



B1

ISSN: 2595-1661

ARTIGO ORIGINAL

Listas de conteúdos disponíveis em [Portal de Periódicos CAPES](#)

Revista JRG de Estudos Acadêmicos

Página da revista:

<https://revistajrg.com/index.php/jrg>



Efeitos de um programa de tratamento multidisciplinar para pacientes com obesidade sobre a qualidade de vida, a composição corporal e o comportamento alimentar

Effects of a multidisciplinary treatment program for patients with obesity on quality of life, body composition and eating behavior

DOI: 10.55892/jrg.v8i18.1898

ARK: 57118/JRG.v8i18.1898

Recebido: 26/01/2025 | Aceito: 12/02/2025 | Publicado *on-line*: 14/02/2025

Raquel Santos Brasileiro¹

<https://orcid.org/0009-0001-2488-2576>

<http://lattes.cnpq.br/9536334086272321>

Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, DF, Brasil
E-mail: raquelb.nutriclinica@gmail.com

Ingrid Driely Soares Rodrigues²

<https://orcid.org/0009-0001-9843-3482>

<http://lattes.cnpq.br/5957052550810497>

Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, DF, Brasil
E-mail: ingridrodriguesnutric@gmail.com

Cássia Regina de Aguiar Nery Luz³

<https://orcid.org/0000-0002-9350-4907>

<http://lattes.cnpq.br/2242534661997150>

Secretaria de Saúde do Distrito Federal, Brasil
E-mail: cassiareginanutric@gmail.com



Resumo

Introdução: A obesidade é uma condição crônica multifatorial associada ao aumento da incidência de doenças crônicas e à redução da qualidade de vida. A avaliação da composição corporal, por bioimpedância elétrica, e do comportamento alimentar, pelo Questionário de Frequência Alimentar, é essencial para um tratamento eficaz. Este estudo avaliou os efeitos de um programa multidisciplinar na atenção secundária à saúde do Distrito Federal sobre a qualidade de vida, composição corporal e comportamento alimentar. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo, analítico, quantitativo, qualitativo, experimental, retrospectivo e longitudinal, baseado na análise de prontuários de 35 pacientes acompanhados por até 18 meses. Foram coletados dados sobre composição corporal, qualidade de vida e frequência alimentar. **Resultados e Discussão:** Dos 52 pacientes iniciais, 35 completaram o estudo. Houve

¹ Nutricionista; Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso pela Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde.

² Nutricionista; Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso pela Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde.

³ Nutricionista; Mestre em Ciências da Saúde e Preceptora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso pela Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, DF, Brasil.



melhora quanto a redução do IMC de 41,13 para 39,78 kg/m², o percentual de gordura de 47,64% para 45,64% e a massa magra aumentou de 29,45% para 30,48%. A prática regular de exercícios foi mantida por 55,5% dos participantes, associada a maior perda ponderal (2,27%), sem significância estatística. O consumo diário de frutas aumentou de 68,5% para 81,4% e o de vegetais, de 74,2% para 88,8%, enquanto a ingestão de doces reduziu de 17,1% para 11,1%, apesar do aumento no consumo semanal para 48,1%. A qualidade de vida melhorou inicialmente, mas apresentou flutuações após 15 a 18 meses, especialmente na vitalidade. **Conclusão:** O tratamento multidisciplinar apresentou efeitos positivos na composição corporal, na qualidade de vida e no comportamento alimentar dos pacientes. No entanto, a manutenção dos hábitos saudáveis e da percepção positiva da qualidade de vida a longo prazo continua sendo um desafio. Esses achados reforçam a necessidade de estratégias individualizadas e suporte contínuo para garantir a adesão e o sucesso terapêutico no manejo da obesidade.

Palavras-chave: Obesidade; Composição corporal; Equipe de Assistência Multidisciplinar; Qualidade de vida.

Abstract

Introduction: Obesity is a multifactorial chronic condition associated with an increased incidence of chronic diseases and reduced quality of life. The assessment of body composition, using electrical bioimpedance, and eating behavior, using the Food Frequency Questionnaire, is essential for effective treatment. This study evaluated the effects of a multidisciplinary program in secondary health care in the Federal District on quality of life, body composition and eating behavior. **Methods:** This is a descriptive, analytical, quantitative, qualitative, experimental, retrospective and longitudinal study, based on the analysis of medical records of 35 patients followed for up to 18 months. Data on body composition, quality of life and eating frequency were collected. **Results and Discussion:** Of the 52 initial patients, 35 completed the study. There was an improvement in BMI reduction from 41.13 to 39.78 kg/m², body fat percentage from 47.64% to 45.64% and lean mass increased from 29.45% to 30.48%. Regular exercise was maintained by 55.5% of participants, associated with greater weight loss (2.27%), without statistical significance. Daily fruit consumption increased from 68.5% to 81.4% and vegetable consumption from 74.2% to 88.8%, while sweets intake decreased from 17.1% to 11.1%, despite the increase in weekly consumption to 48.1%. Quality of life improved initially, but showed fluctuations after 15 to 18 months, especially in vitality. **Conclusion:** Multidisciplinary treatment showed positive effects on body composition, quality of life and eating behavior of patients. However, maintaining healthy habits and a positive perception of quality of life in the long term remains a challenge. These findings reinforce the need for individualized strategies and ongoing support to ensure adherence and therapeutic success in obesity management.

Keywords: Obesity; Body composition; Multidisciplinary Assistance Team; Quality of life.



1. Introdução

Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2024), o excesso de peso é caracterizado por depósitos excessivos de gordura no corpo, e a obesidade é definida como uma condição crônica complexa que resulta desse acúmulo excessivo de gordura, afetando adversamente a saúde. As complicações associadas à obesidade incluem um maior risco de desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) e de certos tipos de câncer, além de impactos negativos na qualidade de vida, comprometendo atividades como o sono e a mobilidade. Para enfrentar essa crise de saúde global, enfatiza-se a importância de intervenções multidisciplinares que abordem não apenas as escolhas individuais de estilo de vida, mas também os determinantes sociais e ambientais da obesidade. Isso inclui políticas e ações voltadas para a criação de ambientes alimentares saudáveis, a restrição da comercialização de alimentos não saudáveis e a promoção de escolhas alimentares equilibradas, além da prática regular de atividade física. Além disso, esforços globais estão direcionados para o cumprimento das metas estabelecidas para reduzir o excesso de peso infantil e conter o avanço da obesidade e do diabetes até 2025, destacando a necessidade de uma resposta coordenada e acelerada para enfrentar essa pandemia crescente (OMS, 2024).

O diagnóstico de obesidade é realizado por meio do Índice de Massa Corporal (IMC), um método simples que consiste na divisão do peso corporal, em quilogramas, pelo quadrado da altura, em metros (kg/m^2). Para adultos, a classificação segue os critérios da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002), que define a obesidade como um IMC igual ou superior a $30 \text{ kg}/\text{m}^2$. Para indivíduos com 60 anos ou mais, utilizam-se diferentes referências. A classificação de Lipschitz (1994) considera excesso de peso quando o IMC é superior a $27 \text{ kg}/\text{m}^2$. Já a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2002) estabelece que, para idosos, a obesidade é caracterizada por um IMC superior a $30 \text{ kg}/\text{m}^2$.

De acordo com a Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO, 2022), a prevalência da obesidade cresceu significativamente nas últimas quatro décadas, afetando todas as faixas etárias, de crianças a idosos. Um dos fatores que influenciam esse aumento nos níveis de obesidade é a alimentação. Diante disso, é importante avaliar o padrão alimentar da população.

O uso do Questionário de Frequência Alimentar (QFA) permite avaliar os padrões alimentares em qualquer faixa etária de forma abrangente, distinguindo a frequência de ingestão dos alimentos em categorias como diária, semanal, quinzenal, mensal ou rara. Conforme destacado pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 1998, *apud* FERREIRA *et al.*, 2019), os indivíduos não consomem nutrientes de forma isolada, mas como parte de um padrão alimentar global. Por isso, o QFA é amplamente utilizado para investigar a relação entre dieta e saúde (WILLETT, *apud* MOTTA, 2021).

No Brasil, a pesquisa Vigitel 2023 revelou que a prevalência de excesso de peso entre adultos é de 61,4%, sendo maior entre homens (63,4%) em comparação com mulheres (59,6%). A frequência de obesidade entre adultos foi de 24,3%, praticamente igual entre homens (23,8%) e mulheres (24,8%). Entre os idosos (64 anos ou mais), a prevalência de excesso de peso é de 60,9%, enquanto a obesidade atinge 22,4%, conforme a classificação da OPAS (2002).

No Distrito Federal, a prevalência de excesso de peso entre adultos é de 60,3%; já a obesidade afeta 21,9% da população adulta, sem diferenças expressivas entre homens e mulheres. Além disso, o padrão alimentar da população revela que apenas



31,9% dos adultos no Distrito Federal consomem a quantidade recomendada de cinco porções diárias de frutas e hortaliças. Já 13,1% dos indivíduos com mais de 18 anos consomem refrigerantes em cinco ou mais dias da semana, e 17,7% afirmaram ter consumido ultraprocessados no dia anterior à entrevista. Esse consumo inadequado de alimentos saudáveis contribui significativamente para os elevados índices de sobrepeso e obesidade (VIGITEL, 2023).

A avaliação da composição corporal, que distingue entre massa gorda e massa magra, desempenha um papel fundamental na promoção da saúde e no gerenciamento de doenças. Por meio da técnica de bioimpedância, é possível obter medidas precisas e não invasivas, proporcionando insights valiosos sobre a saúde metabólica e física do indivíduo. A importância de manter um equilíbrio saudável entre essas massas é destacada, uma vez que o excesso de gordura corporal está associado a uma série de doenças crônicas. Por outro lado, a massa magra desempenha um papel crucial na manutenção da força muscular, da saúde óssea e do metabolismo basal. Portanto, a avaliação regular da composição corporal, com foco no cuidado com a massa gorda e a massa magra, é essencial para promover a saúde e prevenir complicações relacionadas à obesidade e à má nutrição (SILVA *et al.*, 2019).

A qualidade de vida é compreendida como a percepção que o indivíduo tem de sua posição na vida, levando em consideração seu contexto cultural, seus valores, objetivos e preocupações pessoais (OMS, 1993). Para avaliar essa percepção, a Organização Mundial da Saúde desenvolveu o instrumento WHOQOL, que mede diversos aspectos relacionados ao bem-estar físico, psicológico, social e ambiental (OMS, Grupo WHOQOL, 1995). Esse instrumento, amplamente validado e utilizado em diferentes populações, destaca-se como uma ferramenta eficaz para medir a qualidade de vida de forma abrangente e multidimensional.

Uma versão simplificada, o EUROHIS-QOL 8-item, foi derivada do WHOQOL-BREF e validada em estudos transculturais, como o de SCHMIDT *et al.*, (2006), que destaca suas boas propriedades psicométricas. Estudos adicionais, como os de SIMON *et al.*, (2005) e PIRES *et al.*, (2018), corroboram sua consistência interna, validade convergente e capacidade de discriminar entre diferentes grupos de saúde. O EUROHIS-QOL 8-item abrange áreas fundamentais da qualidade de vida, avaliando a percepção de saúde, satisfação com atividades diárias, autoestima, relações pessoais, condições de moradia, níveis de energia e adequação financeira. As perguntas referem-se às últimas duas semanas, capturando diferentes aspectos do bem-estar subjetivo dos indivíduos (ROMERO *et al.*, 2022).

A Lei nº 8.080, promulgada em 19 de setembro de 1990, estabelece os preceitos fundamentais para a promoção, proteção e restauração da saúde, além de definir a estrutura e o funcionamento dos serviços correspondentes, juntamente com outras disposições relevantes. Em consonância, a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, desempenha um papel crucial ao direcionar as diretrizes para a configuração da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente no princípio da regionalização, que orienta a descentralização das ações e serviços de saúde. Dentro desse contexto, a Linha de Cuidado do Sobrepeso e da Obesidade, definida pelo Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção Primária à Saúde, em 2020, surge como um guia para o atendimento ao paciente com excesso de peso na Rede de Atenção à Saúde, abrangendo desde a vigilância em saúde até o encaminhamento para tratamento cirúrgico, sempre com acompanhamento contínuo e mantendo o vínculo com a unidade de origem na Atenção Primária à Saúde.



Diante disso, a importância do trabalho multidisciplinar na Atenção Secundária à Saúde do Distrito Federal reside na necessidade de uma abordagem abrangente e integrada do sobrepeso e da obesidade. O ambulatório que trata doenças crônicas faz parte de um centro especializado da Atenção Secundária à Saúde. O programa de tratamento da obesidade é multidisciplinar, com foco em pacientes com IMC maior ou igual a 35 kg/m² e com comorbidades. Oferece um tratamento que envolve especialistas das áreas de endocrinologia, nutrição, psicologia e outras, com a inclusão de atividades como palestras e workshops em grupo, seguidas de consultas individuais e avaliação sistemática da alimentação, da qualidade de vida e da composição corporal por meio da bioimpedância. Esse centro especializado desempenha um papel essencial na prevenção e no controle da obesidade, colaborando com a Secretaria de Saúde em eventos educativos e ações de conscientização.

O objetivo deste estudo foi avaliar os efeitos de um tratamento multidisciplinar na atenção secundária à saúde, focando na perda ponderal, no comportamento alimentar e na qualidade de vida de pacientes com obesidade. O objetivo geral foi investigar como essa abordagem terapêutica pode influenciar os aspectos relacionados à saúde dos indivíduos com obesidade. Os objetivos específicos incluíram a análise da qualidade de vida, composição corporal e comportamento alimentar nos diferentes períodos de acompanhamento: início, 3 a 6 meses e 15 a 18 meses após o início do tratamento multidisciplinar. Além disso, procurou-se averiguar o perfil sociodemográfico dos participantes e verificar possíveis correlações entre a qualidade de vida, a perda ponderal e o padrão alimentar ao longo do processo terapêutico.

2. Metodologia

2.1 Desenho do Estudo

O presente estudo adota um delineamento descritivo, analítico, quantitativo, qualitativo, experimental, retrospectivo e longitudinal, com análise de prontuários de pacientes diagnosticados com obesidade graus 2 e 3, em tratamento multidisciplinar em um programa de Atenção Secundária à Saúde no Distrito Federal, abrangendo o período de março de 2023 a setembro de 2024.

2.2 Critérios De Inclusão e Exclusão

Foram incluídos no estudo pacientes adultos e idosos, de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 18 anos, em tratamento multidisciplinar no referido programa de Atenção Secundária à Saúde. A participação dos pacientes foi condicionada à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), seja pelo próprio participante, seja por um responsável legal. Foram excluídos pacientes com incapacidade cognitiva ou sem acompanhamento capaz de fornecer as informações necessárias. Além disso, também foram excluídos os pacientes que desistiram do tratamento, não compareceram para realizar a consulta nutricional e responderam aos questionários.

2.3 Etapas da Pesquisa

O processo de seleção dos participantes da pesquisa foi realizado, inicialmente, por meio da identificação dos pacientes atendidos pelo ambulatório de atenção secundária à saúde que participaram das oficinas do programa de tratamento da obesidade no primeiro semestre de 2023. Após a seleção, foram aplicados os seguintes critérios de inclusão: pacientes adultos e idosos, com idade igual ou superior



a 18 anos, de ambos os sexos, com IMC igual ou superior a 35 kg/m², que responderam ao questionário de dados gerais inicial padronizado pelo programa e ao questionário de qualidade de vida no início do tratamento, e que possuíam dados antropométricos, de bioimpedância e de frequência alimentar .

O questionário de dados gerais e de saúde foi respondido pelo próprio paciente no início do tratamento por meio de um formulário Google Forms e incluiu informações demográficas, como sexo, idade, região administrativa de residência, origem do encaminhamento, escolaridade, renda familiar, história do ganho de peso, tratamentos prévios e comorbidades. O questionário de qualidade de vida utilizado foi o EUROHIS-QOL 8-item, respondido pelos pacientes também por meio de um formulário Google Forms, no início do tratamento, após 3 a 6 meses e após 12 a 18 meses. O sistema de prontuário eletrônico da instituição (InterSystems TrakCare®) foi utilizado para a coleta de dados relacionados à antropometria, bioimpedância e frequência alimentar.

A avaliação da composição corporal foi realizada por meio de métodos indiretos, como antropometria e bioimpedância, com aferição do peso corporal em balança digital (capacidade de até 150 kg), com o mínimo de roupas e sem calçados, seguindo um protocolo padronizado. A classificação do IMC foi feita de acordo com os critérios da OMS (2002) para adultos e de Lipschitz (1994)/OPAS (2002) para idosos . A altura foi aferida com um estadiômetro convencional.

A ingestão alimentar foi avaliada por meio do Questionário de Frequência Alimentar (QFA), aplicado no início do tratamento, após 3 a 6 meses e após 15 a 18 meses, com os dados organizados em uma planilha do Excel® para análise estatística.

2.3 Análise Estatística

Foi utilizado o software IBM SPSS (versão 20.0), para a análise dos dados. As variáveis quantitativas foram analisadas pelas medidas de tendência central e de dispersão. As variáveis qualitativas foram analisadas por frequência absoluta e relativa. Para analisar a associação entre as variáveis, aplicaram-se testes estatísticos não paramétricos: Mann-Kendall (tendência) e Kruskal-Wallis (comparações múltiplas), bem como testes Mann-Whitney e Teste de Qui-quadrado todos com confiança estatística de 95%.

3. Resultados e Discussão

Inicialmente a amostra do estudo foi constituída por 52 pacientes que participaram das oficinas educativas do programa de tratamento da obesidade no primeiro semestre de 2023. Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, restaram 35 pacientes.

Após 3 a 6 meses, o número de participantes ativos foi para 32, e após 12 a 18 meses, para 27 pacientes, pois apenas esses mantiveram a motivação e atenderam aos critérios de permanência no estudo. Isso representa uma taxa de desistência de 8 pacientes ao longo do período, correspondendo a aproximadamente 22,9% da amostra inicial.

Durante a coleta de dados, nem todos os participantes ativos em cada etapa responderam ao questionário de qualidade de vida. No período de 3 a 6 meses, 28 pacientes preencheram o questionário. Os demais pacientes que não responderam, passaram por oficinas de motivação e foram incentivados a permanecer no programa. Sendo assim, aos 12 a 18 meses, houve leve aumento do número de pacientes que responderam ao questionário de qualidade de vida (n=32). Esse aspecto destaca a



variação na adesão dos pacientes às avaliações propostas, evidenciando a influência de fatores individuais na participação ativa ao longo do tratamento.

Para garantir a fidedignidade dos resultados, as análises estatísticas foram conduzidas considerando os pacientes que responderam aos questionários em cada período avaliado. Dessa forma, foi possível avaliar não apenas a permanência no tratamento, mas também a participação ativa nas avaliações, permitindo uma interpretação mais precisa do efeito do acompanhamento na qualidade de vida dos participantes.

Em relação ao local de moradia, a maioria dos pacientes (68,5%; n=24) é oriunda da Região Central de Saúde, onde está localizado o ambulatório em estudo. Entretanto, uma parcela significativa (31,5%; n=11) é proveniente de outras Regiões Administrativas mais distantes. Esse cenário evidencia dificuldades na continuidade do cuidado. Conforme disposto na Lei nº 4.545, de 10 de dezembro de 1964, o Distrito Federal é dividido em Regiões Administrativas com o objetivo de descentralizar e coordenar a oferta de serviços públicos de natureza local (BRASIL, 1964). Diante disso, torna-se essencial implementar estratégias que ampliem a cobertura de serviços, como a criação de novos centros de atendimento nas regiões que cuidam de assistência e a capacitação técnica das equipes locais, garantindo os princípios de territorialidade e regionalização do SUS.

A maioria dos pacientes atendidos é do sexo feminino (82,86%; n=29), o que reflete o maior engajamento feminino em práticas de cuidado com a saúde. COSTA *et al.*, (2016) atribuem essa diferença a fatores orgânicos, comportamentais e sociais, destacando a necessidade de uma abordagem que reconheça o gênero como uma construção histórica, política e social. Dados do Programa Nacional de Saúde (PNS, 2019) reforçam essa tendência, apontando que 82,3% das mulheres consultam médicos, em contraste com 69,4% dos homens, evidenciando o protagonismo feminino na busca por cuidados, especialmente preventivos, e na adesão a tratamentos.

Quanto ao estado civil, a amostra é composta prioritariamente por solteiros (35,29%; n=12) e casados (32,35%; n=11), grupos que apresentam motivações distintas para a adesão ao tratamento. Solteiros podem buscar disciplinas como forma de melhorar a autoestima e a integração social, enquanto casados frequentemente contam com o suporte emocional do apoio e são motivados pela preocupação com o bem-estar familiar.

A idade influencia diretamente fatores metabólicos, hormonais e comportamentais, desempenhando um papel relevante no desenvolvimento da obesidade e das comorbidades associadas. Neste estudo, os dados revelaram uma média de idade de 41,91 anos, com desvio padrão de 11,03, apresentando uma amostra majoritariamente composta por indivíduos em idade adulta. ABESO (2022) reforça que, com o envelhecimento, aumenta-se a predisposição a doenças metabólicas e cardiovasculares, condições associadas frequentemente à obesidade.

A maioria dos pacientes deste estudo (74,2%; n=26) não apresentou doenças crônicas como diabetes mellitus, hipertensão arterial, dislipidemia, esteatose hepática, artrite, fibromialgia ou hipotireoidismo. A correspondência entre a média de idade encontrada e o período da vida com maior risco para essas complicações destaca a importância de considerar a idade como uma variável essencial na análise epidemiológica e no planejamento de intervenções externas para a saúde pública. Diante disso, ARAÚJO *et al.*, (2024) destacam que ações precoces, como promover hábitos saudáveis e atividade física na infância, são essenciais para prevenir a obesidade e reduzir os riscos de doenças metabólicas na vida adulta.



A escolaridade exerce um papel essencial no tratamento de doenças crônicas, pois as habilidades cognitivas impactam diretamente a adesão às terapias. No presente estudo, 68,5% dos participantes (n=24) possuem níveis mais elevados de escolaridade, incluindo ensino técnico, superior, especialização, mestrado e doutorado, o que contribui para uma melhor compreensão e seguimento das orientações terapêuticas. ALMEIDA *et al.*, (2023) *apud* WHITE (2001) destacam que intervenções devem considerar os processos cognitivos pelos quais os pacientes atribuem sentido às suas vivências, sendo a terapia cognitivo-comportamental uma abordagem eficaz para desenvolver estratégias de compreensão e recursos psicológicos adaptativos no manejo das dificuldades do tratamento.

Quanto à renda, a análise revelou que a amostra é composta majoritariamente por indivíduos de baixa renda, com rendimentos de até 3 salários mínimos (79,9%, n=28) e com prevalência de vínculos empregatícios (51,7%, n=18). A limitação financeira constitui um entrave significativo à adesão ao tratamento, dificultando o acesso a alimentos saudáveis e medicamentos não contemplados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Corroborando essa perspectiva, o estudo de LAVOR *et al.*, (2024) evidenciou que múltiplos fatores, como efeitos colaterais dos medicamentos, esquecimento, multimorbidades, baixa escolaridade, falhas na comunicação entre pacientes e profissionais de saúde, e os elevados custos das medicações, impactam os níveis de adesão ao tratamento. Esses resultados reforçam que as barreiras financeiras representam um obstáculo substancial à continuidade terapêutica, comprometendo o controle adequado das condições de saúde e ampliando as disparidades no acesso a tratamentos essenciais. Além disso, a dificuldade no seguimento terapêutico está diretamente relacionada à redução da qualidade de vida, uma vez que as limitações impostas pelas condições crônicas não tratadas prejudicam o bem-estar físico, psicológico e social dos pacientes, afetando sua capacidade de realização de atividades diárias e de manter uma vida plena e saudável.

Outro achado relevante foi a alta prevalência de ansiedade, com 88,5% dos pacientes (n=31) apresentando esse sintoma no início do tratamento. Essa condição é frequentemente associada ao comer emocional, que envolve a ingestão de alimentos em resposta às emoções. Além disso, o desequilíbrio emocional, presente em 60% dos pacientes (n=21), também chama a atenção, pois, juntamente com a ansiedade, corrobora para o desenvolvimento do comer emocional, sendo este um comportamento alimentar impulsivo, que dificulta o controle ponderal e favorece o reganho de peso. Diante disso, é fundamental uma abordagem multidisciplinar no tratamento da obesidade, envolvendo nutricionista, endocrinologista, psicólogo, entre outros profissionais. Além disso, grupos de apoio são cruciais para o sucesso do tratamento, fornecendo suporte social e incentivando a adesão (ABESO, 2022).

Em relação ao padrão alimentar, os resultados evidenciaram elevada incidência de comportamentos disfuncionais, como beliscar frequentemente (28,5%, n=10), compulsão alimentar (45,7%, n=16), fissura por doces (40%, n=14), consumo noturno (25,7%, n=9) e adesão a dietas da moda (42,8%, n=15). No entanto, destaca-se que 62,8% dos participantes (n=22) já estão envolvidos em reeducação alimentar e 51,4% (n=18) em mudanças no estilo de vida, refletindo motivação inicial para o tratamento.

No presente estudo, constatou-se que a maioria dos participantes já havia realizado tratamentos prévios para controle de peso com 57,1% (n=20) relatando uso de medicamentos. Esse achado está alinhado com a literatura, que considera a obesidade uma doença crônica e recidivante. De acordo com FIORESE e FILHO (2024) o tratamento contínuo, aliado às mudanças no estilo de vida, é essencial para



a manutenção da perda de peso e para garantir a sustentabilidade dos resultados a longo prazo.

Tabela 1 - Frequência do uso prévio de medicamentos com o objetivo de tratar a obesidade:

	Sim % (n)	Não % (n)
Sibutramina	22,8 (8)	77,1 (27)
Sertralina	5,7 (2)	94,2 (33)
Topiramato	5,7 (2)	74,2 (26)
Análogos do GLP1	5,7 (2)	94,2 (33)
Fluoxetina	11,4 (14)	60 (21)
Bupropiona	5,7 (2)	94,2 (33)
Outros	14,2 (5)	85,7 (30)

Dentre os medicamentos utilizados, conforme demonstrado na tabela 1, a sibutramina foi relatada por 22,8% dos participantes (n=8), enquanto outros medicamentos comumente usados no manejo da obesidade, como os análogos de GLP-1 e a bupropiona, apresentam baixa prevalência de uso (5,7%, n=2). Esses resultados corroboram com a análise da ABESO e da SBEM (2024), que destacam avanços no tratamento farmacológico da obesidade, mas também ressaltam desafios, como o estigma, o uso inadequado e o alto custo, que limitam o acesso a medicamentos modernos e eficazes. Assim, reforça-se a necessidade de intervenções integradas, individualizadas e acessíveis, combinando estratégias farmacológicas baseadas em evidências, com mudanças comportamentais para o manejo eficaz e ético dessa condição crônica.

Embora o etilismo e o tabagismo tenham apresentado baixa frequência neste estudo, a literatura indica que ambos podem contribuir para o ganho de peso. A ABESO (2022) ressalta que esses hábitos, associados a um estilo de vida menos saudável, impactam os padrões alimentares e aumentam a ingestão calórica, especialmente com o consumo de álcool fora do domicílio. Apesar de não serem fatores primários na obesidade, devem ser considerados em tratamentos abrangentes devido ao seu potencial de influência sobre a saúde.

Ao longo do programa de tratamento, observou-se a manutenção da prática de exercícios físicos entre os participantes. No início, 54,2% (n=19) dos 35 indivíduos relataram realizar exercícios físicos semanalmente. Após 15 a 18 meses, houve uma redução no número total de participantes para 27, contudo, o percentual de praticantes manteve-se estável em 55,5% (n=15). Essa estabilidade sugere que a adoção da prática de exercícios pode ser sustentada quando incentivada de forma contínua, mas também evidencia a necessidade de fortalecimento, nos encontros motivacionais, a importância do exercício físico para a saúde e a implementação de estratégias que favoreçam a adesão. A prática regular de exercícios físicos oferece vários benefícios, incluindo melhora da força muscular, controle do peso corporal, prevenção de doenças crônicas e redução dos sintomas de estresse, ansiedade e depressão. Além disso, contribui para o bem-estar social e para a autonomia nas atividades diárias. Para esses efeitos, é essencial adaptar os exercícios às condições individuais e incentivar a incorporação do movimento em diferentes contextos, como lazer,



ambiente de trabalho e deslocamentos diários (GUIA DE ATIVIDADE FÍSICA PARA A POPULAÇÃO BRASILEIRA, MS, 2021).

Tabela 2 - Correlação entre o percentual médio de perda ponderal e a prática de exercício físico regular após 15 a 18 meses de tratamento:

Prática regular de exercício físico	Percentual médio de perda ponderal	Desvio Padrão	N	P.valor sig
Não	0,98	8,45	12	0,33
Sim	2,27	7,81	15	

Em relação à influência do exercício físico na perda ponderal, observa-se na tabela 2 que, apesar de não haver impacto estatisticamente significativo, os mais ativos apresentaram um percentual médio de perda de peso maior que aqueles que não praticavam exercício físico regularmente.

Tabela 3 - Período da vida em que houve o início do excesso de peso:

Variável	Nº	%
Infância	4	11,4
Adolescência	13	37,1
20-30 anos	8	22,8
30-50 anos	8	22,8
Não relatado	2	5,7

O estudo revelou que a prevalência do início do excesso de peso ocorreu na adolescência (37,1%, n=13) conforme demonstrado na tabela 3. Esses dados destacam a necessidade urgente de políticas públicas externas para a prevenção e tratamento da obesidade em crianças e adolescentes, uma vez que o início do excesso de peso nessas fases da vida é crucial. Diversos fatores influenciam a prevalência da obesidade infantil, como predisposição genética, consumo excessivo de alimentos ultraprocessados, falta de atividade física, hábitos alimentares inadequados (incluindo o consumo de fast food e bebidas açucaradas) e a influência da mídia sobre os padrões de imagem corporal e escolhas alimentares. Diante disso, é necessário adotar uma abordagem precoce e integrada, com políticas públicas que incentivem o aleitamento materno, o consumo de alimentos frescos e minimamente processados, a redução de alimentos ultraprocessados e fast-food, além da promoção de atividades físicas regulares. Programas de educação nutricional nas escolas e nas famílias, juntamente com o apoio psicológico e a participação ativa dos pais, são fundamentais para o sucesso das estratégias de prevenção e tratamento, evitando complicações a longo prazo (ABESO, 2022).



Tabela 4 - Frequência de consumo alimentar de frutas, vegetais, doces, fast foods e alimentos ultraprocessados ao longo do tratamento:

Frequência	Grupo alimentar	Início % (n)	Após 3-6 meses % (n)	Após 15-18 meses % (n)
Diário	Frutas	68,5 (24)	71,8 (23)	81,4 (22)
	Vegetais	74,2 (26)	75 (24)	88,8 (24)
	Doces	17,1 (6)	6,2 (2)	11,1 (3)
	Fast food	2,8 (1)	0 (0)	0 (0)
	Ultraprocessados	5,7 (2)	6,2 (2)	0 (0)
Semanal	Frutas	28,5 (10)	25 (8)	14,8 (4)
	Vegetais	22,8 (8)	21,8 (7)	11,1 (3)
	Doces	31,4 (11)	25 (8)	48,1 (13)
	Fast food	14,2 (5)	9,3 (3)	14,8 (4)
	Ultraprocessados	22,8 (8)	15,6 (5)	18,5 (5)
Quinzenal	Frutas	0 (0)	0 (0)	3,7 (1)
	Vegetais	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	Doces	2,8 (1)	9,3 (3)	3,7 (1)
	Fast food	11,4 (4)	12,5 (4)	11,1 (3)
	Ultraprocessados	2,8 (1)	3,1 (1)	7,4 (2)
Mensal	Frutas	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	Vegetais	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	Doces	17,1 (6)	21,8 (7)	11,1 (3)
	Fast food	8,5 (3)	18,7 (6)	14,8 (4)
	Ultraprocessados	5,7 (2)	6,2 (2)	11,1 (3)
Raro	Frutas	2,8 (1)	3,1 (1)	0 (0)
	Vegetais	2,8 (1)	3,1 (1)	0 (0)
	Doces	28,5 (10)	37,5 (12)	3,7 (1)
	Fast food	62,8 (22)	56,2 (18)	59,2 (16)
	Ultraprocessados	60 (21)	68,7 (22)	62,9 (17)



Frequência	Grupo alimentar	Início % (n)	Após 3-6 meses % (n)	Após 15-18 meses % (n)
Não Relatado	Frutas	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	Vegetais	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	Doces	2,8 (1)	0 (0)	0 (0)
	Fast food	0 (0)	3,1 (1)	0 (0)
	Ultraprocessados	2,8 (1)	0 (0)	0 (0)

Os dados apresentados na Tabela 4 revelam mudanças importantes nos hábitos alimentares dos participantes ao longo do tempo. Observou-se um aumento no consumo diário de frutas e vegetais, por outro lado, o consumo de doces apresentou flutuações, com uma diminuição inicial, seguida de um aumento, refletindo dificuldades na adesão a padrões alimentares mais saudáveis. O consumo de fast food e ultraprocessados permaneceu baixo na frequência diária, mas teve flutuações nas demais frequências, indicando que, apesar de progressos em alguns aspectos, a manutenção de hábitos alimentares saudáveis ainda enfrenta desafios ao longo do tratamento.

A ABESO (2022) e o Guia Alimentar para a População Brasileira recomendam que a alimentação seja composta, prioritariamente, por alimentos in natura ou minimamente processados, que são mais nutritivos e apresentam menor associação com doenças crônicas. O consumo de alimentos ultraprocessados também é uma preocupação crescente, especialmente por seus efeitos adversos à saúde. Esses alimentos, ricos em açúcares, gorduras e sal, possuem alta densidade energética e estão associados ao aumento do risco de doenças como doenças cardiovasculares e diabetes tipo 2. Os dados do VIGITEL (2023) corroboram essa preocupação, mostrando que 24,5% da população adulta consumiu cinco ou mais grupos de alimentos ultraprocessados no dia anterior à entrevista, evidenciando uma adesão elevada a hábitos alimentares prejudiciais.

Além disso, o controle de porções e a inclusão de alimentos ricos em fibras, como frutas, verduras e legumes, são fatores fundamentais para a promoção de hábitos alimentares saudáveis. O consumo regular desses alimentos pode contribuir para a saciedade e ajudar na prevenção do ganho de peso. Tanto a ABESO (2022) quanto o VIGITEL (2023) sugerem que, para a melhoria da saúde pública, é essencial que políticas públicas incentivem o consumo de alimentos frescos e minimamente processados, além de promoverem a redução do consumo de alimentos ultraprocessados. Esses resultados reforçam a importância de uma intervenção eficaz para promover mudanças nos padrões alimentares da população brasileira, com o objetivo de prevenir e tratar doenças crônicas.



Tabela 5 - Correlação entre a média de percentual de perda ponderal entre os grupos que possuíam ou não alimentação saudável conforme a frequência de consumo de frutas, vegetais, doces, fast foods e alimentos ultraprocessados:

Grupo	Média de percentual de perda ponderal	DP	Nº	P.valor sig
Alimentação saudável ^a	-1,41	6,77	24	0,072
Alimentação não saudável ^b	-16,50	13,15	2	

a- Consumo de frutas e vegetais diariamente + doces, fast foods e ultraprocessados quinzenal, mensal ou raro.

b- Consumo frutas e vegetais semanal, quinzenal, mensal ou raro + doces, fast foods e ultraprocessados semanal ou diário.

Na tabela 5 tem-se a medida descritiva da diferença entre o peso após 15 a 18 meses de tratamento em relação à primeira consulta pelos grupos propostos. O valor negativo indica que houve ganho de peso nos dois grupos, entretanto muito maior no grupo que não possuía alimentação saudável, apesar de não haver diferença estatisticamente significativa.

Estudos recentes reforçam a relação entre padrões alimentares e controle de peso, evidenciando que a ingestão regular de frutas e vegetais contribui para uma dieta equilibrada e auxilia na manutenção do peso corporal saudável. Por outro lado, o consumo frequente de alimentos ultraprocessados, que apresentam elevada densidade calórica e baixo valor nutricional, tem sido associado ao aumento do peso e à obesidade. Uma revisão sistemática (LOUZADA *et al.*, 2021) confirmou essa associação, destacando os riscos do consumo regular de alimentos ultraprocessados para a saúde metabólica.

Tabela 6 - Dados antropométricos ao longo dos 15 a 18 meses de tratamento:

Variável	Início		Após 3-6 meses		Após 15-18 meses	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP
PESO (kg)	111,34	18,34	107,54	18,17	106,46	20,30
IMC (kg/m²)^a	41,13	4,37	40,34	4,47	39,78	4,57
PMM (%)^b	29,45	2,96	29,59	2,73	30,48	2,90
GORDURA	53,00	10,43	50,10	9,80	49,34	11,46
PGC (%)^c	47,64	4,96	47,24	4,67	45,64	5,39
PPP (%)^d	-	-	2,79	4,97	1,68	7,95

a- IMC: Índice de Massa Corporal b- PMM: Percentual de massa magra c- PGC: Percentual de Gordura Corporal d- PPP: Percentual de perda ponderal.

Os resultados apresentados na Tabela 6 demonstram mudanças importantes nas variáveis antropométricas ao longo do tempo com redução de peso, IMC e gordura (kg e %). Esses resultados indicam melhorias consistentes na composição corporal ao longo do acompanhamento, com ganhos sustentados em massa muscular e redução de gordura corporal. Observa-se ainda que o percentual de perda ponderal vai reduzindo ao longo do tratamento o que já é esperado tendo em vista os mecanismos fisiológicos bem como a adesão que dificultam a perda de peso uniforme em tratamentos a longo prazo.



Ao comparar os dados obtidos com estudos similares, como o de DERENZO *et al.*, (2024), que analisou um Programa Multiprofissional de Tratamento da Obesidade, foram identificados efeitos negativos a longo prazo, como aumento do peso, IMC e percentual de gordura, bem como redução da massa muscular e aptidão física devido à descontinuidade do programa. Por outro lado, o presente estudo destaca a eficácia de um acompanhamento multidisciplinar contínuo, evidenciado pelas melhorias na composição corporal ao longo do tempo. Esse achado sublinha a importância da adesão prolongada a programas integrados.

As evidências deste estudo corroboram com os achados de MAIA *et al.*, (2024), que destacam a complexidade da obesidade e a necessidade de intervenções multidisciplinares para seu manejo efetivo. Assim como no estudo atual, MAIA *et al.*, (2024) ressaltam que a combinação de estratégias dietéticas, atividade física e suporte comportamental é fundamental para induzir a perda ponderal e preservar a massa muscular. Além disso, eles sublinham os desafios na manutenção dos resultados a longo prazo e a importância de soluções adaptadas para garantir a adesão prolongada às mudanças de estilo de vida, enfatizando que essas soluções são essenciais para o êxito terapêutico.

Tabela 7 - Análise da qualidade de vida de acordo com as respostas ao questionário EUROHIS-QOL 8-item ao longo do tratamento:

Variável	Questão	Início %(n=35)	Após 3-6 meses %(n=28)	Após 15-18 meses %(n=32)
A	1	0 (0)	0 (0)	6,25 (2)
	2	14,29 (5)	0 (0)	6,25 (2)
	3	5,71 (2)	3,57 (1)	9,38 (3)
	4	11,43 (4)	0 (0)	9,38 (3)
	5	5,71 (2)	3,57 (1)	3,12 (1)
	6	8,57 (3)	3,57 (1)	3,12 (1)
	7	11,43 (4)	3,57 (1)	6,25 (2)
	8	8,57 (3)	3,57 (1)	18,75 (6)
B	1	20 (7)	3,57 (1)	3,12 (1)
	2	34,29 (12)	21,43 (6)	21,88 (7)
	3	28,57 (10)	17,86 (5)	18,75 (6)
	4	22,86 (8)	21,43 (6)	18,75 (6)
	5	5,71 (2)	3,57 (1)	18,75 (6)
	6	2,86 (1)	7,14 (2)	12,50 (4)
	7	31,43 (11)	17,86 (5)	25 (8)
	8	42,86 (15)	25 (7)	31,25 (10)
C	1	40 (14)	28,57 (8)	37,50 (12)
	2	28,57 (10)	32,14 (9)	28,12 (9)



Variável	Questão	Início %(n=35)	Após 3-6 meses %(n=28)	Após 15-18 meses %(n=32)	
	3	25,7 (19)	28,57 (8)	31,25 (10)	
	4	22,86 (8)	21,43 (6)	34,38 (11)	
	5	22,86 (8)	21,43 (6)	31,25 (10)	
	6	17,14 (6)	25 (7)	21,88 (7)	
	7	40 (14)	46,43 (13)	46,88 (15)	
	8	37,14 (13)	50 (14)	40,62 (13)	
	D	1	40 (14)	57,14 (16)	46,88 (15)
		2	22,86 (8)	39,29 (11)	37,50 (12)
3		37,14 (13)	39,29 (11)	34,38 (11)	
4		42,86 (15)	53,57 (15)	28,12 (9)	
5		51,43 (18)	46,43 (13)	18,75 (6)	
6		45,71 (16)	35,71 (10)	28,12 (9)	
7		11,43 (4)	17,86 (5)	12,50 (4)	
8		8,57 (3)	14,29 (4)	3,12 (1)	
E	1	0 (0)	10,71 (3)	6,25 (2)	
	2	0 (0)	7,14 (2)	6,25 (2)	
	3	2,86 (1)	10,71 (3)	6,25 (2)	
	4	0 (0)	3,57 (1)	9,38 (3)	
	5	14,29 (5)	25 (7)	28,12 (9)	
	6	25,71 (9)	28,57 (8)	34,38 (11)	
	7	0 (0)	14,29 (4)	9,38 (3)	
	8	2,86 (1)	7,14 (2)	6,25 (2)	

A- Muito ruim ou muito insatisfeito(a) ou nada; B- ruim ou insatisfeito(a) ou muito pouco; C- Nem ruim nem boa ou nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a) ou médio; D- boa ou satisfeito(a) ou muito; E - muito boa ou muito satisfeito(a) ou completamente.

- 1- Pensando nas DUAS ÚLTIMAS SEMANAS, como você avaliaria sua qualidade de vida?
- 2- Pensando nas DUAS ÚLTIMAS SEMANAS, quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?
- 3- Pensando nas DUAS ÚLTIMAS SEMANAS, quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?
- 4- Pensando nas DUAS ÚLTIMAS SEMANAS, quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?
- 5- Pensando nas DUAS ÚLTIMAS SEMANAS, quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?
- 6- Pensando nas DUAS ÚLTIMAS SEMANAS, quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?
- 7- Pensando nas DUAS ÚLTIMAS SEMANAS, você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?
- 8- Pensando nas DUAS ÚLTIMAS SEMANAS, você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?



A análise da percepção da qualidade de vida, apresentada na Tabela 7, revela alterações significativas ao longo do período de avaliação. Após 3 a 6 meses, observa-se uma redução de percepções negativas e medianas, com um aumento substancial nas avaliações positivas. No entanto, no período de 15 a 18 meses, verificou-se uma regressão, caracterizada pelo aumento das avaliações muito ruins e intermediárias, além da redução das classificações boas e muito boas. Esses resultados contrastam parcialmente com o estudo de VIANA *et al.*, (2023), que destaca uma evolução positiva contínua e estabilização da qualidade de vida ao longo do tempo, com avanços nos domínios físico, psicológico e social. Ainda assim, ambas as pesquisas convergem ao evidenciar a relevância dos fatores psicossociais e ambientais na percepção do bem-estar. Os achados reforçam a imprescindibilidade de intervenções contínuas e abrangentes que promovam a melhoria sustentável das condições físicas, mentais e sociais, contribuindo para uma qualidade de vida mais elevada e duradoura.

A evolução da percepção de satisfação com a saúde ao longo do período apresentou variações importantes. Os dados sugerem que, nos primeiros meses, houve uma redução nas respostas negativas, proporcionando uma melhoria inicial na satisfação com a saúde. No entanto, nos meses subsequentes, as percepções positivas diminuíram. Isso indica uma estabilização no nível de satisfação, com uma tendência à piora na percepção de saúde ao final do período, especialmente entre aqueles que inicialmente ficaram mais satisfeitos. Corroborando esses achados, SOUZA *et al.*, (2019), *apud* ALLEN *et al.*, (2016), destacam que a percepção de saúde é um conceito subjetivo e multifacetado, envolvendo dimensões físicas, emocionais, sociais e mentais. Esse entendimento dialoga com os dados do presente estudo, que evidenciam a relevância de fatores como autoestima, cuidados preventivos, condições de trabalho e estabilidade financeira na construção de uma percepção mais favorável da saúde. Assim, ambos os estudos reforçam a importância de orientações externas ao bem-estar emocional, à adoção de hábitos saudáveis e à melhoria das condições de vida e trabalho como elementos centrais para promover uma visão mais positiva sobre a própria saúde.

Os resultados relativos à satisfação dos participantes quanto à sua capacidade de realizar atividades diárias ao longo do tempo revelam uma evolução complexa e dinâmica. Após 3-6 meses, houve uma melhora significativa, com a redução de participantes muito insatisfeitos e insatisfeitos, simultaneamente, a porcentagem de participantes satisfeitos aumentou. Contudo, após 15-18 meses, a satisfação mostrou uma regressão, com um aumento nas percepções negativas e redução das positivas. A análise dos resultados do presente estudo apresenta convergências com o trabalho de MATOS *et al.*, (2018), que destacou a influência de fatores psicossociais na funcionalidade. Eles identificaram que condições como a ausência de união conjugal e sintomas de depressão estão associadas ao declínio funcional. No contexto deste estudo, a variação na satisfação dos participantes ao longo do tempo sugere que, além dos aspectos físicos, fatores emocionais e sociais também desempenham um papel crucial na percepção da capacidade de realizar atividades diárias. Esses achados reforçam a importância de uma abordagem integrada, que considere tanto os fatores físicos quanto psicossociais, e sublinham a relevância de intervenções multidisciplinares para promover a funcionalidade, fortalecer a autonomia e melhorar o bem-estar.

Também é possível perceber uma variação nos níveis de satisfação pessoal dos participantes ao longo do tempo. Após 3 a 6 meses, observou-se um aumento na proporção de participantes satisfeitos acompanhado de uma diminuição nas categorias de insatisfação. Contudo, após 15 a 18 meses, a satisfação pessoal



apresentou flutuações com aumento das percepções negativas, queda dos satisfeitos e aumento dos muito satisfeitos, esses resultados sugerem que, embora tenha ocorrido uma melhoria inicial, fatores contextuais e intervenções específicas podem ter influenciado a oscilação na satisfação ao longo do tempo. Tal comportamento é mencionado por estudos como o de JOÃO e GALINHA (2024), que ressaltam a importância da continuidade das intervenções e o impacto dos fatores sociais e contextuais na satisfação pessoal. Segundo esses autores, a participação em atividades sociais, assim como o contexto socioeconômico, é determinante para o bem-estar, evidenciando a interação entre fatores individuais e coletivos como elemento essencial para a satisfação.

Os dados demonstram uma variação na satisfação com as relações pessoais ao longo do período analisado. Após 3-6 meses, observou-se uma melhora nas respostas de satisfação com as relações pessoais, no entanto, ao longo de 15-18 meses, a satisfação geral diminuiu, apesar das oscilações, algumas relações pessoais se fortaleceram ao longo do tempo.

Em relação à satisfação habitacional ao longo do tempo, após um período de 3 a 6 meses, verificou-se um aumento na insatisfação, enquanto as taxas de satisfação satisfeito(a) e muito satisfeito(a) diminuíram. Já após 15-18 meses, a insatisfação apresentou oscilações, com um aumento nas respostas negativas, enquanto as taxas de satisfação obtiveram a diminuição. No entanto, uma porcentagem de participantes muito satisfeitos aumentou, o que indica uma mudança no perfil de satisfação ao longo do tempo.

A pesquisa revela ainda uma evolução na percepção da suficiência financeira ao longo do tempo. Após 3 a 6 meses, a proporção daqueles que relataram dificuldades financeiras diminuiu. Após 15 a 18 meses, os resultados mostram um aumento na proporção de participantes com dificuldades financeiras. Constata-se, assim, um aumento na proporção de participantes que relataram dificuldades financeiras ao longo do tempo, o que reflete uma instabilidade ou um agravamento financeiro para uma parte dos indivíduos. Entretanto, observa-se também que a proporção daqueles que se consideram em uma condição financeira intermediária permaneceu elevada, indicando uma relativa estabilidade para muitos participantes.

A Constituição Federal de 1988 estabelece que a moradia é fundamental para garantir a dignidade humana (Art. 6º), sendo responsabilidade das esferas governamentais implementar iniciativas que aprimorem as condições habitacionais (Art. 23, IX). Além disso, o Art. 7º, IV, destaca a importância de garantir um salário mínimo capaz de atender às necessidades básicas, como habitação, para proporcionar uma existência digna. Este estudo contribui para a compreensão das percepções da população sobre suas condições de vida, apontando caminhos para ajustar e ampliar a eficácia de iniciativas públicas externas à promoção da qualidade habitacional e do bem-estar socioeconômico.

Os resultados deste estudo sobre a situação financeira dos participantes estão em consonância com os princípios defendidos por VIRGINIO e BEZERRA (2024) no que se refere ao direito à moradia digna, que vai além do acesso à habitação e abrange a garantia de recursos financeiros suficientes para garantir uma boa qualidade de vida. O aumento das dificuldades financeiras ao longo do tempo reflete uma instabilidade econômica que pode comprometer a habitabilidade e o acesso a serviços essenciais, elementos fundamentais para garantir uma moradia digna. Embora uma parte dos participantes considere a sua situação financeira confortável, os dados apontam para a necessidade de políticas públicas que não apenas ampliem



o acesso à moradia, mas também assegurem condições financeiras e serviços essenciais, de modo a proporcionar uma vida digna e atender às reais necessidades.

Em relação à questão relacionada à energia suficiente para o dia a dia, a resposta dos pacientes seguiu a mesma tendência das demais questões, com melhora nos primeiros 3 a 6 meses e leve declínio após 15 a 18 meses de tratamento. O padrão mediano de vitalidade apresentou oscilações ao longo do tratamento. CEZAR (2020) caracteriza a vitalidade como uma vivência subjetiva que envolve entusiasmo, vigor e disposição, intrinsecamente associada ao equilíbrio físico e emocional. Essa energia, entendida como positiva, genuína e independente, é influenciada por práticas saudáveis e estratégias adaptativas para enfrentar adversidades. Esses resultados destacam a interdependência entre a progressão da percepção energética e os pilares conceituais da vitalidade.

Tabela 8 - Correlação entre os grupos com melhor e pior qualidade de vida ao final do tratamento de acordo com as respostas a cada questão do questionário de qualidade de vida EUROHIS-QOL 8-item em relação à média de percentual de perda ponderal ao longo dos 15 a 18 meses de tratamento:

Questão	Qualidade de vida	Média de percentual de perda ponderal (%)	Desvio Padrão	N	P.valor	sig
1.	Baixa ^a	4,54	10,12	15	0,24	
	Alta ^b	0,44	6,72	17		
2.	Baixa	0,37	6,64	18	0,38	
	Alta	3,80	9,67	14		
3.	Baixa	-0,58	8,23	19	0,41	
	Alta	4,53	7,35	13		
4.	Baixa	-2,12	7,46	20	0,02	*
	Alta	6,21	6,51	12		
5.	Baixa	1,82	9,84	17	0,73	
	Alta	1,94	4,72	15		
6.	Baixa	-0,92	9,65	12	0,28	
	Alta	4,01	6,19	20		
7.	Baixa	2,40	8,91	25	0,53	
	Alta	0,64	6,19	7		
8.	Baixa	2,23	8,26	29	0,70	
	Alta	-0,59	7,72	3		

a- Respostas de 1 a 3 em cada questão; b- Respostas de 4 a 5 em cada questão.

1- Pensando nas DUAS ÚLTIMAS SEMANAS, como você avaliaria sua qualidade de vida?

2- Pensando nas DUAS ÚLTIMAS SEMANAS, quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?

3- Pensando nas DUAS ÚLTIMAS SEMANAS, quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?

4- Pensando nas DUAS ÚLTIMAS SEMANAS, quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?

5- Pensando nas DUAS ÚLTIMAS SEMANAS, quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?

6- Pensando nas DUAS ÚLTIMAS SEMANAS, quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?

7- Pensando nas DUAS ÚLTIMAS SEMANAS, você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?

8- Pensando nas DUAS ÚLTIMAS SEMANAS, você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?



A tabela 8 relaciona a qualidade de vida com a perda ponderal. Pode-se observar que, na grande maioria das questões, os pacientes que avaliaram melhor sua qualidade de vida obteve maior perda de peso. A única diferença significativa estatisticamente foi encontrada apenas na pergunta 4, relacionada à satisfação consigo mesmo nas últimas duas semanas.

MARALDI *et al.*, (2024) destacam a importância de personalizar programas de emagrecimento, considerando fatores individuais como metabolismo, dieta e níveis de atividade física. Ao adaptar as abordagens às necessidades de cada pessoa, como tipo de corpo, condições de saúde e metas, os programas tornam-se mais eficazes, ajudando a criar um déficit calórico sustentável. A combinação de treino e nutrição adequada é essencial para melhorar o metabolismo, preservar a massa muscular e garantir a recuperação. Esses programas também são confirmados para a saúde física e mental, aumentando a autoestima e a promoção de interações sociais, elementos fundamentais para um estilo de vida saudável e sustentável. A relação entre o estudo de MARALDI *et al.*, (2024) e este destaca fatores individuais, como a satisfação consigo mesmo, pode influenciar a adesão a programas personalizados de emagrecimento, refletindo a importância de ajustar abordagens conforme as necessidades e percepções dos participantes.

Tabela 9 - Correlação da média de percentual de perda ponderal entre o grupo que respondeu baixa qualidade de vida ao longo de todo o tratamento em todas as questões do questionário de qualidade de vida EUROHIS-QOL 8-item com o grupo que respondeu alta qualidade de vida ao longo de todo o tratamento em todas as questões:

Qualidade de vida	Média de percentual de perda ponderal	Desvio-Padrão	n	P.valor	sig
Baixa ^a	-0,74	8,30	5	0,57	
Alta ^b	3,82	1,60	2		

a- Respostas de 1 a 3 em todas as questões; b- Respostas de 4 a 5 em todas as questões

A análise da perda ponderal entre os pacientes que relataram baixa ou alta qualidade de vida ao longo do tratamento indica um maior percentual de perda de peso no grupo com melhor percepção de qualidade de vida. No entanto, essa diferença não foi estatisticamente significativa na maioria das questões avaliadas (Tabelas 8 e 9), com exceção da satisfação pessoal (questão 4 da Tabela 8), que apresentou um valor de $p = 0,02$, indicando uma associação relevante entre maior satisfação consigo mesmo e maior perda de peso. Esses achados sugerem que fatores subjetivos, como satisfação pessoal e bem-estar percebido, podem influenciar a adesão ao tratamento e a implementação de mudanças no estilo de vida, incluindo alimentação e atividade física. No entanto, uma ampla variabilidade observada no grupo com menor qualidade de vida, evidenciada pelo desvio padrão elevado, indica que esse impacto não ocorre de maneira uniforme entre os indivíduos. Essa dispersão pode estar relacionada a fatores psicossociais, como estigma, saúde emocional e apoio social, que modulam a motivação e o comprometimento com o tratamento.

SOUSA e ALMEIDA (2024) destacam que a obesidade compromete não apenas a saúde física, mas também aspectos emocionais e a percepção subjetiva de bem-estar, fatores que desempenham papel central na adesão ao tratamento. SANTIAGO *et al.*, (2023) reforçam essa perspectiva, evidenciando que a satisfação



pessoal e a percepção de bem-estar podem influenciar significativamente os estágios clínicos, mesmo que de maneira heterogênea.

No mesmo sentido, MODESTO *et al.*, (2022) descobriu que indivíduos inseridos em programas de tratamento para obesidade apresentam melhorias substanciais em domínios como função física, autoestima, capacidade laboral e dificuldades enfrentadas em espaços públicos. Além disso, o estudo prevê que fatores como sexo, idade, escolaridade e prática de atividade física interferem na percepção subjetiva da qualidade de vida ao longo do tratamento. Tais descobertas reforçam a relevância de estratégias terapêuticas que integram não apenas medidas objetivas de perda de peso, mas também aspectos psicossociais que favorecem a adesão ao tratamento e a manutenção dos resultados em longo prazo. Desta forma, intervenções que consideram tantos fatores clínicos quanto subjetivos podem melhorar a eficácia dos programas direcionados ao manejo da obesidade.

Vale ressaltar que, entre os pacientes selecionados para o presente estudo, observou-se uma taxa de descontinuidade de 22,9% (n=8), sendo 8,5% (n=3) direcionados para a atenção terciária. A intenção de uma perda ponderal mínima ao longo de dois anos pode ter contribuído para essa resistência, uma vez que o objetivo é uma redução de 5% a 10% do peso inicial, e não necessariamente a eutrofia. Além disso, fatores como estigma, condições socioeconômicas e ausência de suporte social também influenciaram a adesão ao tratamento. O encaminhamento para cirurgia bariátrica pode representar uma alternativa diante dessas dificuldades, destacando a importância do acompanhamento contínuo e integrado entre os níveis de atenção primária, secundária e terciária (SES/DF, 2024).

4. Conclusão

O programa de tratamento multidisciplinar destinado a pacientes com obesidade revelou efeitos substanciais na melhoria da composição corporal, da qualidade de vida e do comportamento alimentar. Houve evidências de redução consistente no peso corporal e no percentual de gordura, associadas a ganhos na massa muscular, reafirmando a eficácia de intervenções integradas. No âmbito do comportamento alimentar, observou-se uma inicial adesão às recomendações dietéticas, seguida por desafios crescentes na manutenção de hábitos saudáveis ao longo do tempo. Em relação à qualidade de vida, os resultados evidenciaram melhorias expressivas nos primeiros meses, embora tenha havido flutuações na percepção subjetiva de bem-estar nas etapas finais do acompanhamento.

O estudo possui várias limitações, incluindo sua natureza observacional, que não permite estabelecer relações causais diretas. A amostra não probabilística e a taxa de desistência podem ter introduzido viés de seleção, afetando a representatividade dos resultados. A coleta de dados por meio de questionários de autorrelato e frequência alimentar pode ter gerado viés de memória e desejabilidade social, limitando a precisão das informações. Embora tenha identificado uma associação entre perda de peso e qualidade de vida, os resultados não foram consistentes em todos os domínios, sugerindo que a perda ponderal não seja o único fator determinante.

Esses achados evidenciam a complexidade do manejo da obesidade e reforçam a necessidade de estratégias contínuas e personalizadas, que considerem os aspectos físicos, emocionais e sociais. Tais estratégias devem ir além da redução ponderal, promovendo autonomia, resiliência e sustentabilidade nas mudanças comportamentais, destacando a importância de abordagens multidisciplinares no enfrentamento dessa condição multifatorial.



Referências

ABESO - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Posicionamento sobre o tratamento nutricional do sobrepeso e da obesidade. Departamento de Nutrição, 2022.

ALMEIDA, R. A. de; MALAGRIS, L. E. N. **Avaliação de fatores de influência na adesão ao tratamento de hipertensão e diabetes.** *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, Rio de Janeiro, v. 19, n. spe1, p. 33-42, 2023. Epub 15 jul. 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1808-5687.20230032>.

ARAÚJO, J. F.; NETO, J. S. R.; SILVA, M. H. M. da C. e; OLIVEIRA, R. V. **Obesidade infantil: abordagem clínica e terapêutica na prevenção e tratamento das complicações metabólicas e cardiovasculares.** *Revista Brasileira de Revisão de Saúde*, [S.l.], v. 5, p. e73518, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv7n5-414>.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA (ABESO). **Diretrizes brasileiras de obesidade**, 2016. 4. ed. São Paulo: ABESO, 2016. ISBN 978-85-85917-58-9.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E SÍNDROME METABÓLICA (ABESO); SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA (SBEM). **Posicionamento SBEM/ABESO: Tratamento Farmacológico da Obesidade.** Atualização 2024 e Posicionamento de Especialistas da Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica (ABESO) e da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM). São Paulo: Editora Clannad, 2024. ISBN 978-65-89832-13-3.

BOSI, M. L. M.; PRADO, S. D.; LINDSAY, A. C.; MACHADO, M. M. T.; CARVALHO, M. C. da V. S. **O enfoque qualitativo na avaliação do consumo alimentar: fundamentos, aplicações e considerações operacionais.** *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 21, n. 4, p. 1287–1296, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312011000400007>.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. ↑ *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, Seção 1, p. 59-62, 13 dez. 2012.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, 5 out. 1988.

BRASIL. **Lei nº 4.545, de 10 de dezembro de 1964.** Dispõe sobre a reestruturação administrativa do Distrito Federal e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 14 dez. 1964. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1960-1969/lei-4545-10-dezembro-1964-377657-publicacaooriginal-1-pl.html>.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento



dos serviços correspondentes e dá outras exceções. *Diário Oficial da União*, Brasília, 19 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde 2019: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde: Brasil, grandes regiões e unidades da federação**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2. ed., 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

CEZAR, É. O. **Vitalidade e autorregulação emocional em praticantes e não praticantes de atividades físicas e/ou meditativas**. 2020. 61 pág. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia, Universidade São Francisco. Orientadora: Ana Paula Porto Noronha. Campinas, 2020.

COSTA-JÚNIOR, F. M da; COUTO, M. T; MAIA, A. C; B. **Gênero e cuidados em saúde: concepções de profissionais que atuam no contexto ambulatorial e hospitalar**. *Sexualidade, Saúde e Sociedade (Rio de Janeiro)*, n. 23, pág. 97–117, maio de 2016. DOI: DOI: 10.1590/1984-6487.sess.2016.23.04.a.

DE LIMA, A. P.; DE ARAÚJO, L. M. P.; DE OLIVEIRA, A. C.; NACIF, M. **Avaliação do perfil nutricional e prevalência de doenças crônicas em pacientes atendidos em uma Clínica**. Escola de Nutrição do município de São Paulo. *RBONE - Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, v. 13, n. 82, p. 898-904, 16 maio de 2020. Disponível em: <https://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/1086>.

DERENZO, N.; MARAN, E.; MELO, W. A. de; SILVA, K. S. da. **Efeitos de um programa multiprofissional para o tratamento da obesidade em indicadores nutricionais de saúde**. *Contribuciones a Las Ciencias Sociales*, São José dos Pinhais, v. 17, n. 3, p. 1-22, 2024. DOI: 10.55905/revconv.17n.3-303. Disponível em: <https://ojs.revistacontribuciones.com/ojs/index.php/clcs/article/view/5731>.

FERREIRA, E. C.; DORNELLES, C. S.; ALMEIDA, R. L. L.; MAGALHÃES, O. D. S. et al. **Fatores associados à má adesão ao tratamento de doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde**. *Brazilian Journal of Health and Human Sciences*, v. 7, n. 2, p. 1-12, 2023. DOI: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n9p122-135>. Disponível em: <https://bjhs.emnuvens.com.br/bjhs/article/view/3304>.

FERREIRA, R. C.; BARBOSA, L. B.; VASCONCELOS, S. M. L. Estudos de avaliação do consumo alimentar segundo método dos escores: uma revisão sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. 5, p. 1777–1792, maio 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018245.12362017>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/nhNcr7gs8mgHvhVt3hZVpGC/>.

FREITAS, M. C. S.; FONTES, G. A. V.; OLIVEIRA, N. (orgs.). **Escritas e narrativas sobre alimentação e cultura [online]**. *Fast-food: um aspecto da modernidade alimentar*. Salvador: EDUFBA, 2008, 422 p. ISBN 978-85-232-0543-0.



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde. Comissão Permanente de Protocolos de Atenção à Saúde. *Protocolo de Atenção à Saúde: Prevenção e tratamento clínico do sobrepeso e da obesidade em pessoas maiores de 18 anos de idade*. Brasília, DF: SES-DF, 2024. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/protocolo-ses>.

GRUPO WHOQOL. **O instrumento de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL): posição paper da Organização Mundial da Saúde.** *Ciências Sociais e Medicina*, v. 41, n. 10, p. 1403-1409, 1995. DOI: 10.1016/0277-9536(95)00112-k.

LIPSCHITZ, D. A. **Screening for nutritional status in the elderly.** *Primary Care*, v. 21, n. 1, p. 55-67, mar. 1994. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8197257/>.

Louzada, M. L. da C. *et al.* **Consumption of ultra-processed foods in Brazil: distribution and temporal evolution 2008–2018.** *Revista de Saúde Pública* [online]. v. 57. ISSN 1518-8787. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057004744>.

LOUZADA, M. L. DA C. *et al.* **Impacto do consumo de alimentos ultraprocessados na saúde de crianças, adolescentes e adultos: revisão de escopo.** *Cadernos de Saúde Pública*, v. 37, p. e00323020, 2021. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00323020>.

MAICÁ, A. *et al* 2008. Avaliação nutricional em pacientes graves. **Revista brasileira de terapia intensiva**, v. 20, p. 286-295. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-507X2008000300012>.

MARALDI, R; ANTUNES, N; Joaquim, M. F. **Impacto de dieta e treinamento personalizados na perda de peso e qualidade de vida: uma abordagem integrada para melhoria da saúde.** *Prospectus*, Itapira, v. 6, n. 2, p. 228-260, jul./dez. 2024. DOI: 10.5281/zenodo.13969342.

MATOS, F. S. et al. Redução da capacidade funcional de idosos residentes em comunidade: estudo longitudinal. ***Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 10, p. 3393–3401, out. 2018.** DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182310.23382016>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Guia de atividade física para a população brasileira.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/ecv/publicacoes/guia-de-atividade-fisica-para-populacao-brasileira/view>.

Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 4.279, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2010.** Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html.

Ministério da Saúde. **Processo Completo da Linha de Cuidado do Adulto com Obesidade.** 2020. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/promocao-da-saude/linha-de-cuidado-do-sobrepeso-e-obesidade>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Vigitel Brasil 2023: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre



frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2023. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigitel/vigitel-brasil-2023-vigilancia-de-fatores-de-risco-e-protecao-para-doencas-cronicas-por-inquerito-telefonico/view> .

MODESTO, L. J. B. et al. **Qualidade de vida relacionada à saúde de indivíduos inseridos em programa de perda de peso.** *Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento* , v. 11, n. 8, e21011830683, 2022 (CC BY 4.0). DOI: <https://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i8.30683> .

MOTTA, V. W de L. et al. **Questionário de frequência alimentar para adultos da região Nordeste brasileira: ênfase no nível de processamento dos alimentos.** *Revista de Saúde Pública* [online], v. 55, p. 51. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055002473> .

NORONHA, D.D; Martins, A. M. E. de B. L; Dias, D. dos S. et al. **Qualidade de vida relacionada à saúde entre adultos e fatores associados: um estudo de base populacional.** *Ciência & Saúde Coletiva* , v. 2, pág. 463–474, fevereiro. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015212.01102015>.

Onita, B. M; Pereira, JL, Mielke, G. I. et al. **Fatores sociodemográficos e comportamentais da obesidade: um estudo longitudinal.** *Cadernos de Saúde Pública* , 40(7), e00103623, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT103623>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Obesidade e excesso de peso.** 1º de março de 2024. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/1-3-2024-uma-em-cada-oito-pessoas-no-mundo-vive-com-obesidade> .

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Grupo WHOQOL. (1995). Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL): documento de posicionamento da Organização Mundial da Saúde.** *Ciências Sociais e Medicina* , 41(10), 1403-1409. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-k](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-k) .

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Dia Mundial da Obesidade 2022: acelerar ação para acabar com a obesidade.** Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/4-3-2022-dia-mundial-da-obesidade-2022-acelerar-acao-para-acabar-com-obesidade#:~:text=Atendendo%20a%20um%20pedido%20dos,realizada%20em%20maio%20de%202022> .

PIRES, A. C; FLECK, D; POWER, M. et al. **Propriedades do índice EUROHIS-QOL 8-item em uma amostra brasileira.** *Revista Brasileira de Psiquiatria* , 40(3), 249-255. <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT200921> .

ROMERO, S. S; Gonçalves T. R, Mattos C. N. B de, et al. **Validade e confiabilidade do EUROHIS-QOL 8-item para avaliar a qualidade de vida em**



adultos brasileiros. *Cadernos de Saúde Pública* , 38(11), e00200921.
<https://doi.org/10.1590/0102-311XPT200921> .

SANTIAGO, L.; CERVATO-MANCUSO, A.; WILLIAM, E.; SILVA, C. R.; CYRILLO, D.
Probabilidade de abandono de terapia dietética para perda de peso: o papel dos fatores psicossociais. *Acta Portuguesa de Nutrição* , 23, 24-28, 2020. DOI: 10.21011/apn.2020.2305.

SÃO JOÃO, R.; GALINHA, S. **Mensuração da satisfação pessoal: estudo preliminar para análise da qualidade de vida.** *Revista Brasileira de Desenvolvimento* , v. 10, n. 4, 2024. Disponível em:
<https://doi.org/10.34117/bjdv10n4-022> .

SCHMIDT, S.; MÜHLAN, H.; POWER, M. **Propriedades psicométricas do índice EUROHIS-QOL 8-item: um estudo de campo transcultural.** *Eur J Saúde Pública* , 16(4), 420-428, atrás. 2006. DOI: 10.1093/eurpub/cki155. Epub 2005 conjunto 1. PMID: 16141303.

SILVA, M.M. da.; CARVALHO, RSM de.; FREITAS, MB de. **Bioimpedância para avaliação da composição corporal: uma proposta didático-experimental para estudantes da área da saúde.** *Revista Brasileira de Ensino de Física* , 41(2).
<https://doi.org/10.1590/1806-9126-RBEF-2018-0271> .

SOSSOU, I. S.; SILVA, G. E. M. DA; OLIVEIRA, C. E. P. DE; MOREIRA, O. C.
Bioimpedância elétrica na avaliação da composição corporal: uma revisão dos princípios biofísicos, diferentes tipos, aspectos metodológicos, validade e aplicabilidade de suas medidas. *RBONE - Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, v. 16, n. 102, p. 596-604, 17 nov. 2022. Disponível em:
<https://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/2051>.

SOUZA, A. S. DE; ALVES, G. G.; CÂMARA, S. G. et al. **Percepção de saúde e felicidade entre trabalhadores da Estratégia Saúde da Família de um município do sul do Brasil.** *Aletheia*, Canoas, v. 52, n. 2, p. 108-121, dez. 2019. Acesso em: 23 dez. 2024. Disponível em:
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942019000200009&lng=pt&nrm=iso.

SOUZA, K. L.; ALMEIDA, S. G. de. **Avaliação da eficácia de diferentes dietas para a perda de peso.** *Research, Society and Development*, v. 13, n. 5, e10613545822, 2024. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v13i5.45822>.

VIANA, F. P.; REIS, N. B. dos; CALIMAN FILHO, F. R; et al. **Docentes do ensino superior e suas percepções sobre qualidade de vida.** *Revista CPAQV - Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida*, v. 15, n. 3, 2023. DOI: 10.36692/V15n3-06.

VIRGÍNIO, K. M.; BEZERRA, J. A. **Adequação habitacional: a caracterização da moradia de qualidade no Brasil.** *Revista Políticas Públicas & Cidades*, v. 13, n. 2, p. e1397, 2024. DOI: 10.23900/2359-1552v13n2-369-2024.



ANEXOS

Anexo 1 - Questionário de Qualidade de vida EUROHIS-QOL 8-itens:

Perguntas	Respostas
1. Pensando nas DUAS ÚLTIMAS SEMANAS, como você avaliaria sua qualidade de vida?	A- Muito ruim ou muito insatisfeito(a) ou nada; B- ruim ou insatisfeito(a) ou muito pouco; C- Nem ruim nem boa ou nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a) ou médio; D- boa ou satisfeito(a) ou muito; E- muito boa ou muito satisfeito(a) ou completamente
2. Pensando nas DUAS ÚLTIMAS SEMANAS, quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	A- Muito ruim ou muito insatisfeito(a) ou nada; B- ruim ou insatisfeito(a) ou muito pouco; C- Nem ruim nem boa ou nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a) ou médio; D- boa ou satisfeito(a) ou muito; E- muito boa ou muito satisfeito(a) ou completamente
3. Pensando nas DUAS ÚLTIMAS SEMANAS, quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	A- Muito ruim ou muito insatisfeito(a) ou nada; B- ruim ou insatisfeito(a) ou muito pouco; C- Nem ruim nem boa ou nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a) ou médio; D- boa ou satisfeito(a) ou muito; E- muito boa ou muito satisfeito(a) ou completamente
4. Pensando nas DUAS ÚLTIMAS SEMANAS, quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	A- Muito ruim ou muito insatisfeito(a) ou nada; B- ruim ou insatisfeito(a) ou muito pouco; C- Nem ruim nem boa ou nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a) ou médio; D- boa ou satisfeito(a) ou muito; E- muito boa ou muito satisfeito(a) ou completamente
5. Pensando nas DUAS ÚLTIMAS SEMANAS, quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	A- Muito ruim ou muito insatisfeito(a) ou nada; B- ruim ou insatisfeito(a) ou muito pouco; C- Nem ruim nem boa ou nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a) ou médio; D- boa ou satisfeito(a) ou muito; E- muito boa ou muito satisfeito(a) ou completamente
6. Pensando nas DUAS ÚLTIMAS SEMANAS, quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	A- Muito ruim ou muito insatisfeito(a) ou nada; B- ruim ou insatisfeito(a) ou muito pouco; C- Nem ruim nem boa ou nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a) ou médio; D- boa ou satisfeito(a) ou muito; E- muito boa ou muito satisfeito(a) ou completamente
7. Pensando nas DUAS ÚLTIMAS SEMANAS, você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	A- Muito ruim ou muito insatisfeito(a) ou nada; B- ruim ou insatisfeito(a) ou muito pouco; C- Nem ruim nem boa ou nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a) ou médio; D- boa ou satisfeito(a) ou muito; E- muito boa ou muito satisfeito(a) ou completamente
8. Pensando nas DUAS ÚLTIMAS SEMANAS, você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	A- Muito ruim ou muito insatisfeito(a) ou nada; B- ruim ou insatisfeito(a) ou muito pouco; C- Nem ruim nem boa ou nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a) ou médio; D- boa ou satisfeito(a) ou muito; E- muito boa ou muito satisfeito(a) ou completamente



ANEXO 2 - QUESTIONÁRIO DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E DE SAÚDE:

Nome:

Data de nascimento:

Sexo:

Telefone:

E-mail:

Endereço:

Origem do encaminhamento: UBS Atenção Secundária

Estado civil: (1) solteiro(a) (2) casado(a) (3) divorciado(a) (4) viúvo(a)
(5) união estável

Nível de escolaridade:

- (1) não sabe ler e nem escrever
- (2) ensino fundamental incompleto
- (3) ensino fundamental completo
- (4) ensino médio ou ensino técnico incompleto
- (5) ensino médio ou ensino técnico completo
- (6) ensino superior incompleto
- (7) ensino superior completo
- (8) especialização e/ou MBA

Ocupação:

- (1) desempregado
- (2) empregado no setor privado
- (3) liberal ou autônomo sem vínculo de emprego
- (4) empresário
- (5) servidor ou funcionário público
- (6) militar
- (7) estudante bolsista
- (8) estudante não remunerado
- (9) aposentado
- (10) do lar
- (11) outros: _____

Número de moradores na residência: _____

Renda FAMILIAR mensal de (somando a renda de todos os moradores):

- (1) até 01 salário mínimo
- (2) de 01 a 03 salários mínimos
- (3) de 03 a 05 salários mínimos
- (4) de 05 a 15 salários mínimos
- (5) mais de 15 salários mínimos

Comorbidades:

- Diabetes mellitus
- Hipertensão (pressão alta)
- Colesterol ou triglicérides altos
- Esteatose hepática (gordura n fígado)
- Hipotireoidismo
- Hipertireoidismo
- Artrite/Artrose
- Fibromialgia
- Outros



Nenhuma

Na sua percepção, você sofre de:

- ansiedade
- depressão
- medos/fobia
- insônia
- ronco/apnéia do sono
- Nenhuma das anteriores

Início do excesso de peso:

- infância
- adolescência
- 20-30 anos
- 30-50 anos

Fatores que influenciaram o excesso de peso:

- gestação
- casamento
- separação
- medicação
- mudança de cidade
- mudança de emprego
- morte ou perda de ente querido
- desequilíbrio emocional
- padrão alimentar beliscador
- compulsão alimentar
- fissura por doce
- comedor noturno

Tratamentos anteriores para obesidade :

- Dietas da moda/ muito restritivas (de revistas, de TV, de internet, lowcarb, proteína, jejum etc)
- Reeducação alimentar com nutricionista
- Mudança de estilo de vida com dieta e exercício
- Uso de medicamentos para emagrecer

Fuma?

- Não
 - Sim Há quantos anos? _____ Quantos maços por dia? _____
- Se já foi fumante, há quanto tempo abandonou o tabagismo? _____

Consome bebida alcoólica?

- Não Sim
- Qual(ais) bebida(s)?



Cerveja Vinho Destilado

Qual frequência? Diariamente 4 a 5 vezes na semana 2 a 3 vezes na semana
 Fim de semana 2 vezes ao mês 1 vez ao mês Raro Nunca

Quantas doses?

Medicamento utilizado para emagrecer:

Sibutramina Sertralina Orlistate Topiramato Liraglutida Fluoxetina Bupropiona Outros Nenhum deles



APÊNDICES

APÊNDICE 1 - DADOS ANTROPOMÉTRICOS:

Variável	Início	Após 3-6 meses	Após 15-18 meses
PESO (kg)			
IMC (kg/m²)^a			
PMM (%)^b			
GORDURA			
PGC (%)^c			
PPP (%)^d			

a- IMC: Índice de Massa Corporal b- PMM: Percentual de massa magra c- PGC: Percentual de Gordura Corporal d- PPP: Percentual de perda ponderal.

APÊNDICE 2 - Frequência de consumo alimentar de frutas, vegetais, doces, fast foods e alimentos ultraprocessados ao longo do tratamento:

Frequência	Grupo alimentar	Início % (n)	Após 3-6 meses % (n)	Após 15-18 meses % (n)
Diário	Frutas			
	Vegetais			
	Doces			
	Fast food			
	Ultraprocessados			
Semanal	Frutas			
	Vegetais			
	Doces			
	Fast food			
	Ultraprocessados			
Quinzenal	Frutas			
	Vegetais			
	Doces			
	Fast food			
	Ultraprocessados			
	Frutas			
	Vegetais			



Frequência	Grupo alimentar	Início % (n)	Após 3-6 meses % (n)	Após 15-18 meses % (n)
Mensal	Doces			
	Fast food			
	Ultraprocessados			
Raro	Frutas			
	Vegetais			
	Doces			
	Fast food			
Não Relatado	Ultraprocessados			
	Frutas			
	Vegetais			
	Doces			
	Fast food			
	Ultraprocessados			