O estudo de Nossun et al. (2017), utilizou a COPM, com 63 pessoas diagnosticadas com obesidade mórbida. As categorias elaboradas pelos autores vão de encontro às estabelecidas neste estudo e os dados corroboram com os encontrados na pesquisa em questão. Os autores apontam problemas frequentes no desempenho de atividades como fazer compras, dificuldades em atividades que exigiam esforço físico como caminhar, realizar as atividades domésticas, utilizar assento de transporte público e participar de atividades sociais em grupos (NOSSUM et al., 2017).

Ainda segundo Nossun et al. (2017), os problemas ocupacionais enfrentados pelas pessoas com obesidade mórbida ocorrem a partir de uma relação dinâmica entre a ocupação, o sujeito e o meio ambiente em que está inserido. O excesso de peso torna-se então um problema devido a dimensão corporal e as comorbidades decorrentes desta condição de saúde. Considera-se que tal diagnóstico está intrinsecamente relacionado à aspectos pessoais, físicos, afetivos e ao ambiente cultural e social; o qual pode gerar sentimentos como vergonha, oportunidade limitadas à realidade social vigente (se vestir de acordo com os padrões da

moda, por exemplo) e indisposição à prática de atividades sociais comunitárias e familiares, por exemplo (NOSSUM et al., 2017).

Já o estudo retrospectivo realizado com 241 participantes por Barclay, Forwell (2018), apresentou dados próximos a pesquisa em questão, identificando que o exercício, o qual envolve o esforço exercido em diferentes atividades com demandas motoras e o comportamento alimentar, relacionado à preparação e organização dos alimentos, foram problemas de desempenho comumente citados pelos participantes. Mas apresentou dados diferentes, ao passo que problemas cognitivos foram relatados em maior frequência que os físicos. Tal observação pode ser justificada pelas categorias elaboradas pelos autores, a partir do relato dos participantes (BARCLAY & FORWELL, 2018).

No que tange a Associação entre os Domínios e funcionalidade provenientes do WHODAS 2.0 e o desempenho ocupacional por meio da COPM as autoras informam que não encontraram na literatura artigos científicos que abordassem especificamente as variáveis estudadas na pesquisa em questão.

Porém, os dados obtidos da associação entre as dificuldades relacionadas ao auto cuidado do WHODAS 2.0 e os Cuidados Pessoais da COPM relacionados ao banho e vestir-se vão de encontro à literatura científica. Pesquisadores ressaltam a importância dos profissionais de saúde debruçarem esforços para o desenvolvimento de pesquisas sobre as necessidades de higiene e auto cuidado da população em questão, seja em casa ou em outros ambientes. Pessoas com obesidade mórbida relatam, durante a realização do autocuidado relacionado a higiene do corpo, necessitar da ajuda de outras pessoas, medo de cair, necessidade de utilizar o chuveiro de mão e outros equipamentos para garantir a higiene durante o banho, higienizar e secar as extremidades inferiores do corpo e receio do acometimento de doenças diferentes doenças como, por exemplo, doenças de pele devido dificuldade de higienização (DIAL et al, 2018).

Quanto a execução das atividades de trabalho e domésticas, principalmente no que tange a realização das etapas mais importantes e realização no tempo necessário, observa-se que estas dificuldades impactam diretamente na qualidade de vida dessas pessoas. A literatura aponta que pessoas com obesidade mórbida comumente apresentam dificuldades em gerenciar suas atividades. Tal fato está associado às dificuldades físicas e doenças crônicas prevalentes em pessoas com excesso de peso e são influenciadas concomitantemente por condições de saúde relacionadas à saúde mental (KERAMAT et al, 2022).

Estudos apontam absenteísmo de quatro dias ou mais no trabalho por ano por pessoas com excesso de peso ou obesidade em razão de comorbidades como doenças emocionais,

cardiovasculares ou musculoesqueléticas, por exemplo. Tal fato, relacionado à uma elevada Carga de trabalho se associam a pior Capacidade de Trabalho, duplicando o risco da perda do emprego, quando comparado à pessoas eutróficas (SANTOS, ALMEIDA; 2021)

No entanto, a relação do estudo com outras pesquisas utilizando a mesma população contrasta com os achados, os quais demonstram que quanto mais independente o sujeito é em suas atividades cotidianas e domésticas fora e em casa, de auto cuidado e de trabalho, melhor sua avaliação das atividades de vida e; quanto mais disposto físico, cognitivo, e emocionalmente/afetivamente for, melhor será sua qualidade de vida, seu desempenho em suas recreações e seu engajamento participativo durante a interação com o ambiente em que vive (NOSSUM et al.,2017; BARCLAY & FORWELL, 2018; AUGUSTO et al., 2018; KEAST, MOFFATTI, JANMOHAMMAD, 2019; SPANN et al, 2019, KERAMAT ET AL, 2022).

Destaca-se ainda que as associações encontradas podem estar relacionadas ao impacto social da obesidade no desempenho ocupacional da Participação dos obesos mórbidos. Estudos afirmam que pessoas com tal diagnóstico evitam algumas atividades sociais e de trabalho formal devido excesso de peso (BARCLAY & FORWELL, 2018).

Contudo, os dados encontrados serão fundamentais para todos os profissionais de saúde e, principalmente para Terapeutas ocupacionais que atuam ou almejam atuar com a população em questão. Tais profissionais podem contribuir na promoção e prevenção da saúde, possibilitando ferramentas para identificar e intervir na modificação dos contextos e padrões comportamentais de alimentação e realização de exercícios físicos de pessoas obesas, educação individual e da sociedade para aumentar a Participação desde em diferentes ambientes sociais e na introdução e adaptação de ocupações em diferentes atividades como, por exemplo, atividades de vida diária, trabalho e lazer.

#### **4.2.7 Conclusão**

As pessoas obesas enfrentam diversas dificuldades e este trabalho reforçou o quanto é importante e necessário considerar não apenas a questão da doença, mas também, o grau de funcionalidade, deficiência e problemas de desempenho ocupacional relacionados à obesidade mórbida.

Os profissionais que atuam com tal população não devem considerar apenas a prevenção da obesidade ou os programas de reeducação alimentar para controle de peso, mas

sim considerar o “estar obeso” como condição de saúde que pode perdurar e impactar na qualidade e expectativa dessa população.

Frequentemente, a obesidade mórbida implica em acompanhamento médico, interdisciplinar e, por vezes, medicamentoso ou cirúrgico devido às comorbidades associadas a curto, médio e longo prazo. Estas demandas, assim como as físicas, emocionais, de participação e desempenho em diferentes atividades impactam diretamente na funcionalidade, desempenho ocupacional e no sistema de saúde utilizado pelo sujeito obeso mórbido.

Concluiu-se, também, que a tanto o WHODAS 2.0 quanto a COPM são ferramentas satisfatórias, que podem ser usadas por profissionais que atendem aos indivíduos obesos em qualquer nível de atenção, de modo a identificar genericamente seus níveis de funcionalidade, deficiência e os problemas de desempenho ocupacional autopercebidos mais relevantes. Considera-se também enquanto fundamental para profissionais de terapia Ocupacional que atuam com esta população.

Os achados são condizentes a outros estudos nacionais e internacionais. Assim, os dados apresentados contribuem de maneira significativa na compreensão do impacto do excesso de peso grave na funcionalidade e desempenho ocupacional de pessoas com obesidade mórbida, o que pode contribuir nos desfechos de intervenção prática de todos os profissionais de saúde, pois identifica aspectos relacionados ao funcionamento geral, saúde mental, física e qualidade de vida desses sujeitos.

Contudo, ainda são necessários mais estudos com amostras generalizadas em diferentes localidades brasileiras e com amostras mais robustas no que tange o número de participantes, a fim de compreender qualitativamente e quantitativamente quais são as reais necessidades relacionadas à funcionalidade, a partir dos conceitos da CIF desses indivíduos e os domínios em que eles apresentam dificuldades.

Não obstante, entende-se que os achados desse estudo podem guiar a tomada de decisões clínicas interdisciplinares e dos sistemas de saúde, permitindo assim que ações futuras possam ser escolhidas segundo as necessidades reais dessa população.

#### 4.2.8 Referências

ARNALDI, G.; ANGELI, A.; ATKINSON, A. B.; BERTAGNA, X.; CAVAGNINI, F.; CHROUSOS, G. P.; FAVA, G. A.; FINDLING, J. W.; GAILLARD, R. C.; GROSSMAN, A. B.; KOLA, B.; LACROIX, A.; MANCINI, T.; MANTERO, F.; NEWELL-PRICE, J.; NIEMAN, L. K.; SONINO, N.; VANCE, M. L.; GIUSTINA, A.; BOSCARO, M. **Diagnosis and Complications of Cushing's Syndrome: A consensus statement.** The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism, v. 88, n. 12, p.5593–5602, 2003.

Disponível em: <https://doi.org/10.1210/jc.2003-030871>.

Acesso em: 2 jan. 2022.

AUGUSTO, Viviane Gontijo; BARBOSA, Juliana Batista; SILVA, Ana Paula; ABREU, Ana Maria; AGUIAR; Bernardo Guimarães. **Percepção de saúde e incapacidade funcional em indivíduos obesos antes e após cirurgia bariátrica.** Conexão Ciência, Online, v. 3, n. 2, 2018.

Disponível em:

<https://periodicos.uniformg.edu.br:21011/periodicos/index.php/conexaociencia/article/view/88>.

Acesso em: 14 abr. 2022.

BARBOSA, Pâmela Abreu Vargas; FARIA, Amanda Marques; VENTO, Daniella Alves; AYRES, Flávio Monteiro; FORMIGA, Cibelle Kayenne Martins Roberto; Hamu, Tânia. **A influência do excesso de peso na força muscular e na funcionalidade mulheres jovens.** Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde, v.8, n. 1, p.250-262, 2019.

Disponível em: <https://doi.org/10.33362/ries.v8i1.1492>.

Acesso em: 2 jan. 2022.

BARCLAY, Karen S.; FORWELL, Susan J. **Occupational performance issues of adults seeking bariatric surgery for obesity.** American Journal of Occupational Therapy, Online, v. 72, n. 5, 2018.

Disponível em: <https://doi.org/10.5014/ajot.2018.025924>.

Acesso em: 27 jan. 2022.

BORGES, Kátia Ariana; ANDRADE, Luana Foroni; CHAGAS, Leidiane Mota de Oliveira; BORGES, Maria de Fátima; CASTRO, Shamyry Sulyvan. **Confiabilidade e Validade do World Health Organization Disability Assessment Schedule para Pessoas com Obesidade Mórbida.** Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, v. 30, n. 2, p. 94-101, 2019.

Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/156848>.

Acesso em: 11 abr. 2020.

BLÜHER, Matthias. **Obesity: Global epidemiology and pathogenesis.** Nature Reviews Endocrinology, v. 15, n.5, p. 288–298, 2019.

Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41574-019-0176-8>.

Acesso em: 14 jan. 2022.

BRAGA, Vanessa Augusta Souza; JESUS, Maria Cristina Pinto; CONZ, Claudete Aparecida; SILVA, Marcelo Henrique; TAVARES, Renata Evangelista; MERIGHI, Miriam Aparecida

Barbosa . **Atuação de enfermeiros voltada para a obesidade na Unidade Básica de Saúde.** Revista Brasileira de Enfermagem, v. 73, n. 2, 2020.  
Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0404>.  
Acesso em: 7 out. 2021.

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.  
Disponível em:  
[https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes\\_coleta\\_analise\\_dados\\_antropometricos.pdf](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos.pdf)  
Acesso em: 17 out. 2021.

CAMPOS, Elaine Cristina De; PEIXOTO-SOUZA, Fabiana Sobral; ALVES, Viviane Cristina; BASSO-VANELLI, Renata; BARBALHO-MOULIM, Marcela. **IMPROVEMENT IN LUNG FUNCTION AND FUNCTIONAL CAPACITY IN MORBIDLY OBESE WOMEN SUBJECTED TO BARIATRIC SURGERY.** Clinics, V. 73 P. 1-8, 2018.  
Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29561930/>.  
Acesso em: 22 jan. 2020.

COSTA, André Carvalho; LEAL, José Carlos; SILVA, Raimisson Vieira; PERNAMBUCO, Andrei Pereira; BRUNHEROTTI, Marisa Afonso de Andrade . **Relação entre índice de massa corporal e a funcionalidade/incapacidade de mulheres obesas.** Fisioterapia Brasil, v. 20, n. 5, 2019.  
Disponível em: [https://www.researchgate.net/profile/Marisa-Brunherotti/publication/336840890\\_Relacao\\_entre\\_indice\\_de\\_massa\\_corporal\\_e\\_a\\_funcionalidade\\_incapacidade\\_de\\_mulheres\\_obesas/links/5eb6d257a6fdcc1f1dcb1185/Relacao-entre-indice-de-massa-corporal-e-a-funcionalidade-incapacidade-de-mulheres-obesas.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Marisa-Brunherotti/publication/336840890_Relacao_entre_indice_de_massa_corporal_e_a_funcionalidade_incapacidade_de_mulheres_obesas/links/5eb6d257a6fdcc1f1dcb1185/Relacao-entre-indice-de-massa-corporal-e-a-funcionalidade-incapacidade-de-mulheres-obesas.pdf).  
Acesso em: 14 jun. 2022.

DIAL, Mary; HOLMES, Jennifer; MCGOWND, Robin. **“I do the best I can:”** Personal care preferences of patients of size. Applied Nursing Research, v. 39, p. 259-264, 2018.  
Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0897189717302501>.  
Acesso em: 14 out. 2019.

HALES, M., FRYAR, C. D., CARROLL, M. D., FREEDMAN, D. S. **Differences in Obesity Prevalence by Demographic Characteristics and Urbanization Level Among Adults in the United States,** JAMA, v. 319 n. 23, p. 2419–2429, 2018.  
Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jama.2018.7270>.  
Acesso em: 14 jan. 2022.

IBGE-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Pesquisa de orçamentos familiares 2017 2018:** análise do consumo alimentar pessoal no Brasil / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Rio de Janeiro, 2020.  
Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101742>.  
Acesso em: 23 fev. 2021

KEAST, David. H., MOFFATT, Christine ., JANMOHAMMAD, Ashrafunissa.  
**Lymphedema Impact and Prevalence International Study: The Canadian Data.** Lymphatic Research and Biology, v.17, n. 2, p. 178–186, 2019.  
 Disponível em: <https://doi.org/10.1089/lrb.2019.0014>.  
 Acesso em: 27 març.2022.

KERAMAT, Syed Afroz; ALAM, Khorshed; KEATING, Byron; AHINKORAH, Bright Opoku. **Morbid obesity, multiple long-term conditions, and health-related quality of life among Australian adults: Estimates from three waves of a longitudinal household survey.** Preventive Medicine Reports, v. 28, p. 101823, 2022.

LAW, M., Baptiste, S.; CARSWELL, A.; MCCOLL, M.A.; POLATAJKO, H.L.; POLLOCK, N. **Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM).** Trad. Livia de Castro Magalhães, Lilian Vieira Magalhães e Ana Amélia Cardoso. Belo Horizonte: Editora Universidade Federal de Minas Gerais; 2009.  
 Disponível em:  
[https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4946901/mod\\_resource/content/1/COPM-Brasil%202009.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4946901/mod_resource/content/1/COPM-Brasil%202009.pdf).  
 Acesso em: 29 jan. 2019.

MALVEIRA, Alice da Silva; SANTOS, Rayane Dias dos; MESQUITA, Josué Leandro da Silva; RODRIGUES, Emanuela Lima; GUEDINE, Camyla Rocha de Carvalho. **Prevalência de obesidade nas regiões Brasileiras.** Brazilian Journal of Health Review, Curitiba, v. 4, n. 2, p. 4164-4173, 2021.  
 Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/25557>.  
 Acesso em: 14 mai. 2022.

MALTA, Deborah Carvalho; SILVA, Alanna Gomes da; TONACO, Luis Antônio Batista., FREITAS, Maria Imaculada de Fátima; VELASQUEZ-MELENDEZ, Gustavo. **Tendência temporal da prevalência de obesidade mórbida na população adulta brasileira entre os anos de 2006 e 2017.** Cadernos de Saúde Pública, 35. 2019.  
 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00223518>.  
 Acesso em: 22 abr. 2022.

NOSSUM, Randi; JOHANSEN, Ann-Elin, KJEKEN, Ingvild (2018). **Occupational problems and barriers reported by individuals with obesity.** Scandinavian Journal of Occupational Therapy, v. 25, n. 2, p. 136–144, 2018.  
 Disponível em: <https://doi.org/10.1080/11038128.2017.1279211>.  
 Acesso em: 29 jul. 2021.

OLIVEIRA, Anna Luiza Albuquerque de; BOMFIM, Eric Simas; LINO, Ramon de Sousa; SANTOS, Felipe Nunes Almeida dos ; ALMEIDA, Luiz Alberto Bastos de; SANTOS, Jacilene Santiago do Nascimento Trindade dos; SANTOS, Clarson Plácido Conceição dos. **Perfil autonômico, metabólico e antropométrico de pacientes obesos eletivos à cirurgia bariátrica.** Research, Society and Development, v. 9; n. 12, 2022.  
 Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i12.11089>.  
 Acesso em: 24 ago. 2022.

OLIVEIRA, Lucivalda P. M; ASSIS, Ana Marlúcia O; SILVA, Maria da Conceição Monteiro da; SANTANA, Mônica Leila Portela de; SANTOS, Nedja Silva dos; PINHEIRO, Sandra M.

C.; BARRETO, Mauricio Lima; SOUZA, Carine de Oliveira. **Fatores associados a excesso de peso e concentração de gordura abdominal em adultos na cidade de Salvador, Bahia, Brasil.** *Cadernos de Saúde Pública*, v. 25, n. 3, p. 570–582, 2009.

Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000300012>.

Acesso em: 14 abr. 2020.

PETERLI, Ralph; WÖLNERHANSSEN, Bettina Karin; PETERS, Thomas; Vetter; et al. **Effect of Laparoscopic Sleeve Gastrectomy vs Laparoscopic Roux-en-Y Gastric Bypass on Weight Loss in Patients With Morbid Obesity: The SM-BOSS Randomized Clinical Trial.** *JAMA*, v. 319, n. 3, p. 255–265, 2018.

Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jama.2017.20897>.

Acesso em: 14 mai. 2022.

POZZATI, Rogério; BEUTER, Margrid; ROCHA, Lucimara Sonaglio; SANTOS, Naiana Oliveira dos; BUDÓ, Maria de Lourdes Denardin; GIRARDON-PERLINI, Nara Marilene Oliveira. **O cuidado na saúde dos homens: Realidade e perspectivas.** *Revista Enfermagem UERJ*, v. 21, n. 4, p. 540–545, 2013.

Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/10032>.

Acesso em: 09 mai. 2019.

QUEIROZ, Maria Gabriely; AQUINO, Maria Luiza Alexandre de; BRITO, Altemiza Dias Lima. **Envelhecimento saudável prejudicado pela obesidade: Uma revisão integrativa / Healthy aging harmed by obesity: an integrative review.** *Brazilian Journal of Health Review*, v. 3n. 2, p. 2309–2316, 2020.

Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n2-082>.

Acesso em: 11 mai. 2022.

SANTOS M, ALMEIDA A, LOPES C. **Obesidade e Capacidade de Trabalho.** *Revista Portuguesa de Saúde Ocupacional, Online*, volume 12, p. 1-7 2021.

Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/42039/1/73700785.pdf>.

Acesso em: 27 dez. 2021.

SILVA, Bárbara Amaral Bruno. **Equilíbrio postural, mobilidade, funcionalidade e qualidade de vida de indivíduos pré-cirurgia bariátrica.** Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Pernambuco, 2022.

Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/47614>.

Acesso em: 14 dez. 2022.

SPANN, Matthew D.; WANG, Emily; HURT, Savannah; KOCH, Rachel; GUPTA, Rajnish; MCEVOY, Matthew. **Early improvement in patient reported disability after bariatric surgery.** *Surgery for Obesity and Related Diseases*, v. 15, n. 10, p. 1800–1804, 2019.

Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1550728919303685>.

Acesso em: 20 jan. 2020.

WANNMACHER, Lenita. **Obesidade como fator de risco para morbidade e mortalidade: Evidências sobre o manejo com medidas não medicamentosas.** *Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) no Brasil*, v. 1, n. 7, p. 1-10, 2016.

## 5 COMENTÁRIOS E CONSIDERAÇÕES FINAIS

### 5.1 ARTIGO 1

- I. A amostra foi composta por 41 sujeitos, todos diagnosticados com obesidade mórbida.
- II. Evidenciou-se, com os dados predomínio de mulheres (70,73%), a faixa mais evidente entre 30 a 50 anos (68,83%) sendo a média de idade de 36,85( $\pm$ 8,94). 43,90% dos participantes eram solteiros e 73,17% desenvolviam trabalho remunerado. A composição familiar de 29,27% era formada por cônjuge, filhos ou outros parentes de primeiro grau e 63,41% da amostra possuía 1 ou mais filhos, 48,77% da amostra possuía nível de escolaridade pautada no Ensino médio ou menos e a renda familiar de 39,03% da amostra foi de até dois salários mínimos.
- III. No que se refere às condições clínicas e de saúde o peso médio foi de 129,37 ( $\pm$ 24,55) kg e IMC de 46,75 ( $\pm$ 6,43). 53,66% da amostra apresenta sobrepeso desde a infância. A comorbidade mais evidente foi a hipertensão arterial sistêmica, diagnosticada em 39,02% pessoas e a doença menos associada foi a cardiovascular (9,76% da amostra). Quanto à medicação utilizada diariamente 26,8% relataram não usar nenhum medicamento e 24,4% um medicamento de uso contínuo.
- IV. No que se refere às correlações entre as Escala de Estresse Percebido (EEP) e a Escala de Coping Religioso e Espiritual (CRE), foi possível perceber uma associação positiva entre a pergunta 11 da escala de estresse percebido relacionada a irritações por situações que acontecem estão fora de controle (EEP11) e CRE total ( $p=0,001$ ). O CRE Negativo, associou-se as questões EEP 01 ( $p=0,008$ ) EEP 06 ( $p=0,013$ ); EEP7 ( $p=0,002$ ) e EEP 11 (0,012).
- V. Quanto ao Fatores Positivos observamos correlações positivas entre o CRE Positivo 1 maioria das questões da EEP, exceto as EEP 10, EEP 11 e EEP 13. CRE Positivo 2 com EEP 04 e EEP 11, CRE Positivo 03 com EEP 11 e EEP 14, CRE Positivo 4 com EEP 11, CRE Positivo 5 com EEP 07 e EEP 14 e CRE Positivo 7 com EEP 11.
- VI. No que tange os Fatores Negativos observamos correlações entre CRE Negativo 1 com as questões EEP 3, EEP 4 e EEP 1, o CRE Negativo 2 com a EEP 6 e o CRE Negativo 4 com as questões EEP 1, EEP 6, EEP 7, EEP 8, EEP11, EEP 12 e EEP14.

## 5.2 ARTIGO 2

VII. A amostra foi composta por 41 sujeitos, todos diagnosticados com obesidade mórbida.

VIII. Os dados sociodemográficos, mostraram predomínio de mulheres (70,73%), a faixa mais evidente entre 30 a 50 anos (68,83%) sendo a média de idade de 36,85(±8,94). 43,90% dos participantes eram solteiros e 73,17% desenvolviam trabalho remunerado. A composição familiar de 29,27% era formada por cônjuge, filhos ou outros parentes de primeiro grau e 63,41% da amostra possuía 1 ou mais filhos, 48,77% da amostra possuía nível de escolaridade pautada no Ensino médio ou menos e a renda familiar de 39,03% da amostra foi de até dois salários mínimos.

IX. Quanto às condições clínicas e de saúde o peso médio foi de 129,37 (±24,55) kg e IMC de 46,75 (±6,43). 53,66% da amostra apresenta sobrepeso desde a infância. A comorbidade mais evidente foi a hipertensão arterial sistêmica, diagnosticada em 39,02% pessoas e a doença menos associada foi a cardiovascular (9,76% da amostra). Quanto à medicação utilizada diariamente 26,8% relataram não usar nenhum medicamento e 24,4% um medicamento de uso contínuo.

X. No que tange o WHODAS2.0, observou-se interferências da obesidade em todos os domínios, seguindo os respectivos resultados: Domínio 1: Cognição, houve uma média de 27,31(±22,91) pontos; Domínio 2: Mobilidade, a média foi de 37,5(±28,74).; Domínio 3: Auto cuidado, obteve-se uma média de 22,98(±23,45) pontos; Domínio 4: Relações interpessoais, 26,04(±24,90), Domínio 5: Atividades de vida atividades relacionadas à manutenção no lar, responsabilidades domésticas e lazer 43,90(±36,39) e o trabalho/escola obteve média de 15,27(±16,03); Participação: a média foi de 37,90(±25,22) pontos. Quanto aos dias em que os participantes apresentaram dificuldades ou estiveram totalmente incapazes de realizar suas Atividades de Vida ou de Trabalho, a média dos últimos 30 dias foi de 15,98 dias (±13,87), a media de redução das atividades usuais de Vida ou Trabalho em média 6,90 dias (±9,77) e de dias em que estiveram totalmente incapazes doi de 3,15 (±7,32) dias.

XI. Em relação a COPM, a média total foi de 4,21(±1,19), sendo que os domínios mais afetados foram o “brincar na escola” com 3,32 (±1,25) pontos e o domínio independência fora de casa 3,41 (±1,08).

XII. Quanto a correlação entre WHODAS 2.0 e COPM, houve correção entre o IMC com o domínio 2 (p=0,004; 0,438) e o domínio 6 (p=0,049; 0,309) do WHODAS. Indicando que quanto maior o IMC pior a funcionalidade desse indivíduo. Observou-se também

associação entre o domínio de independência fora de casa ( $p=0,032$ ;  $0,336$ ) com o domínio de recreação tranquila ( $p=0,045$ ;  $0,314$ ). Outra correlação observada foi entre o domínio 1 do WHODAS com o domínio de independência fora de casa ( $p=0,044$ ;  $0,316$ ).

## **6 CONCLUSÕES PRELIMINARES**

### **6.1 ARTIGO 1**

Nossos resultados mostraram correlações importantes entre as questões da EEP e o CRE-Breve, tanto em seus valores totais quanto nos Fatores Negativos e Positivos, indicando associação entre as variáveis estudadas. Destaca-se, então, que o coping religioso espiritual interfere diretamente nos níveis de estresse percebido pelas pessoas com obesidade mórbida que participaram desse estudo.

### **6.2 ARTIGO 2**

Os achados demonstram o impacto social, físico, cognitivo e emocional/afetivo da obesidade mórbida no desempenho ocupacional e funcionalidade das pessoas com obesidade mórbida. Demonstram também correlação entre funcionalidade, segundo os pressupostos da CIF e o desempenho ocupacional em diferentes atividades.

## REFERÊNCIAS

ABESO-Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica Diretrizes brasileiras de obesidade 2016 / ABESO - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. **Diretrizes Brasileiras da Obesidade**. Online, 4.ed., São Paulo, SP, 2016.

Disponível em: <https://abeso.org.br/wp-content/uploads/2019/12/Diretrizes-Download-Diretrizes-Brasileiras-de-Obesidade-2016.pdf>.

Acesso em: 22 out. 2020.

ALPERT, Martin A. 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 de junho de 2019.

ARTERBURN, David E.; DANA, Telem. KUSHNER, Robert; COURCOULAS, Anita. **Benefits and Risks of Bariatric Surgery in Adults A Review**. Jama , v. 324, n. 9, p. 879-887, 2020.

Disponível em: <https://www.socalweightlossinstitute.com/wp-content/uploads/2020/11/Review-of-Benefits-and-Risks-of-Bariatric-2020-1.pdf>.

Acesso em: 12 de março de 2021.

AZAMBUJA, Cati Reckelberg et al. O Diagnóstico da síndrome metabólica analisado sob diferentes critérios de definição. Revista Baiana de Saúde Pública, v. 39, n. 3, p. 482-482, 2015. Disponível em: <<https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/728>>. Acesso em: 17 de setembro de 2019.

BANKOFF, Antonia Dalla Pria; ARRUDA, Miguel de; BISPO, Ieda Maria G. Pacce; RODRIGUES, Maicon Douglas. **Doenças Crônicas Não Transmissíveis: História Familiar, Hábitos Alimentares e Sedentarismo em Alunos de Graduação de Ambos os Sexos**. Revista Saúde e Meio Ambiente, v. 5, n. 2, p. 37-56, 2017.

Disponível em: file:///C:/Users/katia/Downloads/4246-Texto%20do%20artigo-14322-1-10-20170903.pdf.

Acesso em: 02 de fevereiro de 2020.

BORGES, Kátia Ariana; ANDRADE, Luana Foroni; CHAGAS, Leidiane Mota de Oliveira; BORGES, Maria de Fátima; CASTRO, Shamyr Sulyvan. **Confiabilidade e Validade do World Health Organization Disability Assessment Schedule para Pessoas com Obesidade Mórbida**. Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, v. 30, n. 2, p. 94-101, 2019.

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, 2013.

Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/pnan2011.pdf>>.

Acesso em: 22 Set. 2017.

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.

Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_38.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_38.pdf).  
Acesso em: 04 jun. 2020.

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, 2017.

Disponível em:

[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/orientacoes\\_coleta\\_analise\\_dados\\_antropometricos.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos.pdf).

Acesso em 29 nov. 2019.

BROUGHTON, Darcy E.; MOLEY, Kelle H. **Obesity and female infertility:** potential mediators of obesity's impact. *Fertility and sterility*, v. 107, n. 4, p. 840-847, 2017.

Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0015028217300602>.

Acesso em: 14 nov. 2020.

CASTRO, Shamyry Sulyvan; CASTANEDA, Luciana; SILVEIRA, Heitor. **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.17n. 1, p. 59-70, 2014.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbepid/a/4fjsRPHMcpKYsKSQMPNCK9f/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 14 mar. 2019.

CASTRO, Shamyry Sulyvan; LEITE, Camila ferreira. **Avaliação de Saúde e Deficiência:** Manual do WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0). Tradução de Shamyry Sulyvan Castro, Camila Ferreira Leite. Organização Mundial da Saúde, 2015.

Disponível em: [http://www.uftm.edu.br/upload/ensino/Portuguese\\_version\\_-\\_WHODAS\\_2.0\\_-\\_SS\\_Castro\\_\\_CF\\_Leite\\_-\\_TR\\_14017.pdf](http://www.uftm.edu.br/upload/ensino/Portuguese_version_-_WHODAS_2.0_-_SS_Castro__CF_Leite_-_TR_14017.pdf).

Acesso em: 19 Ago. 2019.

CRAIG, James R.; AHO, Ken; BONOMI, Marcelo; BOWLES, John; CROSBY, Ross; DAVIS, Richard P.; HENRY, David; KRAWETZ, Stephen A.; PLANT, Tim M.; SMITH, Lee B. **Obesidade, infertilidade masculina e o epigenoma do esperma.** *Fertility and Sterility*, v. 107, n. 4, p. 848-859, 2017.

Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0015028217302364>.

Acesso em: 03 de ago. 2020.

DE CARVALHO AGUIAR, Isabella; SANTOS, Israel dos Reis dos; HIRATA, Raquel Pastréllo; JÚNIOR, Newton Santos de Faria; 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, 2015.

Disponível em: <http://pgsskroton.com.br/seer/index.php/JHealthSci/article/view/1109/1065>.

Acesso em: 10 nov. 2018.

DE LORENZO, Antonino; GRATTERI, Santo; GUALTIERI, Paola; CAMMARANO, Andrea; BERTUCCI, Pierfrancesco; DI RENZO, Laura. **Why primary obesity is a disease?** Journal of translational medicine, v. 17, p. 1-13, 2019.  
Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12967-019-1919-y>.  
Acesso em: 21 de Jan. de 2021.

DE OLIVEIRA, Huryel Tarcio; FELIX, Leticia Albuquerque; SOUSA, Leticia Sebba de; LINHARES, Leila Carvalho; ROCHA, Tainara Davidis; CORRÊA, Vanessa Gomes de Souza; FANGEL, Leticia Meda Vendrusculo. **O uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) por terapeutas ocupacionais em pesquisa: revisão integrativa.** Research, Society and Development, v. 11, n. 13, 2022.  
Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/35901/29879>.  
Acesso em: 27 de set. 2022.

DIAS, Patricia Camacho; HENRIQUES, Patrícia; DOS ANJOS, Luiz Antonio; BURLANDY, Luciene. **Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro.** Cadernos de Saúde Pública, v. 33, 2017.  
Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2017.v33n7/e00006016/pt/>. Acesso em: 08 de mar. de 2021.

DIETZ, William H.; BAUR, Louise A.; HALL, Kevin; PUHL, Rebecca M.; TAVERAS, Elsie M.; UAUY, Ricardo; KOPELMAN, Peter. **Management of obesity: improvement of health-care training and systems for prevention and care.** The Lancet, v. 385, n. 9986, p. 2521-2533, 2015.  
Disponível em: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(14\)61748-7/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)61748-7/abstract).  
Acesso em: 21 dez. 2018.

FAUSTINO, Laurita; ANJOS, Achaiane Camila da Silva dos; SOMENSI, Lincon Bordignon; ADAMI, Eliana Rezende. **Influência da espiritualidade/religiosidade na qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes com diabetes: revisão integrativa da literatura.** Research, Society and Development, v. 11, n. 13, p. e436111335901-e436111335901, 2022.  
Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/33516/28398>.  
Acesso em: mar. 2023.

FORHAN, Mary; GILL, Simone V. **Obesity, functional mobility and quality of life.** Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism, v. 27, n. 2, p. 129-137, 2013.  
Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23731875>.  
Acesso em 08 dez 2018.

GADDE, Kishore M.; MARTIN, Corby K.; BERTRAND, Rebecca; HEYMSFIELD, Steven B. **Obesidade: fisiopatologia e manejo.** Journal of the American College of Cardiology , v. 71, n. 1, pág. 69-84, 2018.  
Disponível em: <https://www.jacc.org/doi/abs/10.1016/j.jacc.2017.11.011>.  
Acesso em: 10 de fev de 2021.

GOMES, Maria Dulce; TEIXEIRA, Liliana; RIBEIRO, Jaime. **Enquadramento da Prática da Terapia Ocupacional: Domínio & Processo** 4ª Edição. 2021.

GORTMAKER, Steven L.; SWINBURN, Boyd A.; LEVY, David; CARTER, Rob; MABRY, Patricia L.; FINEGOOD, Diane T.; HUANG, Terry; MARSH, Tim; MOODIE, Marjory L. **Changing the future of obesity: science, policy, and action.** The Lancet, v. 378, n. 9793, p. 838-847, 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 2019.

HEYMSFIELD, Steven B.; WADDEN, Thomas A. **Mechanisms, pathophysiology, and management of obesity.** New England Journal of Medicine , v. 376, n. 3, pág. 254-266, 2017. Disponível em: <https://escholarship.org/content/qt63p9z787/qt63p9z787.pdf>.

Acesso em: 03 de junho de 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2017-2018: análise do consumo alimentar pessoal no Brasil.** Rio de Janeiro: IBGE; 2020

Disponível em: chrome-

extension://efaidnbmnibpcajpcgclefindmkaj/https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101742.pdf.

Acesso em: 20 de mar de 2021.

JAGIELSKI, Alison C.; BROWN, Adrian; HOSSEINI-ARAGHI, Marzieh; THOMAS, G. Neil; TAHERI, Shahrad. **The association between adiposity, mental well-being, and quality of life in extreme obesity.** PloSone, v. 9, n. 3, p. e92859, 2014.

Disponível em: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0092859>.

Acesso em: 11 out 2018.

JASTREBOFF, Ania M.; KOTZ, Catherine M.; ISBELL, James M.; HEINBERG, Leslie J.; RAVUSSIN, Eric; SCHOELLER, Dale A. **Obesidade como doença: a declaração de posição da sociedade da obesidade em 2018.** Obesidade , v. 27, n. 1, pág. 7-9, 2019.

Disponível em: <https://sci-hub.se/10.1002/oby.22378>. Acesso em: 16 de Janeiro de 2020.

KOMAROFF, Marina. **For researchers on obesity: historical review of extra body weight definitions.** Journal of obesity, v. 2016, 2016.

Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27313875/>

Acesso em: 17 de Fev de 2021.

LAUBY-SECRETAN, Béatrice; DOSSUS, Laure; MARANT-MICALLEF, Claire; HIS, Mathilde. **Obésité et cancer.** Bulletin du cancer, v. 106, n. 7-8, p. 635-646, 2019.

Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0248866309005906>.

Acesso em: 12 de jun de 2021.

LEITNER, Deborah R.; FRÜHBECK, Gema; YUMUK, Volkan; SCHINDLER, Karin; MICELI, Rebecca; WOODCOCK, Sean; SBRACCIA, Paolo; BENSON, Stephen; RYDÉN, Mikael; DIETL, Alexander; HICKMAN, Ingrid J.; TOPLOADER, Anna K.; CLEMENT, Karine; MAISLOS, Maximo; KOHLI, Atul; KOPPELSTAETTER, Christian; KROGH-MADSEN, Rikke; BLAHER, Matthias. **Obesidade e diabetes tipo 2: duas doenças com necessidade de estratégias combinadas de tratamento - o EASO pode liderar o caminho.** Fatos sobre obesidade , v. 10, n. 5, pág. 483-492, 2017.

Disponível em: <https://www.karger.com/Article/Abstract/480525>.

Acesso em: 08 de fev de 2021.

LIU, Tsan-Hon; PI-SUNYER, F. Xavier; LAFERRERE, Blandine; NOVOSEL, L. M.; GRANT, C. A.; DORMIN, L. M.; COLEMAN, T. M. **Physical disability and obesity.** Nutrition reviews, v. 63, n. 10, p. 321-331, 2005.

Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16295145>.

Acesso em: 14 jan 2017.

MACKENZIE, Hugh; MARKAR, Sheraz R.; ASKARI, Alan; FAIZ, Omar; HULL, Mark; GRIFFIN, S. Michael; LAGERGREN, Jesper. **Cirurgia de obesidade e risco de câncer.** Journal of British Surgery, v. 105, n. 12, pág. 1650-1657, 2018.

Disponível em: [https://www.researchgate.net/profile/Jesper-Lagergren/publication/326376251\\_Obesity\\_surgery\\_and\\_risk\\_of\\_cancer/links/5f85af9092851c14bcc3cf1a/Obesity-surgery-and-risk-of-cancer.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Jesper-Lagergren/publication/326376251_Obesity_surgery_and_risk_of_cancer/links/5f85af9092851c14bcc3cf1a/Obesity-surgery-and-risk-of-cancer.pdf).

Acesso em: 12 de jan de 2021.

MALTA, Deborah Carvalho; SILVA, Alanna Gomes da; TONACO, Luis Antônio Batista; FREITAS, Maria Imaculada de Fátima; VELASQUEZ-MELENDZ, Gustavo. **Tendência temporal da prevalência de obesidade mórbida na população adulta brasileira entre os anos de 2006 e 2017.** Cadernos de Saúde Pública, v. 35, p. e00223518, 2019.

Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csp/2019.v35n9/e00223518/pt>.

Acesso em: 18 de mar de 2020.

MALVEIRA da Silva, Alice; SANTOS, Rayane Dias dos; MESQUITA, Josué Leandro da Silva; RODRIGUES, Emanuela Lima; GUEDINE, Camyla Rocha de Carvalho. **Prevalência de obesidade nas regiões Brasileiras.** Brazilian Journal of Health Review, v. 4, n. 2, p. 4164-4173, 2021.

Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/25557>.

Acesso em: 02 de ago de 2021.

MIETHE, Sarah; TITZMANN, Andreas; BALLMANN, Manfred; MELCHER, Fabian R.; WEGMANN, Michael. **Obesidade e asma.** Journal of Allergy and Clinical Immunology, v. 146, n. 4, pág. 685-693, 2020.

Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0091674920311672>.

Acesso em: 13 de jun de 2021.

MURRAY, Christopher JL; LOPEZ, Alan D. **Measuring the global burden of disease.** New England Journal of Medicine, v. 369, n. 5, p. 448-457, 2013.

Disponível em: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMra1201534#t=article>.

Acesso em: 09 fev 2018.

NILSON, Eduardo Augusto Fernandes; ANDRADE, Rafaella da Costa Santin; BRITO, Daniela Aquino de; OLIVEIRA, Michele Lessa de. **Custos atribuíveis a obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2018.** Revista Panamericana de Salud Pública, v. 44, p. e32, 2020.

Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rpsp/2020.v44/e32/pt/>.

Acesso em: 28 de mar de 2021.

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. **Obesity: preventing and managing the global epidemic**. Genebra, 2000.

Disponível em: [http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO\\_TRS\\_894.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_894.pdf).

Acesso em: 12 Mai. 2017.

OUTÓN, Sara; GALCERAN, Irene; PASCUAL, Julio; OLIVERAS, Anna. **Presión arterial central en la obesidad mórbida y tras la cirugía bariátrica**. nefrologia, v. 40, n. 3, p. 217-222, 2020. Disponível

em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211699519301845>. Acesso em: 8 de mar de 2021.

PANZINI, Raquel Gehrke; BANDEIRA, Denise Ruschel. **Coping (enfrentamento) religioso/espiritual**. Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo), v. 34, p. 126-135, 2007.

Disponível

em: <https://www.scielo.br/j/rpc/a/BxLcY5gJFkgTZRnL4kXxYFH/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 20 de out de 2018.

PARGAMENT, Kenneth I.; TARAKESHWAR, Nalini; ELLISON, Christopher G.; WULFF, Keith M. Religious coping among the religious: The relationships between religious coping and well-being in a national sample of Presbyterian clergy, elders, and members. Journal for the Scientific Study of Religion, v. 40, n. 3, p. 497-513, 2001.

REJESKI, W. Jack; IP, Edward H.; BERTONI, Alain G.; BRAY, George A.; EVANS, Gina; GREGG, Edward W.; ZHANG, Qiang. **Lifestyle change and mobility in obese adults with type 2 diabetes**. New England Journal of Medicine, v. 366, n. 13, p. 1209-1217, 2012.

Disponível em: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1110294#t=article>.

Acesso em 10 mai 2018.

SALAÛN, Hélène; THARIAT, Juliette; VIGNOT, Marina; MERROUCHE, Yacine; VIGNOT, Stéphane. **Obésité et cancer**. Bulletin du cancer, v. 104, n. 1, p. 30-41, 2017.

Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0007455116303484>.

Acesso em: 29 de mar de 2021.

SILVEIRA, Laís Sampaio. **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. 81 folhas. (Disseração de mestrado) (Educação Física, Movimento Humano e Saúde) - Universidade Federal do Triângulo Mineiro, UBERABA/MG, 2016.

SILVA, Ana Karoline dos Santos da; GALIZA, Marianna Sousa Maciel Gualberto de; DIAS, Lucas da Silva; MELO, Christiane Pereira Lopes de; SILVA, Kennya Raquel dos Santos;

LIMA, Érika Karoline Sousa; FRANCO, Jorgeane Clarindo Veloso; CARVALHO, Lia de Araújo; SOUSA, Rennan Oliveira Vieira de; CASTRO, Rebeca Machado Ferreira de; MENDES, Carlos Eduardo Carvalho; RODRIGUES, Lícia Maria Fernandes. **INFLUÊNCIA DA MICROBIOTA INTESTINAL NA FISIOPATOLOGIA DA OBESIDADE**. IN NETO, Benedito Rodrigues da Silva. Medicina e adesão à inovação: a cura mediada pela tecnologia. Ponta Grossa - PR: Atena, 2021.

TRINDADE, Eduardo Neubarth; ZANELLA, Elenisa Predebon; BLUME, Carina Andriatta; DIEMEN, Vinicius von; CARDOSO, Sheila; BELLINE, Vanessa; TRINDADE, Manoel Roberto Maciel. **Cirurgia para tratamento da obesidade mórbida: princípios básicos**. Revista HCPA, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 142-149, 2013.

Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/35913>.

Acesso em: 07 nov. 2020.

VALENTE, Tânia Cristina de Oliveira; QUELHO, Cássia Tavares; CAVALCANTI, Ana Paula Rodrigues; CARMO, Hercules de Oliveira. **Espiritualidade, religiosidade e saúde: velhos debates, novas perspectivas**. Interações, v. 11, n. 20, p. 85-97, 2016.

Disponível em: <https://periodicos.pucminas.br/index.php/interacoes/article/view/P.1983-2478.2016v11n20p85/10912>.

Acesso em: 14 nov. 2022.

VITIATO, J. A.; BENINCÁ, S. C.; MAZUR, C. E. **Relação entre microbiota intestinal e obesidade: efeito do uso de probióticos – uma revisão de literatura**. Visão Acadêmica, Curitiba, v. 23, n. 1, fev. 2022.

WANDERLEY, Emanuela Nogueira; FERREIRA, Vanessa Alves. **Obesidade: uma perspectiva plural**. Cien Saude Colet, v. 15, n. 1, 2010.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n1/a24v15n1.pdf>.

Acesso em: 29 maio 2020.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A – ENTREVISTA INICIAL

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

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

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: \_\_\_\_\_ Circunferência abdominal \_\_\_\_\_

12 - Peso: \_\_\_\_\_

13- IMC: \_\_\_\_\_

14 - Há quanto tempo foi incluso no serviço do Ambulatório de Obesidade?

---



---

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

17.2 ( ) Diabetes Mellitus tipo II

17.3 ( ) Hipertensão arterial

17.4 ( ) Doença cardiovascular

17.5 ( ) doença osteoarticular

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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fumante: ( ) sim 9 ( ) não

\_\_\_\_\_  
Assinatura do entrevistado

\_\_\_\_\_  
Assinatura do entrevistador

## ANEXOS

**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<sup>a</sup>
- 36 itens – Auto-administrada
- 36 itens – Administrada ao proxy<sup>b</sup>
- 12 itens – Administrada por entrevistador<sup>c</sup>
- 12 itens – Auto-administrada
- 12 itens – Administrada ao proxy<sup>b</sup>
- 12+24 itens – Administrada por entrevistador

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

<sup>b</sup> Parentes, amigos ou cuidadores.

<sup>c</sup> 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](http://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](mailto: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

<b><i>Complete os itens F1-F5 antes de iniciar cada entrevista</i></b>				
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	<b>Anote o sexo da pessoa conforme observado</b>	Feminino	1
		Masculino	2
A2	Qual sua idade?	_____ anos	
A3	Quantos anos no total você passou estudando em escola, faculdade ou universidade?	_____ anos	
A4	<b>Qual é o seu estado civil atual? (Escolha a melhor opção)</b>	Nunca se casou	1
		Atualmente casado(a)	2
		Separado(a)	3
		Divorciado(a)	4
		Viúvo(a)	5
		Mora junto	6
A5	<b>Qual opção descreve melhor a situação da sua principal atividade de trabalho? (Escolha a melhor opção)</b>	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 n°1 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 n°1 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 n°2 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 n°1 e n°2 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 n°1 e n°2 para o(a) respondente

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

### Domínio 2 Mobilidade

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

Mostre os cartões resposta n°1 e n°2

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

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

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

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 mais 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 n°1 e n°2**

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 <u>tempo</u> você gastou com sua condição de saúde ou suas consequências?	1	2	3	4	5
D6.5	Quanto <u>você</u> 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

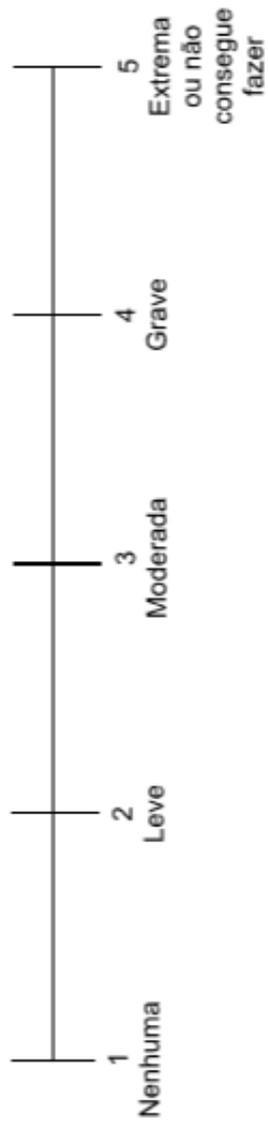
36

Entrevista

H1	Em geral, nos últimos 30 dias, <u>por quantos dias</u> essas dificuldades estiveram presentes?	<b>Anote o número de dias</b> _____
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?	<b>Anote o número de dias</b> _____
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?	<b>Anote o número de dias</b> _____

***Isto encerra a entrevista. Obrigado por sua participação.***

Cartão resposta nº2





**PASSO 3: PONTUAÇÃO – AVALIAÇÃO INICIAL**

Confirme com o cliente os 5 problemas mais importantes e registre-os abaixo. Usando as cartões de pontuação, peça ao cliente para classificar cada problema no que diz respeito ao Desempenho e Satisfação, depois calcule a pontuação total. Para calcular a pontuação total some a pontuação do desempenho ocupacional ou da satisfação de todos os problemas e divida pelo número de problemas.

**PASSO 4: REAVALIAÇÃO**

No intervalo de tempo apropriado para reavaliação, o cliente classifica novamente cada problema, no que se refere ao Desempenho e à Satisfação.

Problemas de Desempenho Ocupacional	Avaliação Inicial		Reavaliação	
	Desempenho 1	Satisfação 1	Desempenho 2	Satisfação 2
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

Problemas de Desempenho Ocupacional	Pontuação do Desempenho 1	Pontuação da Satisfação 1	Pontuação do Desempenho 2	Pontuação da Satisfação 2
$\text{Pontuação Total} = \frac{\text{Pontuação Total do Desempenho ou da Satisfação}}{\text{N}^{\circ} \text{ de Problemas}}$	___ / ___ = ___	___ / ___ = ___	___ / ___ = ___	___ / ___ = ___

**PASSO 5: COMPUTANDO OS ESCORES DE MUDANÇA**

Calcule as mudanças, subtraindo a pontuação obtida na avaliação da obtida na reavaliação.

**Mudança no Desempenho =** Pontuação do Desempenho 2 \_\_\_ – Pontuação do Desempenho 1 \_\_\_ = \_\_\_

**Mudança na Satisfação =** Pontuação da Satisfação 2 \_\_\_ – Pontuação da Satisfação 1 \_\_\_ = \_\_\_

**ANOTAÇÕES ADICIONAIS E OBSERVAÇÕES**

Avaliação inicial:

Reavaliação:

<sup>1</sup> *Canadian Occupational Performance Measure (COPM)*. Versão brasileira traduzida por Lúcia C. Aragão, Ulken Y. Aragão e Ana Amélia Cardoso.

<sup>2</sup> Publicado pelo CBOE Publishers ACE © M. Lou, S. Baptista, A. Cooney, M. A. McGill, R. Polking, R. Pollock, 2000

## ANEXO C – ESCALA DE ESTRESSE PERCEBIDO

As questões nesta escala perguntam sobre seus sentimentos e pensamentos durante o último mês. Em cada caso, será pedido para você indicar o quão frequentemente você tem se sentido de uma determinada maneira. Embora algumas das perguntas sejam similares, há diferenças entre elas e você deve analisar cada uma como uma pergunta separada. A melhor abordagem é responder a cada pergunta razoavelmente rápido. Isto é, não tente contar o número de vezes que você se sentiu de uma maneira particular, mas indique a alternativa que lhe pareça como uma estimativa razoável. Para cada pergunta, escolha as seguintes alternativas:

0= nunca

1= quase nunca

2= às vezes

3= quase sempre

4= sempre

Neste último mês, com que frequência						
1	Você tem ficado triste por causa de algo que aconteceu inesperadamente?	0	1	2	3	4
2	Você tem se sentido incapaz de controlar as coisas importantes em sua vida?	0	1	2	3	4
3	Você tem se sentido nervoso e “estressado”?	0	1	2	3	4
4	Você tem tratado com sucesso dos problemas difíceis da vida?	0	1	2	3	4
5	Você tem sentido que está lidando bem as mudanças importantes que estão ocorrendo em sua vida?	0	1	2	3	4
6	Você tem se sentido confiante na sua habilidade de resolver problemas pessoais?	0	1	2	3	4
7	Você tem sentido que as coisas estão acontecendo de acordo com a sua vontade?	0	1	2	3	4
8	Você tem achado que não conseguiria lidar com todas as coisas que você tem que fazer?	0	1	2	3	4
9	Você tem conseguido controlar as irritações em sua vida?	0	1	2	3	4
10	Você tem sentido que as coisas estão sob o seu controle?	0	1	2	3	4
11	Você tem ficado irritado porque as coisas que acontecem estão fora do seu controle?	0	1	2	3	4
12	Você tem se encontrado pensando sobre as coisas que deve fazer?	0	1	2	3	4
13	Você tem conseguido controlar a maneira como gasta seu tempo?	0	1	2	3	4
14	Você tem sentido que as dificuldades se acumulam a ponto de você acreditar que não pode superá-las?	0	1	2	3	4

## ANEXO D – ESCALA DE COPING RELIGIOSO-ESPIRITUAL ABREVIADA (CRE-BREVE)

### ESCALA CRE-BREVE

#### ESCALA DE *COPING* RELIGIOSO-ESPIRITUAL ABREVIADA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO

PANZINI & BANDEIRA, 2005

Estamos interessados em saber se e o quanto você utiliza a religião e a espiritualidade para lidar com o estresse em sua vida. O estresse acontece quando você percebe que determinada situação é difícil ou problemática, porque vai além do que você julga poder suportar, ameaçando seu bem-estar. A situação pode envolver você, sua família, seu trabalho, seus amigos ou algo que é importante para você.

Neste momento, pense na situação de maior estresse que você viveu nos **últimos três anos**. Por favor, descreva-a em poucas palavras:

---



---



---

As frases abaixo descrevem atitudes que podem ser tomadas em situações de estresse. Circule o número que melhor representa **o quanto VOCÊ fez ou não o que está escrito em cada frase para lidar com a situação estressante** que você descreveu acima. Ao ler as frases, entenda o significado da palavra Deus segundo seu próprio sistema de crença (aquilo que você acredita).

Exemplo:

**Tentei dar sentido à situação através de Deus.**

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

Se você **não** tentou, **nem um pouco**, dar sentido à situação através de Deus, faça um círculo no número (1)

Se você tentou **um pouco**, circule o (2)

Se você tentou **mais ou menos**, circule o (3)

Se você tentou **bastante**, circule o (4)

Se você tentou **muitíssimo**, circule o (5)

**Lembre-se: Não há opção certa ou errada**

**Marque só uma alternativa em cada questão.**

**Seja sincero(a) nas suas respostas e não deixe nenhuma questão em branco!**

#### 1. Orei pelo bem-estar de outros

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

#### 2. Procurei o amor e a proteção de Deus

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

#### 3. Não fiz muito, apenas esperei que Deus resolvesse meus problemas por mim

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

**4. Procurei trabalhar pelo bem-estar social**

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

**5. Procurei ou realizei tratamentos espirituais**

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

**6. Procurei em Deus força, apoio e orientação**

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

**7. Senti insatisfação com os representantes religiosos de minha instituição**

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

**8. Pedi a Deus que me ajudasse a encontrar um novo propósito na vida**

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

**9. Imaginei se Deus permitiu que isso me acontecesse por causa dos meus erros**

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

**10. Realizei atos ou ritos espirituais** (qualquer ação especificamente relacionada com sua crença: sinal da cruz, confissão, jejum, rituais de purificação, citação de provérbios, entoação de mantras, psicografia, etc.)

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

**11. Tive dificuldades para receber conforto de minhas crenças religiosas**

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

**12. Fiz o melhor que pude e entreguei a situação a Deus**

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

**13. Convenci-me que forças do mal atuaram para tudo isso acontecer**

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

**14. Pratiquei atos de caridade moral e/ou material**

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

**15. Procurei me aconselhar com meu guia espiritual superior** (anjo da guarda, mentor, etc)

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

**16. Voltei-me a Deus para encontrar uma nova direção de vida**

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

**17. Tentei lidar com meus sentimentos sem pedir a ajuda de Deus**

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

**18. Tentei proporcionar conforto espiritual a outras pessoas**

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

**19. Fiquei imaginando se Deus tinha me abandonado**

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

**20. Pedi para Deus me ajudar a ser melhor e errar menos**

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

**21. Pensei que o acontecido poderia me aproximar mais de Deus**

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

**22. Não tentei lidar com a situação, apenas esperei que Deus levasse minhas preocupações embora**

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

**23. Senti que o mal estava tentando me afastar de Deus**

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

**24. Entreguei a situação para Deus depois de fazer tudo que podia**

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

**25. Orei para descobrir o objetivo de minha vida**

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

**26. Fui a um templo religioso**

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

**27. Busquei proteção e orientação de entidades espirituais (santos, espíritos, orixás, etc)**

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

**28. Imaginei se minha instituição religiosa tinha me abandonado**

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

**29. Procurei por um total re-despertar espiritual**

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

**30. Confiei que Deus estava comigo**

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

**31. Comprei ou assinei revistas periódicas que falavam sobre Deus e questões espirituais**

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

**32. Pensei que Deus não existia**

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

**33. Questionei se até Deus tem limites**

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

**34. Busquei ajuda ou conforto na literatura religiosa**

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

**35. Pedi perdão pelos meus erros**

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

**36. Participei de sessões de cura espiritual**

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

**37. Questionei se Deus realmente se importava**

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

**38. Tentei fazer o melhor que podia e deixei Deus fazer o resto**

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

**39. Envolvi-me voluntariamente em atividades pelo bem do próximo**

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

**40. Ouvi e/ou cantei músicas religiosas**

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

**41. Sabia que não poderia dar conta da situação, então apenas esperei que Deus assumisse o controle**

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

**42. Recebi ajuda através de imposição das mãos** (passes, rezas, bênçãos, magnetismo, reiki, etc.)

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

**43. Tentei lidar com a situação do meu jeito, sem a ajuda de Deus**

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

**44. Senti que meu grupo religioso parecia estar me rejeitando ou me ignorando**

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

**45. Participei de práticas, atividades ou festividades religiosas ou espirituais**

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

**46. Procurei auxílio nos livros sagrados**

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

**47. Tentei mudar meu caminho de vida e seguir um novo – o caminho de Deus**

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

**48. Culpei Deus pela situação, por ter deixado acontecer**

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

**49. Refleti se não estava indo contra as leis de Deus e tentei modificar minha atitude**

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

**OBRIGADO POR PARTICIPAR!**

## ANEXO E – 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](mailto:cep@pesqpg.uftm.edu.br)

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA SUJEITOS MAIORES DE IDADE

Título do Projeto: Funcionalidade, Estresse e Espiritualidade em Pessoas com Obesidade Mórbida.

#### TERMO DE ESCLARECIMENTO

Você está sendo convidado (a) a participar do estudo: Funcionalidade, Estresse e Espiritualidade em 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 geral deste estudo é: Analisar as evidências relativas à relação entre as variáveis funcionalidade, estresse e espiritualidade em pessoas com obesidade mórbida. O objetivo geral deste estudo é caracterizar a população do estudo quanto a dados socioeconômicos e clínicos atendidos em um ambulatório de obesidade de um hospital universitário e os específicos são: Caracterizar a população do estudo quanto a dados socioeconômicos e clínicos atendidos em um ambulatório de obesidade de um hospital universitário; Aferir a funcionalidade em pessoas com obesidade mórbida; Analisar o desempenho ocupacional de pessoas com obesidade mórbida; Verificar a existência de estados emocionais relacionados ao estresse e Avaliar o nível de *Coping* Religioso/Espiritual utilizado por pessoas com obesidade mórbida. Caso você participe, será necessário responder aos instrumentos do estudo que são compostos por um Questionário Sociodemográfico para identificação inicial, uma entrevista chamada WHODAS 2.0 que afere a funcionalidade, uma avaliação de estresse chamada Escala de Estresse Percebido e uma avaliação de enfrentamento religioso/espiritual denominada Escala de *Coping* Religioso-Espiritual Abreviada. Ressalto que você não sentirá nenhum desconforto ao responder as questões, ser pesado e ter alguns dados aferidos, já que a coleta ocorrerá em local sigiloso. Como a pesquisa pretende analisar as evidências relativas à relação entre as variáveis funcionalidade, desempenho ocupacional, estresse e espiritualidade em pessoas com obesidade mórbida, 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 conhecimento científico sobre as variáveis individuais e associadas do estudo.

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.ufim.edu.br](mailto:cep@pesqpg.ufim.edu.br)

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE APÓS ESCLARECIMENTO

Título do Projeto: Funcionalidade, Estresse e Espiritualidade em 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

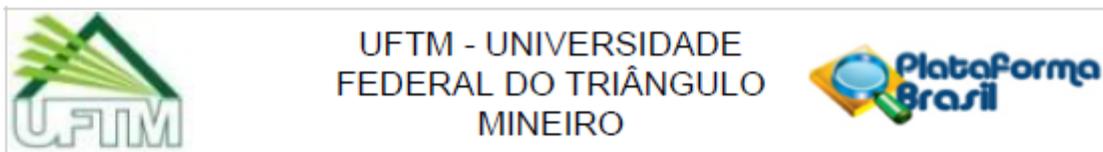
Telefone de contato dos pesquisadores:

Dados do Professor Doutor Orientador a serem descritos

Kátia Ariana Borges 34-9236 4958 / E-mail: [katia\\_to@hotmail.com](mailto: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 F – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** ESTRESSE, ESPIRITUALIDADE E FUNCIONALIDADE EM PESSOAS COM OBESIDADE MÓRBIDA

**Pesquisador:** Maria de Fátima Borges

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 25231218.6.0000.5154

**Instituição Proponente:** Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.026.569|