



**Politécnico
Castelo Branco**

Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

TRABALHO FINAL DE CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

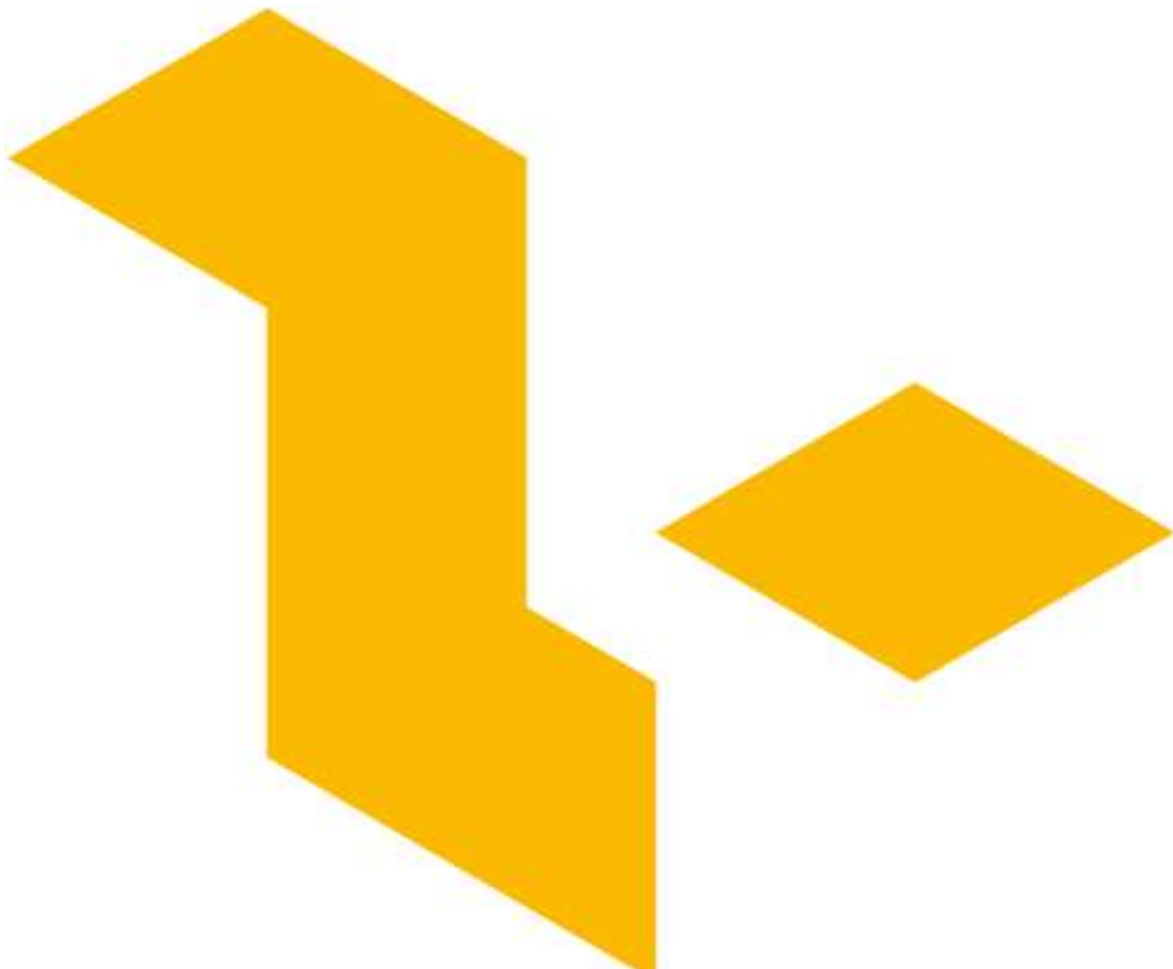
Obesidade e Qualidade de Vida na População Adulta

Ana Cláudia Pinto Pinheiro

Susana Almeida Simão Santos

Data

julho, 2025





**Politécnico
Castelo Branco**

Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

Obesidade e Qualidade de Vida na População Adulta

Discentes

Ana Cláudia Pinto Pinheiro

Susana Almeida Simão Santos

Orientador

Professor Doutor Ezequiel Martins Carrondo

Trabalho Final de Curso de Licenciatura em Enfermagem apresentado à Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção de créditos para a conclusão da Unidade Curricular Estágio VI, realizada sob a orientação científica do Professor Doutor Ezequiel Martins Carrondo, do Instituto Politécnico de Castelo Branco.

julho, 2025

Composição do júri

Presidente do júri

Professora Doutora Ângela Simões

Vogais

Mestre, Susana Salvado

Assistente Convidada da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco

Doutor, Ezequiel Carrondo

Professor Coordenador da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco

Agradecimentos

A realização do Trabalho Final de Curso, representa para nós a concretização de uma das etapas mais importantes da nossa vida, a qual marca o fim de um ciclo e o início de outro. Foi um caminho longo a ser percorrido, contudo conseguimos superar os desafios e as dificuldades sentidas ao longo deste. No entanto, o sucesso alcançado não seria possível se não estivéssemos rodeadas de pessoas tão especiais e que nos ajudaram a atingir o mesmo. Assim gostaríamos de expressar a nossa gratidão a todos os que contribuíram para este percurso.

Primeiramente agradecer uma à outra pela constante motivação e apoio mútuo, pela paciência e resiliência, por nunca termos baixado a cabeça perante as dificuldades sentidas. Obrigada por todos os momentos partilhados.

Agradecer à nossa família que sempre esteve presente e que sem eles nada disto teria sido possível. Agradecer o apoio e o amor incondicional, por confiarem e acreditarem em nós, pela constante motivação e preocupação. Com certeza foram e continuarão a ser a nossa maior fonte de apoio.

Aos nossos amigos, que acompanharam todo este processo, um obrigado por terem estado sempre presentes, por nos terem proporcionado momentos de descontração e por nos terem ouvido.

Agradecer também a todos os profissionais de saúde e professores que nos acompanharam e que contribuíram para a nossa formação. Através da partilha de conhecimentos e de experiências, farão de nós futuros profissionais mais capacitados e competentes para exercer esta tão bonita profissão, que é a arte do cuidar.

Obrigada a todos!

Resumo

Introdução: A obesidade é considerada uma doença complexa, crónica e multifatorial, sendo um dos principais fatores de incapacidade e morte na Europa. Esta patologia tem gerado uma crescente preocupação entre os profissionais de saúde, uma vez que acarreta comorbilidades que influenciam a qualidade de vida das populações. Deste modo, torna-se necessário aprofundar os estudos nesta área, de forma a capacitar e sensibilizar os profissionais de saúde para a prevenção e gestão da obesidade.

Objetivos: O presente trabalho tem como objetivo compreender a influência da obesidade na qualidade de vida da população adulta, visto que esta condiciona o bem-estar físico e mental das pessoas que apresentam esta condição clínica.

Métodos: Foi selecionada, como metodologia de investigação, a revisão narrativa da literatura, procedendo-se à pesquisa e análise de estudos relacionados com o tema. Este método permite ao investigador conhecer o grau de avanço dos conhecimentos sobre a temática em estudo, assim como refletir sobre possíveis medidas a adotar, no sentido de melhorar a intervenção dos profissionais de saúde.

Resultados: Foi possível concluir que a população obesa apresenta uma menor qualidade de vida quando comparada com a população em geral. Verificou-se que a perda de peso e a diminuição do IMC constituem fatores preponderantes na melhoria da qualidade de vida. Deste modo, a adoção de comportamentos promotores de saúde por parte dos utentes, depende não só da sua força de vontade e interesse em realizar a mudança, como também dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, dado que é da sua responsabilidade educar e capacitar as pessoas para que estas sejam capazes de tomar decisões informadas, no sentido de equilibrarem o seu bem-estar biopsicossocial.

Palavras-chave:

Obesidade; Qualidade de Vida; Enfermagem; Autocuidado

Abstract

Introduction: Obesity is considered a complex, chronic and multifactorial disease and is one of the main causes of disability and death in Europe. This pathology has generated growing concern among health professionals, since it entails comorbidities that influence people's quality of life. It is therefore necessary to carry out further studies in this area in order to train and sensitize health professionals in the prevention and management of obesity.

Objectives: This work aims to understand the influence of obesity on the quality of life of the adult population, since it conditions the physical and mental well-being of people who have this clinical condition.

Methods: A narrative review of the literature was selected as the research methodology, searching for and analyzing studies related to the topic. This method allows the researcher to find out how far knowledge has progressed on the subject under study, as well as to reflect on possible measures to be adopted in order to improve the intervention of health professionals.

Results: It was possible to conclude that the obese population has a lower quality of life when compared to the general population. It was found that weight loss and lower BMI are key factors in improving quality of life. Thus, the adoption of health-promoting behaviors by users depends not only on their willpower and interest in making the change, but also on health professionals, particularly nurses, since it is their responsibility to educate and empower people so that they are able to make informed decisions in order to balance their biopsychosocial well-being.

Keywords

Obesity; Quality of Life; Nursing; Self-care

Índice Geral

1. Introdução	1
2. Estilos de Vida e Saúde	3
3. Obesidade	4
3.1. Caracterização da Obesidade.....	4
3.2. Epidemiologia	7
3.3. Determinantes em saúde	8
3.4. Consequências da Obesidade	9
3.5. Tratamento.....	10
3.6. Estratégias Preventivas da Doença e Promotoras da Saúde	11
4. Qualidade de Vida	16
5. Teorias de Enfermagem	22
6. Conclusão	25
Referências Bibliográficas	27
Apêndices.....	30
Anexos	33

Lista de tabelas

Tabela 1: Classificação do IMC para adultos, adaptada da DGS (2013)	5
Tabela 2: Caracterização do risco metabólico segundo a avaliação da circunferência da cintura, (WHO, 2008 & SPEO, 2018).	6

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

APA – American Psychological Association

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD's – Atividades de Vida Diária

CHUC – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

COVID – Corona Virus Disease

CRI – Centros de Responsabilidade Integrada

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DCNT – Doenças Crónicas Não Transmissíveis

DGS – Direção Geral da Saúde

DM 2 – Diabetes Mellitus Tipo 2

EBBS – Exercise Benefits/Barriers Scale

HPLP-II – Health Promoting Life-Style Profile II

HTA – Hipertensão Arterial

IMC – Índice de Massa Corporal

INE – Instituto Nacional de Estatística

Kg – Quilogramas

m – Metros

OMS – Organização Mundial da Saúde

p. – Página

RCAAP – Repositório Científicos de Acesso Aberto de Portugal

SF-36 – Short Form

SIDIAP – Sistema d'Informació per al Desenvolupament de l'Investigació en Atenció Primària

SPEO – Sociedade Portuguesa para o Estudo da Obesidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

WHOQOL – World Health Organization Quality of Life

1. Introdução

No âmbito da Unidade Curricular de Estágio VI, que decorre no 2º semestre do 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias, do Instituto Politécnico de Castelo Branco, foi proposta a realização de um Trabalho Final sob a orientação do Professor Doutor Ezequiel Martins Carrondo, cuja temática se enquadre na linha de investigação “Estilos de Vida e Saúde”.

Para se iniciar um trabalho de investigação é necessário que exista um problema que necessite de ser resolvido, melhorado ou modificado (Fortin, 1996). Deste modo, e tendo em vista o tema geral do trabalho, realizou-se uma breve pesquisa acerca da temática, tendo sido, posteriormente, debatidas ideias acerca da mesma, pelo que definimos como tema de investigação “Obesidade e Qualidade de Vida na população adulta”. Considera-se que este é um tema oportuno, visto que se tem verificado, ao longo dos anos e com maior prevalência na atualidade, uma crescente preocupação acerca do desenvolvimento de obesidade, abrangendo todas as faixas etárias, tornando-se assim um problema de saúde pública. Para além disso, a obesidade acarreta um conjunto de comorbilidades que podem agravar o estado de saúde da pessoa e a sua qualidade de vida, uma vez que esta afeta os diversos sistemas orgânicos, tais como o sistema cardiovascular, respiratório, metabólico, osteoarticular, entre outros. Assim sendo, pretende-se, através deste trabalho, compreender a influência da obesidade na qualidade de vida da população adulta, visto que esta condiciona o bem-estar físico e mental das pessoas que apresentam esta condição clínica.

De forma a alcançar o objetivo geral, definiram-se os seguintes objetivos específicos:

- Descrever a fisiopatologia da obesidade, bem como os sistemas do corpo afetados pela mesma;
- Enumerar as diferentes abordagens terapêuticas utilizadas em indivíduos obesos para a promoção da qualidade de vida;
- Identificar os principais domínios da qualidade de vida afetados pela obesidade em adultos;
- Comparar a qualidade de vida entre adultos obesos com diferentes graus de obesidade, com recurso a estudos já existentes;
- Analisar os instrumentos utilizados para avaliar a qualidade de vida em utentes obesos;
- Sintetizar as principais estratégias de intervenção descritas na literatura, para melhorar a qualidade de vida de adultos obesos;
- Identificar as teorias de enfermagem que se adequam à intervenção junto da pessoa adulta obesa.

Para a realização do trabalho final de curso, selecionou-se como metodologia de trabalho a revisão narrativa da literatura. Segundo Fortin (1996), a revisão da literatura permite ao investigador conhecer o grau de avanço acerca de um

determinado domínio de investigação, bem como a necessidade de aprofundar conhecimentos sobre os mesmos. Na visão de Vilela (2017), a revisão narrativa é utilizada quando se pretende, num curto período, adquirir e atualizar conhecimentos sobre determinado tema, descrevendo, assim, onde se situa o tema ou objeto de investigação sob o ponto de vista teórico ou contextual. Esta revisão é constituída pela análise e interpretação da literatura, sendo também realizada uma reflexão crítica por parte do investigador. Isto implica a leitura de documentos sobre a temática de investigação, que têm como objetivo delinear, explicar e descrever o objeto de estudo, realizando, para esse efeito, uma seleção de pesquisa bibliográfica restrita a estudos e critérios que se aproximem do tema em estudo.

Deste modo, torna-se necessário efetuar uma pesquisa em bases de dados, tais como B-on, Pubmed, Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP) e Google, as quais disponibilizam artigos científicos, revistas, teses e dissertações. Também se recorreu a livros de referência acerca da temática definida, visto que, para se fazer uma revisão narrativa da literatura é essencial ter-se acesso a vários documentos que confirmem a evidência científica.

Para Vilela (2017), a revisão narrativa não segue uma metodologia adequada a responder de forma quantitativa à questão, por não seguir um procedimento ou critério específico na avaliação e seleção dos artigos selecionados. Sendo assim, caracteriza-se como sendo uma revisão qualitativa capaz de fornecer sínteses narrativas de fácil compreensão, de artigos que se encontram publicados. Posto isto, este tipo de revisão narrativa permite estabelecer comparações e delinear novas estratégias, consolidando, assim, esta área de conhecimento.

No sentido de estruturar o corpo do presente trabalho, este encontra-se dividido em quatro partes, correspondendo a primeira parte aos estilos de vida e saúde, a segunda à caracterização da obesidade, que se subdivide em diversos temas, como a epidemiologia, determinantes em saúde, consequências da obesidade, tratamento e estratégias preventivas da doença e promotoras da saúde. Na terceira parte do trabalho, abordamos a qualidade de vida, onde são analisados diferentes estudos relacionados com a temática em estudo, assim como os instrumentos utilizados para a sua avaliação. Na quarta parte deste trabalho, encontra-se uma breve descrição das teorias de enfermagem que, na nossa opinião, se adequam à intervenção junto desta população.

O presente trabalho foi elaborado de acordo com as normas de elaboração de trabalhos definidas pela Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco e foi redigido em conformidade com o acordo ortográfico. As referências bibliográficas estão de acordo com a 7ª edição das normas da American Psychological Association (APA).

2. Estilos de Vida e Saúde

A investigação em ciências da saúde tem vindo a reconhecer a existência da relação entre o ambiente físico e social e o estado de saúde dos cidadãos. Áreas em que os indivíduos se encontram privados de bens sociais e materiais, com carência de recursos e pouca oferta de transportes públicos, encontram-se associadas a riscos comportamentais. Estas populações são, sobretudo, sedentárias, optando por comportamentos nocivos à saúde (má alimentação e tabagismo), o que as leva a sofrer uma maior incidência de determinadas patologias, nomeadamente respiratórias, cardiovasculares, mentais e metabólicas. Devido a estes comportamentos, a taxa de mortalidade prematura é elevada nestas populações (Santana et al., sd).

A base de um estilo de vida saudável assenta em seis pilares, sendo estes: alimentação saudável, exercício físico regular, abstinência tabágica e controlo de substâncias nocivas à saúde, estratégias de controlo de stress, higiene do sono e relações sociais (Faria, et al., 2023). Adotar um estilo de vida saudável tem custos relativamente baixos, não é invasivo e afeta positivamente aspetos fisiológicos, metabólicos, psicológicos e sociais. Estes benefícios contribuem de forma significativa para uma redução da incidência de Doenças Crónicas Não Transmissíveis (DCNT). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), estas constituem a principal causa de morte em todo o mundo, correspondendo a cerca de 71% da sua totalidade, sendo também responsável pela incapacidade. As DCNT acarretam consequências não apenas para os doentes, mas também para a comunidade onde estes estão inseridos pelo que se torna necessário proceder a uma gestão holística, visando a sua prevenção e tratamento (Faria, et al., 2023).

Nesta visão, escolhemos como temática para a elaboração do presente trabalho a “Obesidade”, visto ser uma DCNT que provoca bastantes mudanças a nível biopsicossocial, contribuindo assim para uma incapacidade gradual no indivíduo, levando-o, muitas vezes, ao isolamento e à depressão.

3. Obesidade

O presente capítulo pretende descrever, de modo geral, a obesidade, permitindo compreender em que consiste esta patologia e os efeitos que tem na saúde das pessoas. Assim, este capítulo encontra-se subdividido por tópicos considerados essenciais na abordagem da obesidade. Inicia-se com a caracterização da patologia, que inclui os métodos de avaliação e interpretação de valores, seguida pela epidemiologia da doença, pelos determinantes em saúde, que abordam os principais fatores promotores do risco de desenvolvimento da obesidade, e as consequências que a mesma apresenta no equilíbrio e adequado funcionamento do organismo humano. Por último, são apresentadas as opções de tratamento que se encontram disponíveis e enumeradas as diversas estratégias preventivas, bem como as intervenções dos enfermeiros para o controlo e gestão da obesidade.

3.1. Caracterização da Obesidade

Segundo a OMS, a obesidade é uma doença complexa, crónica e multifatorial, sendo um dos principais fatores de incapacidade e morte na Europa. Esta caracteriza-se pelo acúmulo excessivo de tecido adiposo, derivado de um desequilíbrio energético, representando, assim, um risco para a saúde dos indivíduos (DGS, 2005; WHO, 2022).

Durante a prestação de cuidados, os profissionais de saúde recorrem à avaliação antropométrica, tanto para auxílio na avaliação clínica dos indivíduos como para a realização de rastreios à população. Deste modo, a avaliação antropométrica inclui diversos parâmetros avaliativos, sendo que a Direção-Geral da Saúde (DGS) considera como mais relevantes a estatura, peso e perímetro da cintura. A DGS descreve estes parâmetros de forma pormenorizada, de modo a padronizar os procedimentos, evitando, assim, os erros de medição. No entanto, torna-se relevante mencionar que a avaliação do perímetro da anca é também referida pela mesma como um indicador antropométrico a valorizar em casos de risco de complicações cardiovasculares (DGS, 2013). Por sua vez, a Sociedade Portuguesa para o Estudo da Obesidade (SPEO) considera a avaliação do perímetro da anca indispensável para o diagnóstico da obesidade, tendo como referência os valores definidos pela OMS, os quais permitem aos profissionais de saúde orientar a sua prática com vista a melhorar a saúde dos indivíduos (SPEO, 2018).

Para além dos parâmetros mencionados anteriormente, é também frequentemente efetuado o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC), embora este não constitua um parâmetro de avaliação antropométrica. Contudo, este possui uma boa correlação com a massa gorda total, contribuindo para a realização do rastreio da obesidade, como também para a monitorização do aumento ponderal ao longo do tempo (DGS-INSA, 2011).

O cálculo do IMC é efetuado através de uma equação matemática, a qual utiliza dois dos valores obtidos na avaliação antropométrica, correspondendo esta ao peso medido em quilogramas (Kg), a dividir pela estatura medida em metros (m) elevado ao quadrado (SPEO, 2018).

Definidos os parâmetros essenciais para se efetuar a correta avaliação do doente obeso, é fundamental que os profissionais de saúde possuam conhecimentos acerca dos valores padrão definidos pela OMS, para que assim seja possível identificar as devidas alterações. A OMS estabeleceu valores de referência para a classificação do IMC, fazendo distinção entre crianças/jovens e adultos, uma vez que, na idade pediátrica (0-17 anos), decorre um período de crescimento e desenvolvimento corporal não linear, o qual varia de acordo com a idade e sexo dos mesmos. Por essa razão, a classificação do IMC nestas idades é realizada com base em curvas de percentis de IMC, permitindo, assim, uma maior vigilância e monitorização do padrão de crescimento (DGS-INSA, 2011).

Assim sendo, a classificação do IMC em adultos é efetuada de modo simples através da equação anteriormente descrita, encontrando-se expostos de seguida os valores de referência definidos pela OMS (DGS, 2013).

Classificação		IMC (Kg/m ²)
Baixo peso	Magreza Severa	< 16,00
	Magreza Média	16,00 – 16,99
	Magreza Moderada	17,00 – 18,49
Peso Normal/Adequado		18,50 – 24,99
Pré-Obesidade/Excesso de Peso		25,00 – 29,99
Obesidade	Obesidade I	30,00 – 34,99
	Obesidade II	35,00 – 39,99
	Obesidade III	≥ 40,00

Tabela 1: Classificação do IMC para adultos, adaptada da DGS (2013)

De modo geral, o IMC permite caracterizar facilmente o perfil nutricional dos indivíduos, identificando quem se encontra com baixo peso, peso adequado, excesso de peso ou obesidade. Contudo, através deste valor, não é possível identificar a composição corporal, ou seja, distinguir o tecido adiposo do músculo, bem como a sua distribuição (SPEO, 2018). Esta avaliação é essencial para a identificação do grau de gravidade da doença, bem como do impacto que a mesma tem no desenvolvimento de comorbilidades associadas, sendo possível classificar a obesidade quanto à sua morfologia, segundo a distribuição do tecido adiposo.

Deste modo, a DGS define a obesidade em dois tipos diferentes, podendo esta ser denominada por obesidade androide quando se verifica uma maior distribuição de tecido adiposo na região superior da cintura, nomeadamente no abdómen, verificando-se um maior predomínio em homens obesos. Esta potencia o surgimento de complicações cardiometabólicas, tais como a Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM 2), dislipidemia, aterosclerose, Hipertensão Arterial (HTA) e Acidente Vascular Cerebral (AVC). Por sua vez, pode-se denominar por obesidade ginoide quando se verifica um maior acúmulo de tecido adiposo na região inferior da cintura, com predomínio nas coxas e glúteos, estando a mesma frequentemente associada à mulher obesa. Esta encontra-se fortemente associada ao aparecimento de varizes, bem como a doenças articulares (DGS, 2005).

Com base na evidência científica, a presença de tecido adiposo na região abdominal apresenta um maior risco para a saúde dos indivíduos quando comparada com a acumulação de tecido adiposo noutras áreas do corpo, tendo um maior impacto a nível visceral (WHO, 2022). Face ao exposto, a OMS e a SPEO consideram o perímetro da cintura um excelente indicador da adiposidade central, possuindo uma estreita relação com a morbilidade e mortalidade cardiometabólica. Para além desta, existem outras alternativas que refletem esta associação, como é o caso da relação cintura-quadril e a relação cintura-estatura (SPEO, 2018; WHO, 2008).

Dada a relevância dos parâmetros mencionados anteriormente, a OMS definiu valores limite (pontos de corte) específicos para cada um dos sexos, apresentados na tabela 2. A mulher apresenta um maior risco de desenvolver doenças cardiovasculares, sendo a obesidade abdominal um fator predisponente ao desenvolvimento destas. Assim, os pontos de corte relativos ao perímetro da cintura nas mulheres, são mais baixos, dado precisamente o seu elevado risco cardiometabólico (WHO, 2008).

Indicador	Pontos de Corte	Risco de Complicações Metabólicas
Perímetro da cintura	>94 cm (H); >80 cm (M)	Aumentado
Perímetro da cintura	>102 cm (H); >88 cm (M)	Muito aumentado
Rácio cintura-quadril	$\geq 0,90$ (H); $\geq 0,85$ (M)	Muito aumentado
Rácio cintura-estatura	> 0,5	Aumentado

Tabela 2: Caracterização do risco metabólico segundo a avaliação da circunferência da cintura, (WHO, 2008 & SPEO, 2018).

Legenda: H – Homem; M – Mulher

É da competência e responsabilidade do profissional de saúde proceder à avaliação do estado de saúde dos indivíduos, permitindo identificar precocemente alterações que possam afetar a saúde e bem-estar dos mesmos. Estes devem adotar uma abordagem holística e possuir um espírito crítico que lhes permita estarem atentos a outras possíveis causas do aumento de peso dos utentes. Este aumento pode ter origem noutras causas, tais como o aumento da massa muscular nos atletas, em casos de gravidez, ou a presença de edemas e de ascite em indivíduos com alterações hidroeletrolíticas (DGS, 2005).

3.2. Epidemiologia

Com base em estudos efetuados, a WHO (2022) refere-se à obesidade e ao excesso de peso como uma epidemia, atingindo cerca de 60% da população adulta na região europeia. Estes afetam cerca de uma em cada três crianças em idade escolar e 7,9% das crianças com idade inferior a 5 anos, causando uma grande preocupação devido ao facto de este ser um fator predisponente para o desenvolvimento de comorbilidades na idade adulta. Porém, foi possível estabelecer uma relação entre os dados obtidos e o grau de escolaridade dos pais das crianças, tendo-se chegado à conclusão de que as crianças cujos pais possuem um grau de escolaridade mais baixo, apresentam uma maior prevalência de excesso de peso. Na Europa, o excesso de peso e a obesidade são responsáveis, anualmente, por mais de 1,2 milhões de mortes, representando cerca de 13% da sua totalidade. Estes são a quarta maior causa de morte, sendo apenas precedidos pela hipertensão, os riscos alimentares e o tabagismo (WHO, 2022).

Nos últimos anos, foi verificado um aumento da obesidade e excesso de peso, nomeadamente durante a pandemia de COVID-19 (Corona Virus Disease), bem como a redução da prática de atividade física e o aumento do consumo de alimentos ricos em gordura, açúcar e sal (WHO, 2022).

De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE), em 2022, Portugal apresentava mais de metade da população adulta com excesso de peso e obesidade, correspondendo esta última a 15,9%. A partir do estudo da população verificou-se que a prevalência da obesidade é semelhante para ambos os sexos, afetando maioritariamente a partir dos 45 anos de idade, contudo é possível observar uma ligeira predominância nos homens, comparativamente às mulheres. Para além disto, foi possível constatar que os indivíduos com maior nível de habilitações literárias apresentam uma menor prevalência desta patologia (INE, 2025).

Através da realização de diversos inquéritos à população adulta portuguesa, foi possível perceber a perspetiva da população obesa acerca de alguns parâmetros relacionados com a saúde, os quais apresentaram algumas discrepâncias relativamente à população em geral. O primeiro parâmetro incidiu na avaliação da autoapreciação do estado de saúde, onde se verificou que 21,6% da população

com obesidade avalia o seu estado de saúde como sendo desfavorável, enquanto que apenas 13,2% da população em geral apresentou a mesma perspetiva. Foi também avaliada a perspetiva relativamente à limitação na realização de atividades devido a problemas de saúde, tendo sido averiguado que a população obesa apresentava maior percentagem de limitação (cerca de 45,8%, correspondendo 34,3% a alguma limitação e 11,5% limitação severa), do que a população em geral (34,6%). Outro dos parâmetros investigados consistiu na morbilidade crónica autoreferida, a qual aborda a presença de doença crónica ou problema de saúde prolongado, tendo-se verificado que 60% da população adulta com obesidade sofria de outras comorbilidades. A frequência da prática de exercício físico, a sensação de dificuldade em caminhar ou subir escadas sem ajuda e a dificuldade em se autocuidar foram também outras das variáveis analisadas, tendo-se observado que a população em geral é mais ativa e possui menores dificuldades na realização das Atividades de Vida Diária (AVD's) quando comparada com a população adulta obesa (INE, 2025).

Após a análise dos valores estatísticos, podemos entender que a obesidade constitui um fator de risco, uma vez que pode levar ao desenvolvimento ou agravamento de diversos problemas de saúde que condicionam o bom funcionamento do organismo humano, podendo levar à incapacidade e diminuição da qualidade de vida (SNS, s.d.). Deste modo, torna-se necessária a reeducação das populações, através da sensibilização das mesmas, realizada principalmente a nível dos Cuidados de Saúde Primários (CSP).

3.3. Determinantes em saúde

Como referido anteriormente, a obesidade é uma doença multifatorial, a qual resulta da interação de diversos fatores que levam ao desequilíbrio energético. Estes são complexos e incluem os fatores biológicos (genéticos e metabólicos), ambientais, sociais, comportamentais e culturais. Todavia, os mais estudados são os fatores biológicos referentes ao estilo de vida, sobretudo a díade dieta-atividade física, com especial relevo no excesso de ingestão calórica e sedentarismo (Wanderley & Ferreira, 2007). Este desequilíbrio tende a perpetuar-se, pelo que a obesidade é considerada uma doença crónica, sendo, por isso, importante conhecer os fatores que potenciam o seu desenvolvimento, de modo a intervir o mais precocemente possível para minimizar os efeitos destes (DGS, 2005; Wanderley & Ferreira, 2007).

A obesidade desenvolve-se ao longo do ciclo de vida através da combinação de dois mecanismos: o primeiro diz respeito à exposição à obesidade durante o desenvolvimento pré-concepcional e gestacional e o segundo à dieta pouco saudável e sedentarismo agravados pela exposição a fatores ambientais obesogénicos. O termo “ambiente obesogénico” refere-se à forma como os ambientes modernos conduzem à epidemia da obesidade. Quando se trata de descrever estes ambientes, no relatório da OMS, é examinada a relação existente

entre alimentação, atividade física e fatores socioculturais, físicos, económicos e políticos que têm impacto neste ambiente. Este relatório descreve também a influência dos ambientes alimentares digitais na obesidade, ou seja, ambientes online que influenciam o comportamento alimentar e nutricional, sendo necessário divulgar campanhas que visem reduzir as desigualdades alimentares e promover hábitos alimentares que possam ser sustentáveis a nível ambiental (WHO, 2022).

A mudança ambiental tem sido acentuada, caracterizando-se por uma maior disponibilidade de alimentos mais densos em energia, mais baratos e menos benéficos em termos nutricionais. Incluem-se nestas mudanças ambientais o aumento da urbanização, o qual se associa a ambientes mais obesogénicos, sendo promotores de uma menor atividade física e que proporcionam um maior acesso a alimentos não saudáveis. Estas influências, geralmente, são mais evidentes em zonas urbanas mais carenciadas onde as opções alimentares são limitadas, frequentemente designadas por desertos alimentares, e onde os indivíduos se sentem menos capazes de utilizar o espaço disponível para atividades (WHO, 2022).

Ao mesmo tempo, o desenvolvimento da tecnologia levou a uma diminuição da atividade física, que foi ainda mais exacerbada pelo aumento dos ambientes alimentares digitais. Nestes ambientes incluem-se as redes sociais, o marketing digital e o comércio de venda de alimentos online são uma preocupação crescente à medida que as tecnologias digitais se integram cada vez mais na vida quotidiana dos países pertencentes à União Europeia (WHO, 2022).

3.4. Consequências da Obesidade

Como já descrito anteriormente, a obesidade é uma doença que se caracteriza pelo acúmulo excessivo de tecido adiposo no organismo, comprometendo a saúde dos indivíduos. Esta potencia o surgimento de diversas alterações, podendo ser considerada um fator de risco para o desenvolvimento de doenças que afetam o sistema cardiovascular, metabólico, respiratório e osteoarticular. O Sistema d'Informació per al Desenvolupament de l'Investigació en Atenció Primària (SIDIAP) realizou um estudo prospetivo em que analisou o risco de osteoartrite numa amostra de 1,7 milhões de adultos, utilizando os dados clínicos e sociodemográficos recolhidos em cirurgias. Este estudo concluiu que a incidência de osteoartrite do joelho em indivíduos com um IMC de 35-40 kg/m² foi cinco vezes mais elevada do que em indivíduos de peso normal. No que diz respeito à osteoartrite da anca e das mãos, este estudo concluiu que foi duas a três vezes mais provável em pessoas com obesidade (WHO, 2022).

Para além dos sistemas mencionados, a obesidade também está associada a alguns tipos de cancro, sendo o cancro da mama, do colo-rectal, do rim, do fígado, dos ovários, o mieloma múltiplo e o meningioma os mais prevalentes (WHO, 2022). Neste sentido, é fundamental que todos os profissionais de saúde compreendam

as consequências desta patologia, os potenciais benefícios da sua prevenção, assim como do seu tratamento, tanto para a saúde individual como para a da população (WHO, 2022).

A obesidade também interfere na saúde mental dos indivíduos, uma vez que estes sofrem frequentemente estigma social em relação ao seu peso. É de referir que esta também acarreta problemas para a população obesa a nível financeiro, devido aos gastos associados ao tratamento dos problemas de saúde que surgem com a obesidade. Segundo um estudo recente, verificou-se que as pessoas com esta patologia gastam mais 30% em tratamentos em relação às pessoas sem obesidade. A obesidade também tem custos indiretos no que respeita à perda de rendimento associado à incapacidade relacionada com a obesidade e morte prematura. Na Europa, estima-se que a obesidade seja responsável por 8% dos custos de saúde, prevendo-se que, entre 2020 e 2050, os países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento, gastarão, em média, 8,4% de todo o seu orçamento anual de saúde no tratamento das consequências do excesso de peso, incluindo a obesidade (WHO, 2022).

3.5. Tratamento

Na abordagem do tratamento da obesidade, os pacientes devem compreender que esta é uma doença crónica, pelo que é essencial gerir e controlar o peso, de modo que não surjam comorbilidades associadas a esta patologia (Yumuk, et al., 2015).

Segundo a OMS, a perda de peso deverá ser de forma gradual, uma vez que não existe evidência científica que sustente que perder o máximo de peso num menor tempo possível seja indicativo de tratamento bem-sucedido. Deste modo, perda de peso entre 5 a 10% é suficiente para obter benefícios para a saúde, reduzindo, assim, as comorbilidades associadas à obesidade. A redução do perímetro abdominal é de maior importância, uma vez que está associado à diminuição da gordura visceral e dos riscos cardiometabólicos associados. É também de especial importância gerir os aspetos psicológicos da obesidade, permitindo ao utente melhorar a sua autoestima, autoimagem e qualidade de vida. Por fim, seja qual for a técnica utilizada para a perda de peso, a prevenção do aumento de peso é importante para o sucesso do tratamento a longo prazo (WHO, 2022).

As evidências relativas à fisiopatologia da obesidade, no que respeita à regulação do apetite, apoiam o tratamento através de abordagens que incidem na redução do peso corporal, através de farmacoterapia e cirurgia, e na prevenção ou tratamento de comorbilidades relacionadas com a obesidade, permitindo, assim, melhorar o bem-estar do indivíduo. O tratamento da obesidade exige o acesso a cuidados de saúde de qualidade para pessoas que vivem com esta patologia (DGS, 2025). A OMS defende que o tratamento da obesidade deve passar pela gestão da

mesma, privilegiando a alteração de comportamentos, como por exemplo a nutrição, prática de atividade física e terapias complementares, como acompanhamento psicológico, farmacológico e cirúrgico. O plano de cuidados deve ser individualizado e personalizado à capacidade individual de cada utente, promovendo o cuidado holístico, isto é, centrado na pessoa e não apenas na patologia que esta apresenta (WHO, 2022).

Um acompanhamento e supervisão contínua desta população tornam-se necessários para prevenção do aumento de peso e monitorização das comorbilidades associadas à obesidade (Yumuk, et al., 2015). Verificou-se também, que a participação contínua destes indivíduos em terapias de grupo favorece a perda de peso durante os primeiros anos, pelo que a criação de grupos de doentes com a mesma patologia podem contribuir positivamente para a recuperação destes, uma vez que é criado um ambiente “seguro” onde os utentes poderão partilhar as suas próprias experiências sem sofrer estigma social (WHO, 2022).

3.6. Estratégias Preventivas da Doença e Promotoras da Saúde

Como referido anteriormente, a obesidade tem apresentado um elevado impacto na saúde e qualidade de vida dos indivíduos, esta apresenta uma crescente prevalência sobre toda a população, seja esta pediátrica ou adulta. Sendo assim, a obesidade representa um problema de saúde pública. Perante isto, surge a necessidade de implementar medidas preventivas e eficazes, no sentido de reduzir a taxa de incidência de obesidade na população.

De forma a prevenir e controlar a obesidade, é fundamental a implementação de diversas políticas e ações multissetoriais que atuem sobre os fatores promotores dos ambientes obesogénicos. Neste sentido, a OMS propôs o “WHO Acceleration Plan to STOP Obesity”, no qual se encontram definidas as diversas etapas necessárias à realização de uma abordagem abrangente e sistemática no combate à obesidade. Este plano pretende sensibilizar e consciencializar a população obesa tanto a nível mundial, como nacional e regional, acerca dos seus direitos à prevenção, tratamento e gestão da obesidade, bem como os governos para a implementação de políticas que assegurem esta mesma prevenção e gestão. Para além disso, visa o aumento da literacia em saúde, bem como o estabelecimento de coligações entre os diversos setores que permitam desenvolver ações equitativas no combate desta patologia. Deste modo, o plano desenvolvido pela OMS tem como principal objetivo orientar os diferentes países na implementação de estratégias direcionadas para o controlo e prevenção da obesidade, assim como na obtenção de resultados eficazes (WHO,2023).

Neste sentido a OMS preconiza um conjunto de ações e políticas viáveis, acessíveis e aceitáveis, que contribuam para a redução e controlo da obesidade na população. Estas incluem a implementação de políticas abrangentes que protejam

as pessoas do impacto nefasto da comercialização de alimentos e bebidas, políticas fiscais que incluam impostos e subsídios que promovam regimes alimentares saudáveis, bem como políticas de rotulagem nutricional. O plano da OMS também aprovou a aplicação de políticas públicas de aquisição e reformulação de alimentos, como também de atividade física e de políticas de alimentação e nutrição nas escolas, devendo existir normas alimentares que regulem a venda de produtos ricos em gorduras, açúcares e sal, tanto nos estabelecimentos escolares como nas proximidades a estes e proceder à educação nutricional (WHO,2023).

A OMS pretende que, através da implementação destas políticas e ações, seja garantida a todas as pessoas a acessibilidade ao sistema de saúde, a disponibilidade de alimentos saudáveis com preços acessíveis e a prática de atividade física segura, integrando-a no quotidiano das pessoas, por exemplo, a existência de locais públicos de lazer apropriados para realização de atividade física, como também a criação de ciclovias, entre outros (WHO,2023). Todas estas ações visam criar ambientes mais saudáveis e minimizar ao máximo os fatores modificáveis, que contribuem para o desenvolvimento da obesidade. Posto isto, pretende-se que cada país averigue as necessidades da sua população e direcione intervenções viáveis e necessárias para a mesma, selecionando, no plano da OMS, as intervenções que melhor se ajustem ao contexto e prioridades de cada país, para a elaboração de roteiros de ações que satisfaçam as necessidades da população (WHO, 2023).

Em Portugal, a obesidade constitui o segundo fator de risco responsável pela perda de anos de vida saudável, uma vez que tem um impacto considerável na carga da doença da população portuguesa, com repercussões a nível da saúde materno-infantil e da esperança média de vida (DGS, 2025). Apesar das medidas de prevenção da obesidade já implementadas, o contexto epidemiológico e as estimativas da OMS indicam que, até 2025, nenhum país europeu deverá atingir a meta de estabilização da obesidade. Este cenário reforça a necessidade de intensificar os esforços na prevenção e controlo da obesidade. Foi neste contexto que Portugal aderiu ao WHO Acceleration Plan to STOP Obesity, uma iniciativa da OMS que reúne vários países, a nível mundial, que se comprometeram a acelerar a implementação de medidas de prevenção e controlo da obesidade (DGS, 2025).

Neste âmbito, a DGS desenvolveu, tal como sugerido pela OMS, o “Roteiro de Ação para Acelerar a Prevenção e Controlo da Obesidade em Portugal”, tendo proposto 10 ações a serem implementadas nos próximos 3 anos (2025-2027). As estratégias delineadas tiveram em consideração os objetivos definidos pelo Programa Nacional de Saúde 2030 e dos programas prioritários de saúde, que se encontram relacionados com a alimentação saudável e atividade física, pelo que integram medidas de prevenção e melhoria no acesso a cuidados de saúde de qualidade para pessoas com obesidade (DGS, 2025). Deste modo, as estratégias que foram selecionadas para este efeito são as seguintes:

1. Implementar um novo modelo organizacional, criando um Programa Nacional de Prevenção e Gestão de Obesidade;
2. Definir e implementar um Percurso de Cuidados Integrados para a Pessoa com Obesidade, melhorando o acesso e a qualidade dos cuidados de saúde;
3. Reforçar a prevenção da obesidade nos Cuidados de Saúde Primários com a implementação alargada do aconselhamento breve para a atividade física e alimentação saudável;
4. Melhorar a saúde nos primeiros 1000 dias de vida, através da Comissão para a Promoção do Aleitamento Materno e do desenvolvimento e digitalização de modelos de aconselhamento materno-infantil para a alimentação saudável;
5. Fortalecer a promoção da alimentação saudável e da atividade física nas “escolas” por via do novo Programa Nacional de Saúde Escolar, que passará a integrar todo os níveis de educação e ensino, da creche ao ensino superior;
6. Promover ambientes alimentares mais saudáveis, estabelecendo critérios para as compras públicas alimentares e definindo orientações para a oferta alimentar nas creches;
7. Desenvolver iniciativas de educação, literacia e mobilização social, tais como campanhas sobre alimentação infantil saudável, guias de boas práticas para educação alimentar, atividade física e influenciadores digitais e, ainda, ações que promovam o envolvimento de embaixadores como agentes de promoção da saúde;
8. Estabelecer mecanismos de apoio à implementação do Percurso de Cuidados Integrados para a Pessoa com Obesidade, por via da criação de Centros de Responsabilidade Integrada (CRI) para o Tratamento Não Cirúrgico da Obesidade;
9. Capacitar os municípios para a promoção da alimentação saudável e da atividade física, fortalecendo os mecanismos de apoio técnico e de financiamento, nomeadamente pela criação de contratos-programa com a Saúde;
10. Participar em ações de cooperação internacional no âmbito do WHO Acceleration Plan to STOP Obesity, da WHO Demonstration Platform on Obesity Prevention and Management e do novo memorando de cooperação para a promoção da alimentação saudável e de prevenção e tratamento da obesidade com o Brasil.

Em suma, a aplicação destas estratégias contribui para a promoção da saúde, através de ganhos em saúde e da diminuição das despesas associadas aos cuidados de saúde, tanto para os governos como para a população, existindo também custos indiretos associados à perda de produtividade devido a doença ou morte prematura (DGS, 2025). O sucesso deste projeto requer a implementação de parcerias multissetoriais, que visem garantir a qualidade das intervenções desenvolvidas, devendo ter em consideração a população em geral e não apenas a população obesa. Estas ações terão maior impacto junto da população infantil,

dado que as intervenções precoces potenciam não só a prevenção de comportamentos de risco, como também a criação de ambientes saudáveis, reduzindo, assim, a morbidade e mortalidade (WHO, 2022).

Na Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, que decorreu a 21 de novembro de 1986, foi aprovada a Carta de Ottawa, a qual delineou um conjunto de orientações que tinham como objetivo atingir os mais elevados níveis de saúde para toda a população. Neste contexto, a promoção da saúde é definida como “o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar” (Ottawa, 1986, p. 1).

Com vista à prestação de cuidados de excelência, o enfermeiro atua na capacitação do utente para que este tome decisões que lhe permitam alcançar o seu máximo potencial de saúde, fornecendo informações oportunas acerca dos estilos de vida saudáveis e assegurando oportunidades para aquisição de hábitos saudáveis, diminuindo assim as desigualdades (OE, 2001; Ottawa, 1986).

Uma das estratégias que o enfermeiro utiliza para identificar diagnósticos de enfermagem e, conseqüentemente, implementar intervenções é a consulta de enfermagem. Estas consultas têm por base o desenvolvimento de uma relação terapêutica intencional, entre o enfermeiro e o utente, permitindo assim a prestação de cuidados individualizados, adequados e personalizados, no sentido de responder aos problemas identificados (Melo, 2021).

O desenvolvimento da profissão de enfermagem assenta sobre os conceitos metaparadigmáticos de “pessoa”, “ambiente”, “saúde” e “cuidado de enfermagem”, atribuindo assim uma intervenção diferenciada por parte das equipas de enfermagem (Melo, 2021).

No sentido de clarificar estes conceitos, no processo de interação enfermeiro-utente, o enfermeiro deve focar-se em 3 tipos de processos, relacionados com o conceito de pessoa: intencionais, não intencionais e de interação com o ambiente. Deste modo, os processos intencionais surgem com a tomada de decisão do utente em tudo o que diz respeito ao seu percurso de saúde-doença, sendo esta influenciada pelas suas crenças, valores e conhecimentos. Neste âmbito, as intervenções por parte do enfermeiro devem ser abordadas de forma holística, tendo como principal ferramenta a educação para a saúde, orientada para a manutenção do bem-estar biopsicossocial. Por outro lado, os processos não intencionais estão associados a fatores que o utente não controla (fatores não modificáveis), sendo um bom exemplo os processos fisiológicos. Neste sentido, o enfermeiro deve avaliar a necessidade de abordar estes fatores, no sentido de capacitar e orientar o utente para que este seja capaz de realizar a sua autovigilância. Por último, nos processos de interação com o ambiente incluem-se fatores externos à pessoa, isto é, fatores físicos, socioculturais, humanos, políticos e económicos. Estes podem exercer sobre a pessoa uma influência positiva ou negativa, sendo, por isso, necessário que o enfermeiro adeque as suas intervenções às necessidades do utente, tendo em consideração os recursos

comunitários, rendimentos ou apoios sociais, bem como a dinâmica familiar (Melo, 2021).

Através da descrição do processo de interação pessoa-ambiente, verifica-se que o conceito “ambiente” é bastante amplo, estabelecendo uma relação bidirecional entre os processos intencionais e não intencionais. Por esse motivo, é essencial que o enfermeiro, durante as consultas de enfermagem, aborde questões no sentido de perceber de que forma o ambiente influencia a pessoa (Melo, 2021).

Segundo a WHO (1948), a saúde é definida como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (p.1). Deste modo, o conceito metaparadigmático de “saúde” é subjetivo, uma vez que depende da capacidade individual para equilibrar os 3 tipos de processos (intencionais, não intencionais e de interação com o ambiente), refletindo-se no seu máximo nível de bem-estar biopsicossocial (Melo, 2021).

Posto isto, o “cuidado de enfermagem” deve ser desenvolvido durante a relação terapêutica com o utente, devendo este ser direcionado para a elaboração de diagnósticos associados aos 3 tipos de processos da “pessoa”, permitindo, assim, definir um conjunto de intervenções a serem aplicadas nas consultas de enfermagem, que promovam a sua “saúde” (Melo, 2021).

4. Qualidade de Vida

Ao longo de todo o ciclo de vida, o ser humano passa por um conjunto de processos de transformação, crescimento e desenvolvimento. Estas mudanças constituem, em parte, momentos de maior fragilidade e vulnerabilidade, exigindo capacidade adaptativa às mudanças que decorrem ao longo da vida. Pretende-se que, ao longo destas fases, os indivíduos mantenham um estado de pleno bem-estar físico, psíquico e social, sem comprometer a sua qualidade de vida.

Ao longo do tempo, diversos autores dedicaram-se ao estudo da qualidade de vida, tendo definido e aperfeiçoado este conceito. Segundo a OMS, a qualidade de vida é definida como sendo “a percepção que os indivíduos têm da sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores em que vivem e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHO, 2012, p. 11). Este conceito é bastante abrangente, integrando na sua abordagem a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e as relações com o ambiente. Contudo, é também subjetivo, dado que a sua interpretação varia de pessoa para pessoa mediante as suas experiências de vida (WHO, 2012).

De modo a simplificar a compreensão e a análise deste conceito, Schalock e Verdugo desenvolveram um Modelo Conceptual da Qualidade de Vida. Estes consideram que a qualidade de vida é multidimensional, pelo que propuseram a sua categorização em 3 dimensões, que contemplam 8 domínios. Na perspetiva destes autores, as dimensões são o Desenvolvimento Pessoal, o qual integra as relações interpessoais e a autodeterminação; o Bem-Estar, que inclui o bem-estar emocional, físico e material; e a Inclusão Social, que abrange a empregabilidade, cidadania e direitos, incluindo o empowerment (APCV, 2015).

A qualidade de vida pode ser analisada de 2 modos diferentes, isto é, de um modo geral pode ser vista como o bem-estar e a satisfação das necessidades humanas básicas dos indivíduos, tendo em consideração os diversos fatores, tais como os fatores físicos, psicológicos, económicos, sociais e culturais que influenciam esta percepção de bem-estar. Por outro lado, pode ser analisada do ponto de vista da saúde, no qual é tida em consideração a presença ou ausência de doença como principal fator determinante da qualidade de vida dos indivíduos (Nova, 2017).

Como referido anteriormente, a obesidade é uma doença crónica com impacto não só na mortalidade e morbilidade, como também na qualidade de vida da população dado esta doença afetar diversos sistemas do organismo humano comprometendo assim o seu bom funcionamento. Deste modo, o estudo da qualidade de vida tem suscitado grande preocupação e interesse, nomeadamente por parte dos profissionais de saúde, uma vez que é da sua competência e responsabilidade promover a saúde e prevenir a doença através da educação e capacitação das populações, de modo a promover um crescimento,

desenvolvimento e envelhecimento saudáveis, com a maior autonomia e independência possíveis (OE, 2001).

De forma a assegurar a eficácia dos cuidados prestados e a obtenção do ideal de saúde, torna-se necessária a avaliação da qualidade de vida das populações. Esta poderá ser realizada com recurso a instrumentos de avaliação validados e adequados, que foram desenvolvidos especificamente para esta finalidade. Estes podem ser classificados como generalistas ou específicos. Com a utilização das escalas generalistas é possível gerar um índice que indica o nível de saúde de um indivíduo, enquanto que, utilizando a escala específica, obtemos a avaliação da qualidade de vida dos indivíduos obesos (SPEO, 2018). Os instrumentos de avaliação mais utilizados são o SF-36 e o WHOQOL-Bref, respetivamente.

Relativamente à escala SF-36 (anexo I), esta é constituída por 36 questões agrupadas em duas componentes, física e mental, que incluem quatro dimensões cada. A componente física integra o funcionamento físico, desempenho físico, dor corporal e saúde geral, enquanto a componente mental inclui a vitalidade, funcionamento social, desempenho emocional e saúde mental. No final, a pontuação obtida em cada uma das dimensões é convertida numa escala de 0 a 100, permitindo ao investigador analisar a presença ou ausência de disfunção (Lopes, 2012).

De forma a simplificar e facilitar a aplicação da escala WHOQOL-100, foi desenvolvida uma versão abreviada da mesma, sendo conhecida como WHOQOL-Bref (anexo II). Este consiste num questionário, o qual é composto por duas partes, correspondendo a primeira à caracterização da população em estudo, integrando questões relacionadas com os dados sociodemográficos, familiares e clínicos. Por sua vez, a segunda parte do questionário é constituída pela escala que avalia a qualidade de vida, composta por vinte e seis questões das quais vinte e quatro se encontram distribuídas por quatro domínios (físico, psicológico, relações sociais e ambiente) e outras duas direcionadas para a avaliação da qualidade de vida do ponto de vista geral e da perceção geral da saúde. É relevante mencionar que cada domínio da escala apresentada se encontra subdividido em diversos parâmetros avaliativos que abordam as várias vertentes do mesmo (Manso, 2018).

Ambas as escalas apresentadas possuem diversos parâmetros avaliativos que vão de encontro às dimensões e domínios apresentados pelo Modelo da Qualidade de Vida de Schalock e Verdugo, conferindo uma abordagem multidimensional do conceito de qualidade de vida. De forma a compreender a influência que a obesidade tem na qualidade de vida da população adulta, foram analisados alguns estudos realizados com esta temática, nos quais se fez o levantamento de diversas conclusões, sendo estas sintetizadas no quadro presente em apêndice I (APCV, 2015).

O primeiro estudo a ser analisado intitula-se “Qualidade de Vida numa População de Obesos da Consulta Multidisciplinar de Obesidade”, realizado no Centro Hospitalar do Porto, onde foram selecionados 232 utentes (198 mulheres e

34 homens) com idades compreendidas entre os 25 e 64 anos, sendo que 53,8% dos utentes possuem obesidade de grau III. É relevante mencionar que 36,2% dos utentes tinham sido previamente submetidos a uma cirurgia bariátrica no momento da primeira avaliação (Lopes, 2012).

Para a realização deste estudo, foi selecionado como instrumento de avaliação a versão portuguesa do SF-36. Após a aplicação deste instrumento aos utentes que realizaram a cirurgia bariátrica, 38,1% autoavaliaram-se com melhor estado de saúde no período de 1 ano. Porém, nos doentes que não foram submetidos a cirurgia, cerca de 34,7% apresenta a perceção de saúde semelhante de há de 1 ano (Lopes, 2012).

Na análise das dimensões do SF-36 verificou-se uma maior média na dimensão da saúde mental para o sexo masculino que no sexo feminino, não se tendo observado alterações significativas entre os sexos nas restantes dimensões e componentes avaliadas. Esta diferença entre os resultados obtidos nos diferentes sexos, deve-se ao facto das mulheres demonstrarem uma maior preocupação com a autoimagem e serem alvo de um maior estigma social, tendo consequências negativas a nível psicossocial e na perceção de qualidade de vida relacionada com a saúde (Lopes, 2012).

Neste estudo foi possível constatar uma melhor avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde, tendo-se obtido valores médios de 60,61 e 61,22 nas componentes física e mental, respetivamente, por parte dos utentes sujeitos a cirurgia bariátrica. Por sua vez, os utentes não sujeitos à cirurgia, autoavaliaram-se com valores inferiores, tendo sido obtidos resultados de 48,44 e 53,03 nas componentes supracitadas. De igual modo, verificaram-se diferenças estatísticas relevantes nas diferentes dimensões do questionário SF-36, nomeadamente no funcionamento físico, desempenho físico, dor corporal, saúde geral, vitalidade e funcionamento social (Lopes, 2012).

Foi também analisada a relação estabelecida entre o IMC e a qualidade de vida, a qual se demonstrou negativa tanto para a componente física como para a componente mental, chegando à conclusão que quanto maior o valor do IMC pior a qualidade de vida. Observando-se diferenças estatísticas com significância quando comparados grupos com obesidade de grau III com grupos com obesidade de grau I e II, estas duas últimas não apresentam distinção significativa entre si, ou seja, o valor obtido para as dimensões do SF-36 é menor no grupo de indivíduos diagnosticados com obesidade de grau III do que nos grupos de indivíduos diagnosticados com obesidade de grau I e II (Lopes, 2012).

Neste estudo foi possível verificar o impacto que a realização da cirurgia bariátrica tem sob a perceção do estado de saúde nos indivíduos, tendo-se obtido uma avaliação favorável por parte dos utentes submetidos a cirurgia, no espaço de 1 ano (Lopes, 2012).

De seguida, analisámos um estudo que foi realizado com o intuito de avaliar a qualidade de vida em mulheres diagnosticadas com obesidade grave e que estariam a realizar tratamento para a mesma, encontrando-se propostas para tratamento cirúrgico (Grupo I). Estas foram comparadas com outros 2 grupos de mulheres, as quais já tinham realizado cirurgia, porém encontravam-se em fases diferentes do pós-operatório (≤ 6 meses – Grupo II e ≥ 12 meses – Grupo III) (Soares & Silva, 2011).

Este estudo contou com a participação de 118 mulheres propostas a tratamento cirúrgico, com idade média de 42,38 anos e IMC médio de 44,64, 18 mulheres submetidas a cirurgia há ≤ 6 meses, com idade média de 40,72 anos e IMC médio de 40,22 e 45 mulheres submetidas a cirurgia há ≥ 12 meses, com idade média de 45,71 anos e IMC médio 34,06 (Soares & Silva, 2011).

Para a realização do estudo recorreu-se também à utilização da versão portuguesa do SF-36 como instrumento de avaliação da qualidade de vida. Na análise dos resultados obtidos após a aplicação do questionário, verificaram-se divergências estatísticas significativas entre o primeiro grupo e o segundo, nomeadamente nas dimensões de saúde geral, vitalidade e transição de saúde, tendo-se verificado uma melhor perceção de qualidade de vida no grupo II. O mesmo se observou quando comparados os grupos 1 e 3, uma vez que o grupo 3 apresenta melhor qualidade de vida nas seguintes dimensões: funcionamento físico, dor, saúde geral, vitalidade e desempenho emocional. Embora se tenha verificado diferenças estatisticamente significativas entre o grupo 1 e os restantes, o mesmo não se observou entre os grupos 2 e 3. Contudo, foi possível identificar que as mulheres que compõe o grupo 3 apresentam melhor qualidade de vida relativamente às do grupo 2 (Soares & Silva, 2011).

Tal como observado no estudo precedente, também este procurou analisar a relação que se estabelece entre a qualidade de vida e o IMC, tendo ambos os estudos revelado a existência de uma correlação negativa para ambos os componentes do SF-36. Neste sentido, compreende-se que quanto menor for o IMC melhor a qualidade de vida e vice-versa. Contudo, os dados apontam também para a existência de uma relação entre o IMC e o domínio físico da qualidade de vida, não se podendo igualmente afirmar para o domínio mental, posto isto o peso demonstra ter um maior impacto a nível físico no que respeita à qualidade de vida, do que a nível mental. Deste modo, as mulheres do grupo I são efetivamente as que apresentam menor qualidade de vida, segundo os resultados obtidos pelo SF-36, visto que se obtiveram resultados inferiores em todas as dimensões da qualidade de vida avaliadas por este instrumento. Surge como exceção o domínio do funcionamento social, onde não se averiguaram diferenças estatísticas significativas (Soares & Silva, 2011).

Posto isto, conclui-se que as mulheres submetidas a cirurgia há ≥ 12 meses apresentam melhor qualidade de vida, seguidas pelas mulheres submetidas a cirurgia há ≤ 6 meses, sendo o grupo de mulheres que aguardam tratamento

cirúrgico o que apresenta piores resultados a nível da qualidade de vida. Quanto à componente mental, verificaram-se melhorias embora não se tenha observado uma perda de peso substancial, sendo isto indicativo de que a perda de peso não é um fator indispensável para a melhoria do funcionamento mental. Conclui-se assim que a posição que os indivíduos adotam perante si mesmos na tomada de decisão de alteração do seu comportamento, levam a um maior otimismo por parte destes (Soares & Silva, 2011).

Outro estudo analisado encontra-se intitulado como “Impacto da Cirurgia Bariátrica na Qualidade de Vida dos Doentes” que utilizou a escala WHOQOL-Bref para analisar a amostra de 30 participantes que realizaria cirurgia no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC). Este questionário foi aplicado no pré e pós-operatório para comparação de resultados (Manso, 2018).

Dos participantes inquiridos, 30% vivem em zonas rurais enquanto 70% vive em zona urbana. No primeiro momento, ou seja, no período do pré-operatório, relativamente ao peso dos participantes, este variou entre 83kg e 180kg. Quanto ao IMC variava entre 35,92Kg/m² e 60,61Kg/m². Relativamente ao período pós-operatório o peso dos participantes variou entre 61,5Kg e 140kg, encontrando-se os valores de IMC entre 26,09Kg/m² e 49,59Kg/m² (Manso, 2018).

No pré-operatório, os participantes foram questionados quanto à presença de comorbilidades, sendo a HTA a mais frequente com 43,3% dos participantes a referirem esta patologia. Em seguida foram referidas as patologias do sono e o uso de dispositivo auxiliar do sono, bem como as alterações osteoarticulares, as quais apresentam a mesma percentagem (30%). Por sua vez, a dislipidemia foi referida por 20% dos participantes, enquanto 16,7% relataram ter depressão e 10% uma patologia cardíaca. De referir, ainda, que 6,7% da amostra é diabética (Manso, 2018).

De seguida, procedeu-se à aplicação da escala WHOQOL-Bref, tendo-se verificado alguma discrepância entre os valores obtidos no domínio físico da qualidade de vida, com valores entre 25 e 92,86, sendo este o domínio com o menor valor de todos os domínios abordados pela escala. Por outro lado, o domínio das relações sociais apresentou valores mais elevados, variando entre 25 e 100. No que se refere ao domínio psicológico os valores situaram-se entre 29,17 e 91,67, enquanto que o domínio ambiente se encontra com valores entre 31,25 e 90,63. Por último, o domínio qualidade de vida geral apresenta valores entre 25 e 100 (Manso, 2018).

Os participantes voltaram a ser questionados três meses após a cirurgia tendo, neste período, 30% dos participantes hipertensos do pré-operatório referido melhoria. Quanto à patologia do sono e ao uso de aparelho respiratório auxiliar para dormir foi possível verificar que 20% apresentava melhorias em ambos os casos. Relativamente às patologias osteoarticulares, 20% dos participantes apresentou melhorias. Foi também possível observar uma melhoria de 16,7% dos participantes que referiam dislipidemia anteriormente, assim como 3,3% nos que referiam

diabetes. Apesar das melhorias apresentadas pela amostra nas diferentes patologias mencionadas, na patologia cardíaca não se verificou nenhuma melhoria (Manso, 2018).

Em relação ao período pós-operatório, com a aplicação da mesma escala foi possível verificar que a qualidade de vida em geral apresentou valores entre 37,50 e 100. A qualidade de vida geral apresentou o maior valor em comparação aos restantes domínios abordados. No domínio ambiente, a qualidade de vida variou entre 46,88 e 84,38, sendo este o domínio com o menor valor avaliado pela escala. Em relação ao domínio relações sociais, a qualidade de vida revelada pela amostra em estudo encontra-se entre 33,33 e 100. Por sua vez, no domínio físico a qualidade de vida variou entre 21,43 e 100 (Manso, 2018).

Analisando o domínio faceta geral, podemos constatar que no que diz respeito à questão “Como avalia a sua Qualidade de Vida?”, no primeiro momento, ou seja, no período pré-operatório, 40% dos participantes respondeu “nem boa/nem má”, tendo havido 33,4% dos participantes a responder “Má”. Quanto à questão “Muito boa” apenas foi avaliada por 3,3% da amostra (Manso, 2018).

No período pós-operatório 73,3%, dos inquiridos responderam “Boa” e 20% “Muito boa”. Neste momento, também ninguém respondeu “Muito má”, assim como, “Nem boa/nem má”, respondendo apenas 6,7% “Má”. Ainda na Faceta geral, na questão “Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?”, no período pré-operatório, as respostas foram “Muito insatisfeito” (3,3%) e “Muito satisfeito”, com ambos a apresentarem a mesma percentagem. Neste item 43,3% dos participantes respondeu “Insatisfeito”, seguindo-se da resposta “Nem satisfeito/nem insatisfeito”, com 33,3% dos inquiridos a responder. No período pós-operatório as respostas variaram entre “Insatisfeito” (3,3%) e “Muito satisfeito” (26,7%). Grande parte dos participantes respondeu “Satisfeito” (63,3%) (Manso, 2018).

Através da análise dos estudos apresentados anteriormente, podemos concluir que a obesidade tem influência negativa na qualidade de vida das pessoas, acarretando consigo diversas comorbidades. Os estudos apresentados são direcionados para os efeitos da realização de cirurgia bariátrica na qualidade de vida da população obesa, demonstrando que a perda de peso leva não só à melhoria do funcionamento físico, vitalidade e desempenho emocional, como também à perceção de uma melhor qualidade de vida relacionada com a saúde, por parte dos utentes (Manso, 2018).

5. Teorias de Enfermagem

Antigamente, o conhecimento teórico da enfermagem não era documentado e as pesquisas para registar a eficácia dos cuidados prestados não eram relatadas. Neste sentido, surgiu um movimento com o intuito de desenvolver conhecimentos de enfermagem, nos quais os profissionais de saúde se pudessem basear para a prática de cuidados. Com o desenvolvimento destas teorias, foi possível compreender a profissão, o cuidado à pessoa e a obtenção de conhecimento científico, estimulando, assim, o crescimento da profissão de enfermagem (Tomey & Alligood, 2002).

Dada a sua relevância, as teorias de enfermagem são um dos primeiros conteúdos lecionados nos Cursos de Licenciatura em Enfermagem, uma vez que sugerem ações para orientar a prática e a pesquisa na área da saúde, permitindo, assim, prestar os melhores cuidados com base na evidência científica. O desenvolvimento destas teorias visa uma abordagem sistemática, tendo como sujeito central dos cuidados o doente (Tomey & Alligood, 2002).

Dorothea Orem formulou o conceito de enfermagem em relação ao autocuidado. Esta defende que este conceito é composto por três teorias: a teoria do autocuidado, a teoria do déficit de autocuidado e a teoria dos sistemas de enfermagem. Neste sentido, a teoria do autocuidado visa descrever como as pessoas cuidam de si próprias e porquê. A teoria do déficit de autocuidado aborda a razão pela qual os indivíduos podem ser ajudados através da enfermagem e a teoria dos sistemas de enfermagem expõe as relações que devem ser elaboradas e mantidas para que se exerça a enfermagem (Tomey & Alligood, 2002).

Segundo Orem, o autocuidado é a capacidade que os indivíduos têm de se auto regular e de executarem atividades que visem manter a vida, a saúde, o seu desenvolvimento e bem-estar, podendo estas serem executadas por terceiros quando o indivíduo esteja incapacitado. A compreensão deste conceito possibilita a identificação de alterações presentes que impeçam o individuo de se autocuidar eficazmente, servindo este desequilíbrio como alerta para a necessidade de praticar a enfermagem (Tomey & Alligood, 2002).

Esta teórica defende que existem requisitos para se exercer o autocuidado, de maneira que o individuo seja capaz de manter o seu desenvolvimento e funcionamento das funções vitais de maneira adequada. Estes requisitos incluem a existência de um fator a ser controlado, de modo a manter o equilíbrio do funcionamento orgânico e desenvolvimento humano adequado e a identificação da origem do fator causal (Tomey & Alligood, 2002). Para tal, torna-se necessário que os indivíduos possuam conhecimentos suficientes acerca da sua doença, de forma estarem atentos às suas necessidades e eventuais mudanças de comportamento (Calado, 2021).

A adoção de comportamentos promotores da saúde por parte dos utentes, depende não só da sua força de vontade e interesse em realizar a mudança, como

também dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, dado que é da sua responsabilidade educar e capacitar as pessoas, para que estas sejam capazes de tomar decisões informadas e que potenciem o seu máximo potencial em saúde, tornando-as autónomas e independentes (Calado, 2021).

Nola Pender desenvolveu o Modelo de Promoção da Saúde, que apresenta uma estrutura simples e clara. Esta teoria surge como proposta de inclusão de comportamentos promotores da saúde, com aplicabilidade ao longo de todo o ciclo vital. Este modelo integra as características e experiências individuais, que incluem os comportamentos e fatores biopsicossociais que influenciam o comportamento dos indivíduos na procura do seu bem-estar, permitindo identificar fatores cognitivos e percetivos como principais determinantes do comportamento de promotor da saúde (Tomey & Alligood, 2002).

Esta teoria conceptualiza a promoção da saúde como um processo de capacitação da comunidade, no intuito desta participar ativamente no controlo da melhoria da sua qualidade de vida. Este modelo é de extrema relevância para os profissionais de saúde, nomeadamente, para a categoria profissional de enfermagem, uma vez que esta classe profissional é considerada educadora para a saúde, participando em diversos programas de promoção da saúde, na realização de ensinamentos e de sessões de educação para a população. O Modelo de Promoção da Saúde auxilia os enfermeiros na compreensão do perfil do indivíduo, compreendendo as suas motivações, bem como as suas dificuldades no alcance dos seus objetivos para atingir o seu completo bem-estar em saúde (Tomey & Alligood, 2002).

Para avaliar a eficácia do modelo apresentado, existem dois instrumentos que contribuem para o desenvolvimento e melhoria das intervenções aplicadas ao indivíduo, sendo estes o “Health Promoting Life-Style Profile II” (HPLP-II), cujo objetivo é avaliar os estilos de vida promotores da saúde, e “Exercise Benefits/Barriers Scale” (EBBS), que avalia os fatores cognitivos e percetivos dos benefícios percebidos e das barreiras ao exercício apresentados pelo modelo (Tomey & Alligood, 2002).

Os enfermeiros que prestam cuidados nos UCSP (Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados) encontram-se num lugar privilegiado, por serem muitas das vezes o primeiro contacto dos indivíduos, famílias e comunidades com os serviços de saúde, tendo oportunidade de detetar e intervir precocemente nas patologias, havendo assim, uma maior probabilidade de sucesso na terapia. As intervenções dos profissionais de saúde nos CSP contribuem tanto na prevenção como no controlo de doenças crónicas, reduzindo o risco de complicações das mesmas. Por sua vez, as equipas dos CSP prestam cuidados de forma contínua, construindo uma relação terapêutica ao longo do tempo, a qual se torna benéfica e facilitadora no processo de mudança (Freitas et al., 2023).

No que concerne à obesidade, é essencial a realização de sessões de educação para a saúde, bem como a realização de ensinamentos oportunos aquando das consultas

de enfermagem, que incluam os principais temas associados à patologia, incidindo preferencialmente na modificação de comportamentos e adoção de estilos de vida saudáveis. Devem ser abordadas a prática de exercício físico, o regime alimentar saudável e a necessidade de o utente realizar a sua autovigilância. Aquando da sua intervenção, o enfermeiro deverá analisar as necessidades de cada utente, direcionando e adaptando os ensinamentos às condições que cada um apresenta, garantindo, assim, uma abordagem holística e qualidade da prática dos cuidados prestados (Freitas et al., 2023).

O excesso de peso, a obesidade, bem como as suas consequências constituem um grande desafio para o Serviço Nacional de Saúde. Por isso, é de especial importância que todos os serviços de saúde intervenham de forma eficaz, realizando o diagnóstico precoce, bem como o seu tratamento e monitorização clínica (Freitas et al., 2023).

Do nosso ponto de vista, as teorias de enfermagem da Promoção da Saúde e do Autocuidado complementam-se, servindo de orientação para a prática de enfermagem, uma vez que ambas colocam o indivíduo no centro das intervenções, admitindo que este é o principal agente responsável pela manutenção da sua saúde. Por outro lado, os enfermeiros são considerados educadores para a saúde, uma vez que capacitam os indivíduos, famílias e comunidades, com o intuito de consciencializar e aumentar a literacia em saúde. Estas ações permitem promover a autonomia e a independência dos cidadãos.

6. Conclusão

A elaboração deste trabalho permitiu não só aprofundar e consolidar conhecimentos acerca da temática em estudo, como também refletir sobre a importância dos cuidados prestados pelas equipas multidisciplinares. Neste âmbito, destaca-se a relevância da equipa de enfermagem na promoção da qualidade de vida das populações. A realização deste trabalho contribuiu também para aprimorar as competências de investigação, uma vez que exigiu capacidade de seleção, análise e reflexão de diversos estudos científicos, tendo em consideração a atualidade e relevância da informação fornecida.

Para se proceder à realização deste trabalho, foi necessário, primeiramente, definir um conjunto de objetivos que delinearão a pesquisa e o estudo desta temática. Deste modo, podemos concluir que os objetivos propostos foram alcançados, uma vez que ao longo do trabalho, estes foram desenvolvidos em diferentes capítulos. No que concerne à descrição da fisiopatologia da obesidade, concluímos que esta é uma doença complexa, crónica e multifatorial, que para além de interferir no equilíbrio e manutenção do bom funcionamento biológico, afeta também a saúde mental dos indivíduos, uma vez que estes sofrem frequentemente estigma social em relação ao seu peso. No que diz respeito ao tratamento da obesidade este passa pela promoção da perda de peso, manutenção e prevenção do ganho de peso, recorrendo à mudança de comportamentos, farmacoterapia, e em casos mais severos a cirurgia. Para se proceder às abordagens mencionadas, nomeadamente à mudança de comportamentos, é crucial que todos os profissionais de saúde possuam conhecimentos e competências que lhes permitam compreender o impacto que a obesidade tem na saúde. Para além disso, é necessário que estes sejam capazes de delinear um conjunto de estratégias que se adequem à realidade de cada indivíduo, de modo que estes sejam aptos para gerir ou controlar a doença. Através destas ações, os profissionais de saúde garantem a qualidade dos cuidados de saúde prestados, assegurando a prevenção e o tratamento precoce.

No decorrer do desenvolvimento do presente trabalho, foi também analisada a qualidade de vida, tendo-se verificado que os domínios que a integram consistem nas relações interpessoais, na autodeterminação, no bem-estar emocional, físico e material, bem como na empregabilidade, cidadania e direitos, sendo todos estes afetados pela obesidade, a qual compromete o equilíbrio e, conseqüentemente, a qualidade de vida das pessoas que sofrem desta doença.

Através da análise de estudos que utilizaram como instrumentos de avaliação da qualidade de vida em doentes obesos, as escalas SF-36 e WHOQOL-Bref, foi possível comparar os diversos domínios da qualidade de vida de adultos obesos, com os diferentes graus de obesidade, bem como a relação que se estabelece entre a obesidade e o desenvolvimento de comorbilidades. Sendo assim, concluiu-se que quanto maior o grau de obesidade, maior o número de domínios da qualidade de vida afetados, assim como o número de comorbilidades presentes.

O desenvolvimento do presente trabalho permitiu constatar que as teorias do autocuidado de Dorothea Orem e a teoria do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, são as que mais se adequam na orientação das intervenções junto da pessoa adulta obesa. Através da análise destas teorias, podemos averiguar que é responsabilidade do enfermeiro capacitar o utente para que este seja capaz de gerir e realizar o seu autocuidado de forma autónoma e independente. Deste modo, o pensamento e a ação da prática de enfermagem devem ser conduzidos pelas teóricas de enfermagem (Tomey & Alligood, 2002).

Durante a elaboração deste trabalho, surgiram algumas dificuldades relacionadas com a pesquisa e seleção de informação, dada a vasta variedade existente acerca da temática, exigindo a capacidade de filtração e de gestão de informação.

Em suma, consideramos que o estudo da obesidade relacionado com a qualidade de vida é essencial, uma vez que os enfermeiros são vistos como educadores da saúde e por isso devem estar conscientes das implicações que esta doença tem para a pessoa, como também as intervenções a implementar para o controlo e prevenção da mesma.

Referências Bibliográficas

- APCV. (26 de junho de 2015). *Modelo de Qualidade de Vida*. Obtido em 30 de maio de 2025, de https://www.apcviseu.org/files/Modelo_de_Qualidade_de_Vida.pdf
- DGS. (2005). *Programa Nacional de Combate à Obesidade*. Lisboa: DGS. Obtido em 5 de abril de 2025, de <https://www.dgs.pt/areas-em-destaque/plano-nacional-de-saude/programas-nacionais/programa-nacional-de-combate-a-obesidade-pdf.aspx>
- DGS. (5 de dezembro de 2013). *Avaliação Antropométrica no Adulto*. Obtido em 10 de maio de 2025, de <https://www.dgs.pt/diretrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0172013-de-05122013-pdf.aspx>
- DGS. (4 de março de 2025). *Roteiro de Ação para Acelerar a Prevenção e Controlo da Obesidade em Portugal*. Obtido em 28 de maio de 2025, de https://nutrimento.pt/wp-content/uploads/2025/03/DGS_PNPAS_RoteiroObesidade_final-2.pdf
- DGS-INSA. (2011). *Guia de Avaliação do Estado Nutricional Infantil e Juvenil*. (I. N. Jorge, Ed.) Lisboa. Obtido em 10 de maio de 2025, de <https://www.insa.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/11/GuiaAvaliacaoEstadoNutricional.pdf>
- Faria, R. R., Siqueira, S. F., Haddad, F. A., Silva, G. D., Spaggiari, C. V., & Filho, M. M. (25 de outubro de 2023). Os Seis Pilares da Medicina do Estilo de Vida no Manejo de Doenças Não Transmissíveis - As Lacunas nas Diretrizes Atuais. Obtido em 28 de março de 2025, de <https://www.scielo.br/j/abc/a/W6hJcfdtTSpPh3py8d53z4m/>
- Fortin, M.-F. (1996). *O Processo de Investigação: Da Concepção à Realização*. Lusociência. Obtido em 20 de março de 2025
- Freitas, M., Marinho, J., Nogueira, G., Mendes, F., & Marquês, M. (2023). Consulta de modificação de estilos de vida nos cuidados de saúde primários. pp. 478-487. Obtido em 5 de junho de 2025, de <https://rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/13476/11899>
- INE. (3 de março de 2025). *Mais de metade da população adulta com excesso de peso ou obesidade*. Obtido em 2 de abril de 2025, de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUEst_dest_boui=715367569&DESTAQUESmodo=2
- Lopes, A. I. (junho de 2012). *Estudo da Qualidade de Vida numa População de Obesos da Consulta Multidisciplinar de Obesidade do Hospital Santo António - Centro Hospitalar do Porto*. [Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. Obtido em 17 de maio de 2025, de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/66055/2/31020.pdf>

- Manso, C. M. (outubro de 2018). *Impacto da Cirurgia Bariátrica na Qualidade de Vida dos Doentes*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório Científico da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Obtido em 1 de junho de 2025, de [file:///C:/Users/anapi/Downloads/D2017_10001822122_21516018_1%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/anapi/Downloads/D2017_10001822122_21516018_1%20(3).pdf)
- Maria Calado, A. R. (21 de junho de 2021). *Promoção da Saúde com Adultos em Situação de Obesidade: uma Scoping Review*. Obtido em 5 de junho de 2025, de <file:///C:/Users/anapi/Downloads/24833-Texto%20do%20Trabalho-97045-1-10-20210620.pdf>
- Melo, P. (2021). *Consultas de Enfermagem nos Cuidados de Saúde Primários - Guia de Decisão Clínica*. LIDEL.
- Nova, A. d. (2017). *Qualidade de Vida relacionada com a saúde: Instrumentos de Avaliação*. [Monografia de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, Faculdade de Farmácia]. Repositório da Universidade de Lisboa. Obtido em 16 de abril de 2025, de https://repositorio.ulisboa.pt/bitstream/10451/35975/1/MICF_Andre_Vila_Nova.pdf
- OE. (dezembro de 2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Enquadramento Conceptual e Enunciados Descritivos*. Obtido em 5 de abril de 2025, de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ottawa, C. d. (21 de novembro de 1986). *Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde: 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*. Obtido em 12 de junho de 2025, de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/carta-de-otawa-pdf1.aspx>
- Paula Santana, H. N. (s.d.). *Ambientes Obesogénicos: Contexto, Mobilidade, Dieta*. Obtido em 8 de junho de 2025, de https://www.uc.pt/fluc/gigs/Publicacoes/Santana_et_al_ambientes_obesogenicos.pdf
- SNS. (s.d.). *Dia Mundial da Obesidade - Equipa de CTCO*. Obtido em 11 de junho de 2025, de <https://www.chtv.min-saude.pt/noticias/dia-mundial-da-obesidade/>
- Soares, A., & Silva, I. (2011). Qualidade de Vida em Mulheres que Procuram Tratamento para a Obesidade: estudo comparativo entre mulheres com diagnóstico de obesidade clinicamente grave propostas a tratamento cirúrgico e mulheres submetidas a cirurgia. pp. 235-254. Obtido em 18 de maio de 2025, de <https://www.redalyc.org/pdf/362/36222527006.pdf>
- SPEO. (5 de novembro de 2018). *Tratamento não cirúrgico da Obesidade do Adulto: recomendações da Sociedade Portuguesa para o Estudo da Obesidade*. Obtido em

- 9 de maio de 2025, de https://www.speo-obesidade.pt/wp-content/uploads/2020/06/Ap_Livro-SPEO_v7-.pdf
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2002). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. Lusociência.
- Vilelas, J. (2017). *Investigação - O Processo de Construção do Conhecimento* (2ª ed.). Sílabo.
- Wanderley, E. N., & Ferreira, V. A. (13 de dezembro de 2007). Obesidade: uma perspectiva plural. pp. 185-194. Obtido em 17 de abril de 2025, de https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v15n1/a24v15n1.pdf
- WHO. (7 de abril de 1948). *Constitution of the world health organization*. Obtido em 10 de junho de 2025, de <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>
- WHO. (2008). Waist Circumference and Waist-Hip Ratio: Report of a WHO Expert Consultation. Obtido em 19 de maio de de https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44583/9789241501491_eng.pdf?sequence=1
- WHO. (março de 2012). Programme on Mental Health: WHOQOL user manual. Obtido 15 de abril de 2025, de https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/77932/WHO_HIS_HSI_Rev.2012.03_eng.pdf?sequence=1
- WHO. (2022). *WHO European Regional Obesity Report 2022*. Obtido em 5 de abril de 2025, de <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/353747/9789289057738-eng.pdf>
- WHO. (2023). WHO acceleration plan to stop obesity. Obtido em 28 de maio de 2025, de https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/370281/9789240075634_eng.pdf?sequence=1
- Yumuk, V., Tsigos, C., Fried, M., Schindler, K., Busetto, L., Micic, D., & Toplak, H. (5 de dezembro de 2015). European Guidelines for Obesity Management in Adults. pp. 402-424. Obtido em 11 de abril de 2025, de <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5644856/>

Apêndices

Apêndice I – Quadro Síntese

Artigo	Local de Estudo	Objetivo do Estudo	Resultados Obtidos	Referências
<p>Estudo da Qualidade de Vida numa População de Obesos da Consulta Multidisciplinar de Obesidade</p>	<p>Centro Hospitalar do Porto – Hospital Santo António</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Analisar a relação entre a qualidade de vida e o IMC; - Comparar os resultados da qualidade de vida, obtidos através do estudo, com os da população portuguesa. 	<ul style="list-style-type: none"> - Verificou-se o impacto que a realização da cirurgia bariátrica tem sob a perceção do estado de saúde nos indivíduos, sendo mencionada uma melhor qualidade de vida por parte dos utentes que realizaram cirurgia, há 1 ano. - Através da análise da relação estabelecida entre o IMC e a qualidade de vida, conclui-se que esta é negativa tanto para a componente física como para a componente mental, assim podemos afirmar que quanto maior o valor do IMC pior a qualidade de vida. 	<p>Lopes, A. I. (junho de 2012). <i>Estudo da Qualidade de Vida numa População de Obesos da Consulta Multidisciplinar de Obesidade do Hospital Santo António - Centro Hospitalar do Porto</i>. [Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. Obtido em 17 de maio de 2025, de https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/66055/2/31020.pdf</p>
<p>Qualidade de Vida em Mulheres que Procuram Tratamento para a Obesidade: estudo comparativo entre mulheres com diagnóstico de obesidade clinicamente propostas a tratamento cirúrgico e mulheres submetidas a cirurgia.</p>	<p>Centro Hospitalar do Porto – Hospital Santo António</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Comparar a qualidade de vida entre mulheres com diagnóstico de obesidade grave, propostas a tratamento cirúrgico e mulheres submetidas a cirurgia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Através da análise da relação estabelecida entre o IMC e a qualidade de vida, conclui-se que esta é negativa tanto para a componente física como para a componente mental, concluindo-se que quanto maior o valor do IMC pior a qualidade de vida. - Verificou-se que o IMC está diretamente relacionado com o domínio físico da qualidade de vida. - A perda de peso tem um maior impacto a nível físico do que a nível mental. 	<p>Soares, A., & Silva, I. (2011). <i>Qualidade de Vida em Mulheres que Procuram Tratamento para a Obesidade: estudo comparativo entre mulheres com diagnóstico de obesidade clinicamente propostas a tratamento cirúrgico e mulheres submetidas a cirurgia</i>. pp. 235-254. Obtido em 18 de maio de 2025, de https://www.redalyc.org/pdf/362/362222527006.pdf</p>

Artigo	Local de Estudo	Objetivo do Estudo	Resultados Obtidos	Referências
Impacto da Cirurgia Bariátrica na Qualidade de Vida dos Doentes	Centro Hospitalar Universitário de Coimbra	- Compreender o impacto da cirurgia bariátrica na qualidade de vida dos doentes	- Após a realização da cirurgia, verificou-se uma diminuição da existência de comorbilidades associadas à obesidade; pelo que os utentes apresentaram uma melhor perceção relativamente à sua qualidade de vida tendo, a grande maioria, respondido estar “satisfeito”.	Manso, C. M. (outubro de 2018). <i>Impacto da Cirurgia Bariátrica na Qualidade de Vida dos Doentes</i> . [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório Científico da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Obtido em 1 de junho de 2025, de file:///C:/Users/anapi/Downloads/D2017_10001822122_21516018_1%20(3).pdf

Anexos

Anexo I – Versão Portuguesa da Escala SF-36

QUESTIONÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE (SF-36v2)

INSTRUÇÕES: As questões que se seguem pedem-lhe opinião sobre a sua saúde, a forma como se sente e sobre a sua capacidade de desempenhar as actividades habituais.

Pedimos que leia com atenção cada pergunta e que responda o mais honestamente possível. Se não tiver a certeza sobre a resposta a dar, dê-nos a que achar mais apropriada e, se quiser, escreva um comentário a seguir à pergunta.

Para as perguntas 1 e 2, por favor coloque um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

1. Em geral, diria que a sua saúde é:

Ótima	Muito boa	Boa	Razoável	Fraca
1	2	3	4	5

2. Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado geral actual:

Muito melhor	Com algumas melhoras	Aproximadamente igual	Um pouco pior	Muito pior
1	2	3	4	5

3. As perguntas que se seguem são sobre actividades que executa no seu dia-a-dia. Será que a sua saúde o/a limita nestas actividades? Se sim, quanto?

(Por favor assinale com um círculo um número em cada linha)

	Sim, muito limitado/a	Sim, um pouco limitado/a	Não, nada limitado/a
a. Actividades violentas , tais como correr, levantar pesos, participar em desportos extenuantes	1	2	3
b. Actividades moderadas , tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa	1	2	3
c. Levantar ou pegar nas compras de mercearia	1	2	3
d. Subir vários lanços de escada	1	2	3
e. Subir um lanço de escadas	1	2	3
f. Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se	1	2	3
g. Andar mais de 1 Km	1	2	3
h. Andar várias centenas de metros	1	2	3
i. Andar uma centena de metros	1	2	3
j. Tomar banho ou vestir-se sozinho/a.....	1	2	3

4. Durante as últimas 4 semanas teve, no seu trabalho ou actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico?

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras actividades.....	1	2	3	4	5
b. Fez menos do que queria?	1	2	3	4	5
c. Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou outras actividades.....	1	2	3	4	5
d. Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras actividades (por exemplo, foi preciso mais esforço).....	1	2	3	4	5

5. Durante as últimas 4 semanas, teve com o seu trabalho ou com as suas actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras actividades.....	1	2	3	4	5
b. Fez menos do que queria?	1	2	3	4	5
c. Executou o seu trabalho ou outras actividades menos cuidadosamente do que era costume ..	1	2	3	4	5

Para cada uma das perguntas 6, 7 e 8, por favor ponha um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

6. Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram no seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

7. Durante as últimas 4 semanas teve dores?

Nenhumas	Muito fracas	Ligeiras	Moderadas	Fortes	Muito fortes
1	2	3	4	5	6

8. Durante as últimas 4 semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

9. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas quatro semanas.

Para cada pergunta, coloque por favor um círculo à volta do número que melhor descreve a forma como se sentiu.

Certifique-se que coloca um círculo em cada linha.

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Se sentiu cheio/a de vitalidade?	1	2	3	4	5
b. Se sentiu muito nervoso/a?	1	2	3	4	5
c. Se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava?	1	2	3	4	5
d. Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?	1	2	3	4	5
e. Se sentiu com muita energia?	1	2	3	4	5
f. Se sentiu deprimido/a?	1	2	3	4	5
g. Se sentiu estafado/a?	1	2	3	4	5
h. Se sentiu feliz?	1	2	3	4	5
i. Se sentiu cansado/a?	1	2	3	4	5

10. Durante as últimas quatro semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua actividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?

Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
1	2	3	4	5

11. Por favor, diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações. Ponha um círculo para cada linha.

	Absolutamente verdade	Verdade	Não sei	Falso	Absolutamente falso
a. Parece que adoço mais facilmente do que os outros	1	2	3	4	5
b. Sou tão saudável como qualquer outra pessoa	1	2	3	4	5
c. Estou convencido/a que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d. A minha saúde é óptima	1	2	3	4	5

MUITO OBRIGADO

Anexo II – Versão Portuguesa do Questionário WHOQOL-Bref

O questionário que se segue tem como objetivo avaliar a perceção que cada individuo tem acerca da sua qualidade de vida.

DADOS PESSOAIS

A1 Idade anos **A2 Data de Nascimento** ____ / ____ / ____

A3 Sexo Masculino Feminino **A4 Escolaridade**

A5 Profissão

A6.1 Freguesia

A6.2 Concelho

A6.3 Distrito

A7 Estado Civil

Solteiro(a)	<input type="checkbox"/>
Casado(a)	<input type="checkbox"/>
União de facto	<input type="checkbox"/>
Separado(a)	<input type="checkbox"/>
Divorciado(a)	<input type="checkbox"/>
Viúvo(a)	<input type="checkbox"/>

Não sabe ler nem escrever	<input type="checkbox"/>
Sabe ler e/ou escrever	<input type="checkbox"/>
1 ^o -4 ^o anos	<input type="checkbox"/>
5 ^o -6 ^o anos	<input type="checkbox"/>
7 ^o -9 ^o anos	<input type="checkbox"/>
10 ^o -12 ^o anos	<input type="checkbox"/>
Estudos Universitários	<input type="checkbox"/>
Formação pós-graduada	<input type="checkbox"/>

B1a Está actualmente doente? Sim Não

B1b Que doença é que tem?

B2 Há quanto tempo?

B3 Regime de tratamento? Internamento Consulta Externa Sem tratamento

C. Forma de administração do questionário

1. Auto-administrado
2. Assistido pelo entrevistador
3. Administrado pelo entrevistador

D. Tem alguns comentários a fazer a este estudo?

OBRIGADO PELA SUA AJUDA!

Instruções

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas**.

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?	1	2	3	4	5

Deve pôr um círculo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas semanas. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio, ou o número 1 se não tivesse tido nenhum apoio dos outros nas duas últimas semanas.

Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.

		Muito má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito boa
1 (G1)	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2 (G4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssima
3 (F1.4)	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
4 (F11.3)	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5 (F4.1)	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
6 (F24.2)	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7 (F5.3)	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
8 (F16.1)	Em que medida se sente em segurança na sua vida diária?	1	2	3	4	5
9 (F22.1)	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

As seguintes perguntas são para ver **até que ponto** experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10 (F2.1)	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
11 (F7.1)	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12 (F18.1)	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
13 (F20.1)	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
14 (F21.1)	Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?	1	2	3	4	5

		Muito má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito boa
15 (F9.1)	Como avalia a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu **bem ou satisfeito(a)** em relação a vários aspectos de sua vida nas duas últimas semanas.

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16 (F3.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
17 (F10.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18 (F12.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
19 (F6.3)	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3	4	5
20 (F13.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
21 (F15.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22 (F14.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
23 (F17.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
24 (F19.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25 (F23.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

A pergunta que se segue refere-se à **frequência** com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
26 (F8.1)	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5