

O peso da obesidade: avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde em utentes de farmácias

RITA SANTOS
JOÃO PEREIRA

A obesidade é um problema de saúde pública relevante, com repercussões na qualidade de vida dos indivíduos, tanto a nível físico como mental. A Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QVRS) engloba as dimensões físicas, psicológicas e sociais da saúde. A QVRS tem vindo a crescer de importância como medida de resultado em saúde, sendo de particular interesse em estudos de doenças crónicas.

Este trabalho tem como objectivo descrever a população utente das farmácias do concelho de Loures em termos de QVRS — medida pelo SF-36 — e conhecer a relação entre esta e o excesso de peso, avaliado pelo Índice de Massa Corporal (IMC).

A informação foi obtida através de um estudo transversal, sendo os questionários auto-administrados a 228 indivíduos com mais de 18 anos, em 11 farmácias do concelho de Loures. O IMC foi calculado com base no peso e altura auto-declarados e as suas categorias definidas segundo a Organização Mundial de Saúde. A QVRS foi avaliada com o SF-36, que a descreve em 8 dimensões: Função Física (FF), Desempenho Físico (DF), Dor (DR), Saúde Geral (SG), Vitalidade (VT), Função Social (FS), Desempenho

Emocional (DE) e Saúde Mental (SM), sendo «0» o valor mínimo — pior QVRS — e «100» o valor máximo — melhor QVRS — para cada dimensão.

A amostra foi constituída por 87 homens e 136 mulheres. A idade média foi de $43,9 \pm 14,4$ anos. 51,5% dos utentes apresentou excesso de peso ($\text{IMC} \geq 25 \text{ kg/m}^2$). O perfil de QVRS obtido foi o seguinte (valores médios $\pm$ desvio padrão):

FF = $83,4 \pm 18,4$; DF = $73,2 \pm 34,8$; DR = $65,5 \pm 24,3$; SG = $57,9 \pm 19,5$; VT = $57,1 \pm 21,1$; FS = $73,9 \pm 24,8$; DE = $65,9 \pm 38,8$ e SM = $62,1 \pm 22,4$.

Comparando com os utentes com IMC normal, os utentes com excesso de peso apresentaram pontuações mais baixas para a FF ($p = 0,046$) e DR ($p = 0,007$).

Na amostra em estudo, o excesso de peso está associado a uma pior QVRS, tal como descrita pelo SF-36, nomeadamente ao nível da Função Física e da Dor. Estes resultados vêm reforçar a evidência existente no que diz respeito às limitações percebidas pelos indivíduos com peso acima do normal. São necessários estudos posteriores para avaliar a causalidade da associação observada.

Palavras-chave: qualidade de vida relacionada com a saúde; obesidade; índice de massa corporal; SF-36.

1. Introdução

A obesidade é um importante problema de Saúde Pública, sendo cada vez mais relevante nos países desenvolvidos. Existe evidência de que a obesidade

□ Rita Santos é farmacêutica, mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública, Associação Nacional das Farmácias, Lisboa.

João Pereira é economista, doutor em Economia da Saúde pela Universidade de York, professor associado na Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa.

Submetido à apreciação: 6 de Março de 2007

Aceite para publicação: 9 de Maio de 2008

está associada a um risco aumentado de mortalidade e morbidade, sendo exemplos situações de insulino-resistência, diabetes *mellitus*, hipertensão arterial, dislipidemia, doença cardiovascular, litíase vesicular, esteatose hepática, osteoartrite, apneia do sono e algumas neoplasias (cólon, próstata, mama, vesícula biliar, útero e ovário) (Pi-Sunyer, 1993; Calle *et al.*, 1999; Carmo *et al.*, 2001).

Em Portugal, estima-se que 52,4% da população adulta apresente excesso de peso (índice de massa corporal superior a 25 kg/m²), dos quais 13,8% têm mesmo obesidade (Carmo *et al.*, 2006).

Sendo um factor de risco para inúmeras doenças e apresentando uma prevalência tão elevada, a obesidade está associada, necessariamente, a custos elevados (relativos a redução de capacidade de trabalho e a consumo de recursos), que podem ser evitáveis com a monitorização e controlo deste problema.

A Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QVRS) engloba as dimensões físicas, psicológicas e sociais da saúde, influenciadas pelas experiências pessoais, crenças, expectativas e percepções individuais (Crosby, Kolotkin e Williams, 2003).

Existe evidência de que as pessoas obesas avaliam a sua QVRS e as suas capacidades psíquicas e sociais de forma inferior, quando comparadas com um grupo de não obesos. Mais ainda, os obesos submetidos a cirurgia para redução de peso veem a sua QVRS aumentada 2 anos após a cirurgia, o que sugere que a obesidade afecta, de forma causal, os níveis de QVRS (Larsson, Karlsson e Sullivan, 2002).

Apesar da associação entre a obesidade e o risco acrescido de morbidade e mortalidade estar extensamente demonstrada, existe ainda pouca evidência no que diz respeito ao impacto do excesso de peso na QVRS da população em geral.

No sentido de conhecer a evidência científica actual existente sobre a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde no que se refere ao excesso de peso/obesidade, fez-se uma revisão da literatura utilizando as palavras-chave — *Health Related Quality of Life*; *Obesity*; *Overweight* — pesquisadas nas seguintes bases de dados: Pubmed, Proquest Health, Emerald e Biblioteca do Conhecimento Online (B-ON). Foram incluídos todos os estudos que cumprissem os critérios de inclusão e exclusão definidos, ou seja, que avaliassem a relação entre a obesidade (definida pelo índice de massa corporal) e a qualidade de vida relacionada com a saúde (avaliada pelo SF-36). Os 7 estudos considerados para análise estão descritos, sumariamente, no *Quadro I*.

Da pesquisa bibliográfica conclui-se que a maioria dos estudos que relacionam a QVRS com o excesso de peso/obesidade foram efectuados em grupos de indivíduos obesos, integrados em programas de trata-

mento para o excesso de peso. Existem já alguns instrumentos específicos para avaliar a QVRS na obesidade, embora exista uma tendência para utilizar o instrumento genérico — SF-36 — nesta área (Ware, Kosinski e Gandek, 2003).

Os sete estudos considerados para análise utilizam a classificação da OMS para descrever a amostra em termos de IMC. Um dos estudos foi efectuado exclusivamente em mulheres (Fine *et al.*, 1999), outro exclusivamente em homens (Yancy *et al.*, 2002), sendo dois de base populacional (Doll, Peterson e Stewart-Brown, 2000; Larsson, Karlsson e Sullivan, 2002) e os restantes três em populações de indivíduos a emagrecer (Dixon, Dixon e O'Brien, 2001; Dymek *et al.*, 2002; Fontaine *et al.*, 2004). Três dos estudos foram longitudinais e quatro transversais. Todos os estudos documentam uma associação negativa entre o IMC e a QVRS, sendo que, as escalas para as quais se demonstrou uma diferença estatisticamente significativa em todos os estudos foram a função física e o desempenho físico. No entanto, em três dos estudos descritos encontrou-se uma diferença estatisticamente significativa entre diferentes grupos de IMC para todas as dimensões do SF-36 (Doll, Peterson e Stewart-Brown, 2000; Dixon, Dixon e O'Brien, 2001; Dymek *et al.*, 2002). Os estudos de base populacional demonstraram uma fraca ou inexistente associação entre um IMC elevado e uma diminuição nas dimensões mentais do SF-36. Um dos estudos sugere que a obesidade só se encontra associada a uma deterioração da QVRS em presença de co-morbilidades (Doll, Peterson e Stewart-Brown, 2000).

É necessário, neste contexto, estudar o problema da obesidade, em todas as suas dimensões, tendo este estudo a finalidade de contribuir para o conhecimento desta problemática, nos utentes das farmácias do concelho de Loures. Explicitando o impacto, tanto a nível físico, como emocional e social, das diferenças inerentes a diferentes IMC, é possível promover junto dos indivíduos obesos, as vantagens dos tratamentos e das opções mais saudáveis e, envolvê-los, mais directamente, no sucesso das alternativas terapêuticas.

O presente estudo tem, assim, como objectivo geral descrever a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde da população utente das farmácias do Concelho de Loures e avaliar a relação entre esta e o excesso de peso. A QVRS é medida pelo SF-36 e o excesso de peso pelo IMC. Como objectivos específicos, o estudo pretende: descrever a população utente das farmácias do concelho de Loures em termos do perfil de saúde obtido pelo SF-36; analisar descritivamente as 8 dimensões do SF-36 e os 2 índices agregados por eles formados, segundo as carac-

terísticas sócio-demográficas; e estimar a relação entre a classificação dos indivíduos segundo o seu IMC e a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde.

2. Material e métodos

O presente trabalho teve como local de recolha de informação as farmácias do concelho de Loures.

É um estudo observacional, transversal. A amostragem foi bi-etápica. Na primeira etapa foram selecionadas, aleatoriamente, 11 farmácias do Concelho de Loures. Em cada farmácia, foram incluídos no estudo todos os indivíduos, com mais de 18 anos, que a ela acederam, durante o período de recolha de informação (de 5 a 12 de Março de 2004, por períodos de 4 horas em cada farmácia). O IMC foi calculado com base no peso (kg) e da altura (m) auto-declarados pelos utentes, segundo a

Quadro I
Resumo dos resultados da revisão bibliográfica

Ref.	Tipo de estudo, País	Amostra	Indicadores de QVRS	Resultados (Diferenças — Δ — estatisticamente significativas)
Fine <i>et al.</i> , 1999	longitudinal USA	45 375 mulheres entre 46-72 anos	SF-36 dois momentos no tempo	FF Δ = 17,2 ^a VT Δ = 10,9 ^a DF Δ = 16,3 ^a FS — DR Δ = 12,7 ^a DE Δ = 6,1 ^a SG — SM Δ = 1 ^a
Doll <i>et al.</i> , 2000	transversal Inglaterra	8 889 adultos entre os 18-64 anos	SF-36	FF Δ = 24,7 ^b VT Δ = 11,91 ^b DF Δ = 14,27 ^b FS Δ = 11,48 ^b DR Δ = 15,65 ^b DE Δ = 7,61 ^b SG Δ = 16,43 ^b SM Δ = 5,85 ^b
Dixon <i>et al.</i> , 2001	longitudinal Austrália	459 indivíduos com IMC > 35 kg/m ²	SF-36 anualmente durante 4 anos	FF Δ = 37,4 ^c VT Δ = 30,8 ^c DF Δ = 45,0 ^c FS Δ = 28,5 ^c DR Δ = 21,6 ^c DE Δ = 29,0 ^c SG Δ = 33,9 ^c SM Δ = 14,4 ^c
Dymek <i>et al.</i> , 2002	transversal EUA	319 indivíduos, divididos em quatro grupos em momentos diferentes em relação a um <i>bypass</i> gástrico no tempo	SF-36 dois momentos	FF Δ = 34,8 ^d VT Δ = 24,5 ^d DF Δ = 51,5 ^d FS Δ = 36,3 ^d DR Δ = 25,3 ^d DE Δ = 33,4 ^d SG Δ = 12,6 ^d SM Δ = 14,5 ^d
Larsson <i>et al.</i> , 2002	transversal Suécia	5 633 indivíduos entre 16-64 anos	SF-36	FF Δ = 1,9 (σ); Δ = 4,4 (δ) ^e VT — DF — FS — DR — DE — SG Δ = 4,0 (σ); Δ = 4,6 (δ) ^e SM —
Yancy <i>et al.</i> , 2002	transversal EUA	1 168 homens	SF-36	FF Δ = 21,6 ^f VT Δ = 17,0 ^f DF Δ = 23,3 ^f FS — DR Δ = 14,3 ^f DE — SG — SM —
Fontaine <i>et al.</i> , 2004	longitudinal EUA	32 indivíduos num programa para perder peso	SF-36 dois momentos no tempo	FF Δ = 9,4 ^g VT Δ = 21,9 ^g DF Δ = 14,5 ^g FS — DR — DE — SG Δ = 14,3 ^g SM Δ = 6,3 ^g

Notas:

^a Comparação do grupo de IMC < 25 kg/m² com o grupo de IMC $\geq$ 35 kg/m², mulheres com menos de 65 anos (Δ = SF_{IMC < 25} - SF_{IMC $\geq$ 35})

^b Comparação do grupo de IMC 18,5-24,9 kg/m² com o grupo de IMC $\geq$ 40 kg/m² (Δ = SF_{IMCnormal} - SF_{IMC $\geq$ 40})

^c Comparação dos indivíduos antes da cirurgia e um ano após a cirurgia (Δ = SF_{antes cirurgia} - SF_{após cirurgia})

^d Comparação de indivíduos de IMC $\geq$ 35 kg/m² 2 a 4 semanas após a cirurgia e 6 meses depois (Δ = SF_{6meses} - SF_{2/4 semanas})

^e Comparação do grupo de IMC 18,5-24,9 kg/m² com o grupo de IMC 25,0-29,9 kg/m², indivíduos entre os 16 e os 34 anos (Δ = SF_{IMCnormal} - SF_{IMCexcessopeso})

^f Comparação do grupo de IMC 18,5-24,9 kg/m² com o grupo de IMC $\geq$ 40 kg/m² (Δ = SF_{IMCnormal} - SF_{IMC $\geq$ 40})

^g Comparação de indivíduos no início e no fim de um programa orientado de redução de peso de 13 semanas (Δ = SF_{inicioprograma} - SF_{finiprograma})

fórmula $IMC = \text{peso}/\text{altura}^2$. Os indivíduos foram agrupados em categorias, segundo o IMC e a classificação da OMS (WHO, 1997; WHO, 2000). De acordo com esta classificação, consideraram-se com excesso de peso os indivíduos com $IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$ e com Obesidade os indivíduos com $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$. Para caracterizar o perfil de saúde dos respondentes foi utilizado o Medical Outcomes Study Short-Form (SF-36), que é um instrumento genérico de avaliação de QVRS e que possibilita comparações entre diferentes condições de saúde. O SF-36 é constituído por 36 questões e abrange 8 dimensões de saúde: Função Física-FF (10 itens), Desempenho Físico-DF (4 itens), Dor-DR (2 itens), Saúde Geral-SG (5 itens), Vitalidade-VT (4 itens), Função Social-FS (2 itens), Desempenho Emocional-DE (3 itens) e Saúde Mental-SM (5 itens) (Ware e Kosinski, 2001; Ware, Kosinski e Gandek, 2003; Ferreira, 2000). Cada uma das escalas é pontuada de 0 a 100, representando (0) o nível mais baixo de funcionalidade e (100) o nível mais elevado. A obtenção dos valores de cada dimensão do SF-36 foi efectuada através da codificação das respostas a cada pergunta, da soma dos valores obtidos e da conversão da soma em percentagem. Considera-se uma diferença de pontuações entre grupos igual ou superior a 5 pontos como clinicamente relevante. No sentido de reduzir o número de medidas de resultado em saúde e de melhorar a sua interpretação, foram extraídas duas componentes das 8 escalas, o resumo da saúde física (RSF) e o resumo da saúde mental (RSM). Estas duas componentes foram desenvolvidas no

decorrer de estudos de avaliação das propriedades psicométricas do SF-36, verificando-se que estas medidas capturavam 80 a 85% da variância das 8 sub-escalas, ficando, assim, a análise e interpretação do SF-36 simplificada (Ware, Kosinski e Gandek, 2003) (*Quadro II*).

Consideram-se como possíveis variáveis interferentes as características sócio-demográficas, as doenças concomitantes e outras variáveis que estão descritas como confundimento da associação em causa e que foram medidas através de um questionário complementar, elaborado e desenvolvido para o efeito. As variáveis incluídas no questionário foram: sexo, idade, estado civil, escolaridade, situação profissional, prática de exercício físico, consumo de tabaco e álcool, doenças crónicas, absentismo laboral, situação em relação ao peso no último ano e tratamentos para emagrecer.

O tratamento informático e a análise dos dados foram efectuados através do programa informático SPSS v.12.0, para Microsoft Windows. As diferenças nas pontuações do SF-36 para os diferentes grupos foram testadas com o teste de Mann-Whitney. Mais detalhes sobre a metodologia podem ser obtidos em Santos (2004).

3. Resultados

Num total de 653 utentes abordados à saída da farmácia, responderam ao questionário 228, o que corresponde a uma taxa de resposta de 34,9%. Dos 425

Quadro II
Dimensões de saúde do SF-36

Medidas sumárias	Escalas
Resumo de Saúde Física	Função Física (FF) Desempenho Físico (DF) Dor (DR) Saúde Geral (SG)*
Resumo de Saúde Mental	Vitalidade (VT)* Função Social (FS) Desempenho Emocional (DE) Saúde Mental (SM)

Nota: * Correlação significativa com a outra medida sumária

não respondentes, 33,4% eram homens, não havendo diferenças estatisticamente significativas em relação à distribuição dos sexos entre respondentes e não respondentes.

3.1. Caracterização do perfil de saúde

As pontuações atribuídas pelos utentes às diferentes escalas do SF-36 são as descritas em seguida (valores médios $\pm$ desvio padrão): FF = 83,4 $\pm$ 18,4; DF = 73,2 $\pm$ 34,8; DR = 65,5 $\pm$ 24,3; SG = 57,9 $\pm$ 19,5; VT = 57,1 $\pm$ 21,1; FS = 73,9 $\pm$ 24,8; DE = 65,9 $\pm$ 38,8 e SM = 62,1 $\pm$ 22,4 (Quadro III). Verifica-se que a escala do SF-36 à

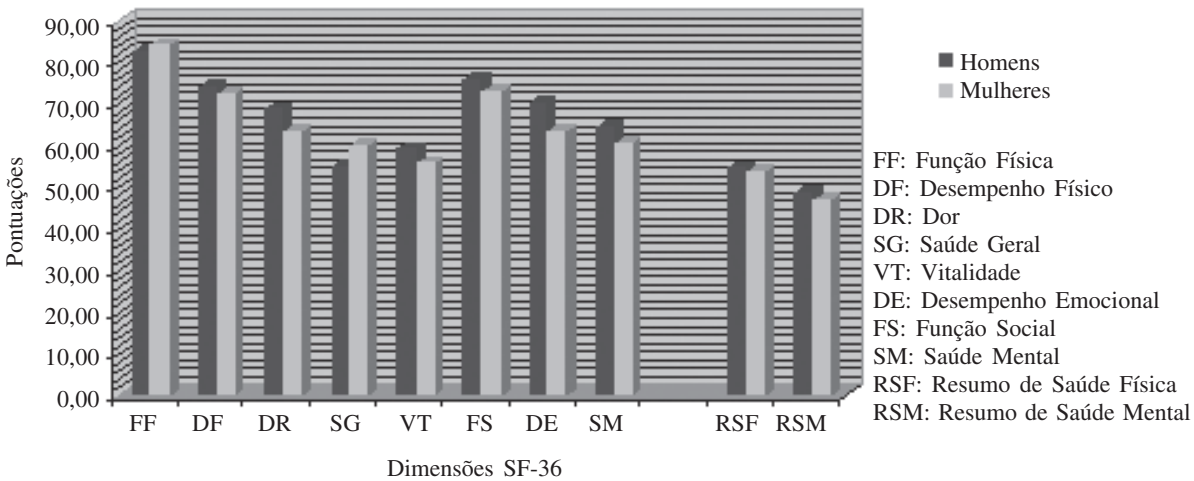
qual os utentes atribuem uma pontuação superior é a função física, sendo a vitalidade a escala pior pontuada.

O perfil de QVRS dos utentes das farmácias de Loures, incluindo as 2 medidas sumárias e estratificando para a variável sexo, é o que se apresenta no Gráfico 1. Conforme se pode verificar pela análise do Gráfico 1, as mulheres pontuam todas as dimensões de saúde do SF-36 com valores inferiores aos dos homens, com excepção da função física e da saúde geral. Nos resumos de saúde física e de saúde mental, as pontuações das mulheres são, igualmente, inferiores às dos homens. A escala que obteve uma pontuação mais elevada foi a função física, para os

Quadro III
Resultados das pontuações do SF-36

	FF	DF	DC	SG	VT	FS	DE	SM
N	169	181	193	187	186	196	180	179
média	83,43	73,20	65,46	57,94	57,12	73,92	65,93	62,12
mediana	90,00	100,00	62,00	62,00	55,00	75,00	66,67	64,00
desvio padrão	18,43	34,76	24,28	19,48	21,11	24,77	38,75	22,38
Percentil								
25	75,00	50,00	51,00	45,00	40,00	50,00	33,33	48,00
50	90,00	100,00	62,00	62,00	55,00	75,00	66,67	64,00
75	95,00	100,00	84,00	72,00	75,00	100,00	100,00	80,00
mínimo	10,00	0,00	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4,00
máximo	100,00	100,00	100,00	100,00	95,00	100,00	100,00	100,00

Gráfico 1
Pontuações médias do SF-36, estratificando em relação ao género



dois sexos. No entanto, para as mulheres, a pontuação mínima foi obtida na dimensão vitalidade, enquanto que, para os homens, foi na dimensão saúde geral. Para os homens, duas das escalas — saúde geral e vitalidade — não foram pontuadas por ninguém com o valor máximo (100). Para as mulheres, as escalas que não foram pontuadas por ninguém no valor máximo foram a vitalidade e a saúde mental.

3.2. Caracterização do IMC

A distribuição dos utentes da amostra em relação ao seu IMC é a que se descreve no *Gráfico 2*. O mínimo do IMC é 16,0 kg/m² e o máximo é 38,1 kg/m², sendo a média igual a 26,0 ± 4,1 kg/m², ou seja, superior ao limite do IMC considerado normal, segundo a classificação da OMS. O IMC médio foi de 26,9 ± 3,8 kg/m² para os homens e de 25,4 ± 4,6 kg/m² para as mulheres. A percentagem de utentes com IMC acima dos valores normais, ou seja, superiores a 25,0 kg/m², é de 46,7% nas mulheres e de 59,2% nos homens, sendo que, destes, 21,0% dos homens e

15,0% das mulheres apresentam IMC acima de 30,0 kg/m² (Obesidade de Classe I, II ou III). Abaixo do peso normal (IMC < 18,5 kg/m²) encontram-se 4 mulheres e com IMC > 35 kg/m² (Obesidade de Classe II ou III) apenas se encontram 3 homens e 2 mulheres.

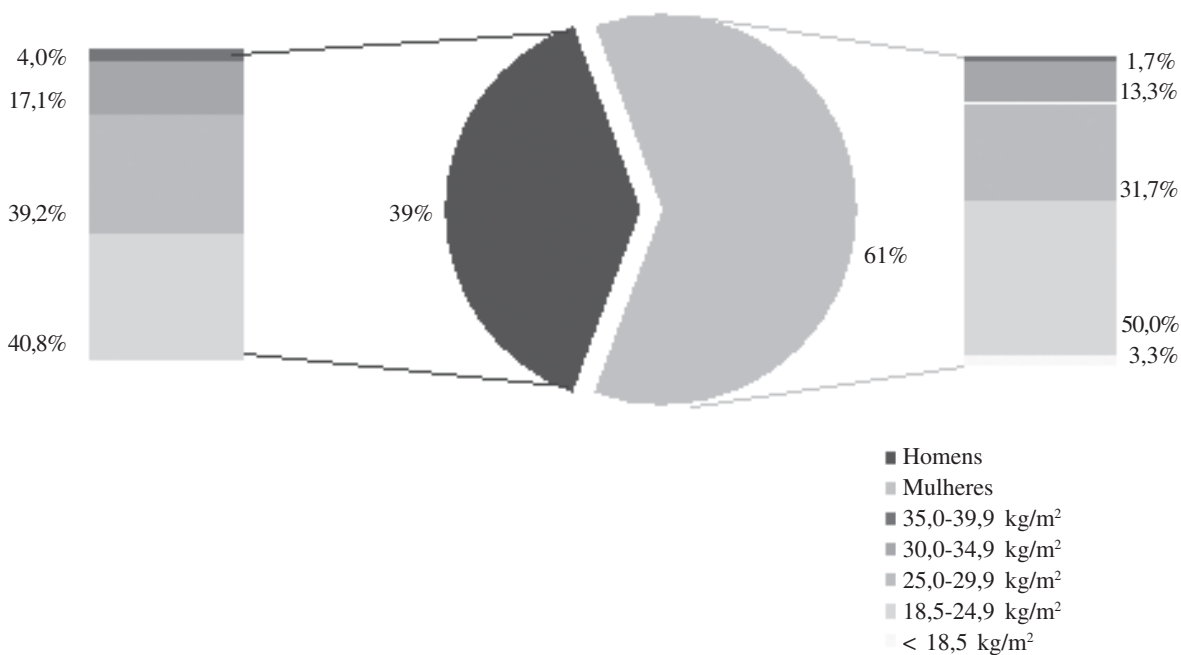
3.3. Caracterização sócio-demográfica da amostra

A amostra em estudo é constituída, maioritariamente, por mulheres, sendo 41,0% a percentagem de homens (*Quadro IV*). A idade média encontrada é de 47 anos para os homens (mínimo de 19 e máximo de 74 anos) e de 42 anos para as mulheres (mínimo de 19 e máximo de 77 anos). O estado civil predominante é o casado/em união de facto, tanto para os homens (70,1%) como para as mulheres (59,3%). A moda da escolaridade situa-se no 9.º-12.º ano para os homens (24,1%) e no ensino superior para as mulheres (24,4%). A maior parte dos utentes é trabalhador activo por conta de outrem (49,5%).

Quanto aos estilos de vida, a percentagem de homens fumadores é de 29,9% e de mulheres fumadoras é de

Gráfico 2

Distribuição das frequências do IMC na amostra, estratificando em relação ao género



24,1%. Para os fumadores, o número médio de cigarros fumados por dia é de $19,8 \pm 11,3$ e para as fumadoras é de $15,2 \pm 11,6$ cigarros. A moda da frequência de exercício físico situa-se em — «esporádica» — para os homens (31,0%) e em — «nenhuma» — para as mulheres (44,4%). Em relação ao consumo de álcool, nos homens, as respostas distribuíram-se pelas 4 categorias, sendo que 33,7% afirmaram beber mais de 2 vezes por semana, enquanto que, para as mulheres, a resposta maioritária foi — «não bebe» (63,4%).

A situação em relação ao peso dos utentes manteve-se, em relação ao ano anterior à administração do questionário, apesar de 19,2% das mulheres afirmar

que aumentou de peso no último ano. A maioria dos utentes, tanto os homens (89,7%) como as mulheres (79,4%), revela não fazer qualquer tratamento para o excesso de peso.

Considerando as co-morbilidades, a maioria dos utentes, tanto os homens (48,8%) como as mulheres (41,4%), afirma que não tem condições que os limitem nas suas actividades diárias. No entanto, o número de condições clínicas concomitantes é de cerca de 2, para ambos os sexos. A percentagem de absentismo ao trabalho por problemas de saúde no mês anterior à administração dos questionários é de 19,1% para os homens e de 17,1% para as mulheres.

Quadro IV
Caracterização sócio-demográfica da amostra

	Total		Homens		Mulheres	
	n	média ± d.p./%	n	média ± d.p./%	n	média ± d.p./%
Características sócio-demográficas						
Idade	217	43,9 ± 14,4	87	46,6 ± 14,3	130	42,1 ± 14,2
Sexo	223	39,0 homens	—		—	
Estado civil	222		87		135	
solteiro/a		20,7		17,2		23,0
casados/a		63,5		70,1		59,3
divorciado/a		11,3		9,2		12,6
viúvo/a		4,5		3,4		5,2
Escolaridade	222		87		135	
<4. ^a classe		1,8		2,3		1,5
4. ^a classe		21,6		20,7		22,2
4. ^a 9. ^o ano		18,0		19,5		17,0
9. ^o -12. ^o ano		19,8		24,1		17,0
12. ^o ano		15,8		12,6		17,8
ensino superior		23,0		20,7		24,4
Situação trabalho	212		85		127	
empregado/a		62,7		69,4		58,3
desempregado/a		9,0		4,7		11,8
reformado/a		17,4		21,2		15,0
outra		10,9		4,8		15,0
Estilos de vida						
fumador	220	26,4	87	29,9	133	24,1
nenhuma frequência de exercício						
físico	217	38,2	84	28,6	133	44,4
álcool > 2x/semana	220	14,6	86	33,7	134	2,2
situação peso	216		86		130	
diminuiu		25,5		12,8		33,8
manteve		59,7		79,1		46,9
aumentou		14,8		8,1		19,2
tratamento para excesso de peso	218	16,5	87	10,3	128	20,6
Co-morbilidades limitantes	212	28,8		28,6		28,9
Absentismo laboral	173	17,9		19,1		17,1

Foi feita uma análise prévia para averiguar da existência de diferenças em relação às características sócio-demográficas entre os indivíduos de diferentes classes de IMC.

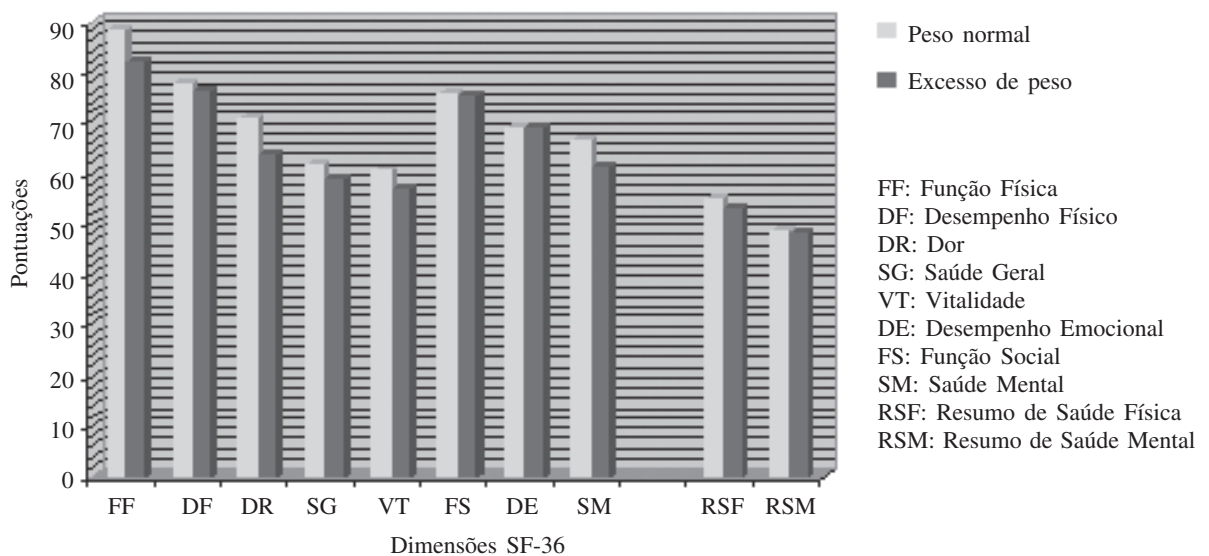
3.4. Relação entre o perfil de saúde e o IMC

Para testar esta relação os dados foram agrupados em 2 classes de IMC: peso normal (IMC 18,5 – 24,9 kg/m²) e excesso de peso/obesidade (IMC ≥ 25,0 kg/m²). De forma a verificar-se a homogeneidade entre os grupos, em relação às características sócio-demográficas, efectuou-se, em primeiro lugar, uma comparação dessas características para os dois grupos de IMC considerados. Comparando com o grupo de IMC normal, o grupo de IMC mais elevado tem uma média de idades maior. Existe uma diferença estatisticamente significativa ao nível do estado civil e da escolaridade entre os dois grupos, sendo a percentagem de casados(as) superior no grupo de IMC mais elevado e sendo a percentagem de indivíduos que completaram o ensino superior mais elevada no grupo de IMC mais baixo. Quanto ao consumo de tabaco, a percentagem de indivíduos que declarou ser fumador foi inferior no grupo de IMC ≥ 25,0 kg/m², sendo essa diferença estatisticamente significativa.

A situação em relação ao peso também revelou ser diferente entre os dois grupos, havendo uma maior percentagem de indivíduos com IMC ≥ 25,0 kg/m² a declarar ter diminuído de peso nas 4 semanas anteriores à administração do questionário. Da mesma forma, uma maior percentagem destes indivíduos (por comparação com os de IMC normal) declarou estar a fazer, ou ter feito no passado, tratamento para redução do seu peso. Em relação às restantes variáveis, as diferenças encontradas não foram estatisticamente significativas.

A relação entre a QVRS e o excesso de peso/obesidade está demonstrada no *Quadro V* e no *Gráfico 3*. Os perfis de saúde são semelhantes para as 2 classes de IMC. É possível, também, distinguir, a diminuição da pontuação atribuída a cada dimensão de saúde, no sentido do grupo de IMC mais elevado, apesar do desvio padrão ser elevado em todas as dimensões. É geralmente aceite, para estas escalas, que a diferença mínima clinicamente relevante é de 5 pontos (Ware, Kosinski e Gandek, 2003). Ao comparar-se a classe de IMC de 18,5-24,9 kg/m² com a classe de IMC ≥ 25,0 kg/m², verifica-se que, as pontuações que diminuem mais de 5 pontos são as da função física, a dor e a saúde mental (*Quadro V*). Estas diferenças são estatisticamente significativas no caso da função física ($p = 0,046$) e da dor ($p = 0,007$).

Gráfico 3
Comparação das pontuações médias do SF-36 entre indivíduos com peso normal e excesso de peso

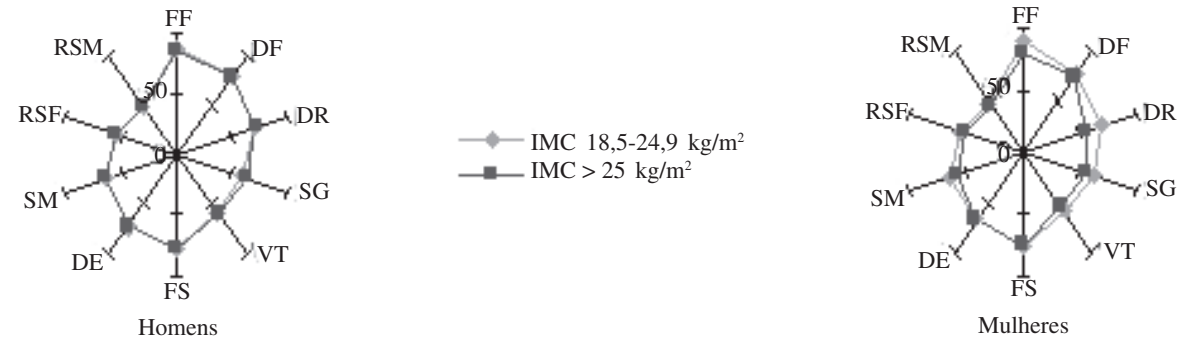


Quadro V
Relação entre o SF-36 (média das pontuações ± desvio padrão) e o IMC

Dimensão SF-36		IMC (kg/m²)		Δ (a)	p Teste de Mann-Whitney
		Peso normal	Excesso de peso/obesidade		
		18,5-24,9	≥ 25,0		
Total (n = 192)	Escala FF	88,00 ± 13,77	81,71 ± 18,88	-6,29*	0,046
	Escala DF	77,31 ± 32,10	76,07 ± 35,97	-1,24	0,995
	Escala DR	70,86 ± 21,68	63,20 ± 26,12	-7,66*	0,007
	Escala SG	61,43 ± 17,80	58,48 ± 19,84	-2,95	0,188
	Escala VT	60,31 ± 17,96	56,93 ± 23,21	-3,38	0,233
	Escala FS	75,58 ± 23,43	75,18 ± 26,37	-0,40	0,397
	Escala DE	68,72 ± 39,03	68,57 ± 37,16	-0,15	0,671
	Escala SM	66,22 ± 18,21	60,86 ± 23,45	-5,36*	0,483
	medidas sumárias de saúde				
	RSF	55,10 ± 7,75	52,85 ± 10,00	-2,25	0,503
	RSM	48,23 ± 10,64	47,70 ± 11,75	-0,54	0,993
Homens (n = 76)	Escala FF	86,50 ± 16,87	84,52 ± 18,68	-1,98	0,263
	Escala DF	78,75 ± 32,72	78,22 ± 32,11	-0,52	0,947
	Escala DR	73,20 ± 18,13	72,22 ± 22,97	-0,97	0,574
	Escala SG	57,50 ± 18,13	61,26 ± 18,32	3,76	0,586
	Escala VT	60,50 ± 18,77	61,29 ± 25,49	0,79	0,684
	Escala FS	75,62 ± 25,48	76,21 ± 27,07	0,58	0,713
	Escala DE	71,67 ± 37,89	72,04 ± 34,53	0,38	0,488
	Escala SM	64,40 ± 18,98	64,77 ± 25,72	0,37	0,880
	medidas sumárias de saúde				
	RSF	54,61 ± 8,28	54,54 ± 9,00	-0,07	0,954
	RSM	48,56 ± 9,33	48,95 ± 12,34	0,39	0,700
Mulheres (n = 116)	Escala FF	88,67 ± 12,31	79,49 ± 18,98	-9,18*	0,062
	Escala DF	76,67 ± 32,16	74,36 ± 39,10	-2,31	0,962
	Escala DR	69,82 ± 22,26	56,02 ± 26,51	-13,8*	0,002
	Escala SG	63,18 ± 17,57	56,28 ± 20,94	-6,90*	0,054
	Escala VT	60,22 ± 17,80	53,46 ± 20,91	-6,76*	0,169
	Escala FS	75,56 ± 22,76	74,36 ± 26,12	-1,20	0,482
	Escala DE	67,41 ± 39,88	65,81 ± 39,36	-1,60	0,861
	Escala SM	67,02 ± 18,01	57,74 ± 21,30	-9,28*	0,194
	medidas sumárias de saúde				
	RSF	55,31 ± 7,58	51,51 ± 10,64	-3,81	0,253
	RSM	48,09 ± 11,27	46,70 ± 11,33	-1,39	0,612

Notas:
(a) Δ é a diferença entre o grupo de IMC ≥ 25,0 e o grupo de IMC 18,5-24,9 ($\Delta = SF_{IMC \geq 25} - SF_{IMCnormal}$)
* Δ superior a 5 pontos (diferença clinicamente relevante)

Gráfico 4
Pontuações médias do SF-36 por classe de IMC, estratificando em relação ao gênero



Quando se efectua a mesma análise, estratificando para o género (*Quadro V* e *Gráfico 4*), verifica-se que são os indivíduos do sexo feminino que mais contribuem para as diferenças verificadas, uma vez que, para os homens, não há diferenças estatisticamente significativas, nem nenhuma diferença superior a 5 pontos. No caso das mulheres, as diferenças estatisticamente significativas encontram-se ao nível da dor ($p = 0,002$), sendo as da função física e da saúde geral muito próximas da significância estatística. As dimensões cuja diferença ultrapassa os 5 pontos clinicamente relevantes são a função física, dor, saúde geral, vitalidade e saúde mental. Como se pode verificar pela análise do *Gráfico 4*, as curvas para as duas classes de IMC estão sobrepostas, no caso dos homens, enquanto que, para as mulheres, a curva do grupo de $IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$ está deslocada em direcção ao centro, ou seja, as suas pontuações são menores.

4. Discussão

Os resultados deste estudo sugerem que os utentes das farmácias do concelho de Loures têm uma prevalência de excesso de peso/obesidade de 51,53%. A percentagem de indivíduos com excesso de peso encontrada no presente estudo é muito semelhante à do último estudo realizado em Portugal, que refere que 52,4% dos portugueses adultos têm peso em excesso (Carmo *et al.*, 2006).

Quanto ao perfil do SF-36, os resultados deste estudo sugerem que a população utente das farmácias do concelho de Loures apresentam um perfil de saúde desenhado pelo SF-36 semelhante ao encontrado para a norma portuguesa, em estudos anteriores (Ferreira e Santana, 2003). Em relação aos resumos de saúde do SF-36, as pontuações do resumo de saúde física encontram-se acima dos valores da norma portuguesa enquanto que as pontuações do resumo de saúde mental encontram-se abaixo dos valores médios populacionais.

Neste estudo de 228 utentes das farmácias do concelho de Loures verificámos que o excesso de peso/obesidade estão negativamente associados à qualidade de vida relacionada com a saúde, nomeadamente na função física e na dor. Para os indivíduos do sexo masculino não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas em qualquer das dimensões do SF-36, enquanto que para os indivíduos do sexo feminino, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas na dimensão física — dor. Os resultados do presente estudo estão de acordo com a literatura nesta área (Doll, Peterson e Stewart-Brown, 2000; Dymek *et al.*, 2002; Larsson,

Karlsson e Sullivan, 2002; Fontaine *et al.*, 2004), onde se relaciona o excesso de peso/obesidade a uma percepção de menor qualidade das dimensões físicas da QVRS, mas não das dimensões mentais. Dos estudos que avaliaram a QVRS com o SF-36, a maioria chegou à conclusão que um aumento do peso está associado a uma redução na QVRS, em todos os domínios físicos. Num estudo realizado em 2002 (Larsson, Karlsson e Sullivan, 2002) encontrou-se, inclusivamente, uma associação entre a obesidade e a QVRS, em todas as oito escalas.

Larsson e seus pares descrevem um impacto da obesidade na QVRS maior para as mulheres que para os homens (Larsson, Karlsson e Sullivan, 2002). Está também descrito que as mulheres avaliam a sua QVRS pior do que os homens (Jenkinson, Coulter e Wright, 1993) e que o impacto no risco de doença de um IMC superior a 25 kg/m^2 é superior para as mulheres (Lean, Han e Seidell, 1999). No nosso estudo verificámos este facto, uma vez que, ao estratificar pela variável género, as diferenças estatisticamente significativas encontradas foram apenas no grupo das mulheres. Sendo assim, os nossos resultados sugerem que a variável sexo é modificadora do efeito do excesso de peso/obesidade na QVRS. A constatação de que as mulheres e que as pessoas com $IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$ avaliam a sua QVRS de forma mais negativa tem implicações ao nível dos sistemas de saúde, uma vez que se sabe que as medidas genéricas de percepção de saúde são dos melhores predictores de utilização de serviços médicos (Jenkinson, Coulter e Wright, 1993; Katz, McHorney e Atkinson, 2000). A principal limitação deste estudo reside no facto do desenho ser transversal, limitando assim qualquer conclusão em relação aos mecanismos causais inerentes às associações observadas. No entanto, a causalidade da associação encontrada já foi demonstrado em estudos longitudinais (Stafford, Hemingway e Marmot, 1998; Fine *et al.*, 1999). Outra limitação do estudo reside no facto do peso e a altura serem auto-declarados, não correspondendo a uma avaliação objectiva dos mesmos. Está demonstrado que existe uma tendência para reportar pesos mais baixos e alturas mais altas do que as verdadeiras (Doll, Peterson e Stewart-Brown, 2000). Está também descrito que existem diferenças significativas na forma em como os diferentes sexos reportam o seu peso e a sua altura, existindo também diferenças entre pessoas com baixo IMC e elevado IMC. No entanto, a validade destas medidas tem sido confirmada em outros estudos (Fonseca *et al.*, 2004). O estudo apresenta ainda como limitação o facto de não ter utilizado qualquer instrumento específico de QVRS para a obesidade. Os instrumentos genéricos de QVRS apresentam como vantagem permitir comparações

entre diferentes condições e diferentes grupos sócio-demográficos, mas têm como desvantagem o facto de não abrangerem todos os aspectos essenciais relevantes para uma determinada doença. No nosso estudo, o SF-36 demonstrou ser adequado à avaliação da QVRS na obesidade, uma vez que permitiu distinguir diferenças nas dimensões de saúde entre os diferentes grupos de IMC. Em relação à amostra, a percentagem de não respostas pode estar a enviesar os resultados, uma vez que houve um elevado número de não respondentes. Sendo assim, podem existir distorções sistemáticas na amostra conseguida em relação à planeada e desta em relação à população alvo. No entanto, não há diferenças em relação à distribuição dos sexos entre os respondentes e não respondentes. O elevado nível de escolaridade da amostra pode ser devido a um viés de selecção, uma vez que não se administrou o questionário a analfabetos, por critério de selecção do próprio estudo, e devido ao facto dos respondentes serem, certamente, as pessoas mais jovens e com mais instrução, o que também se pode verificar pela idade média ser inferior à média do concelho de Loures. Outro viés de selecção é o facto do tipo de amostragem não permitir incluir no estudo pessoas com incapacidades físicas que limitem o seu acesso à farmácia. Assim sendo, as pessoas que se deslocam à farmácia (sendo, assim, passíveis de ser incluídas no estudo) têm, certamente, uma QVRS diferente das que não se podem deslocar à farmácia, sendo esta QVRS, supostamente, superior à de indivíduos institucionalizados, por exemplo, por problemas de obesidade de classe II ou III.

O ponto de corte no IMC para a constituição dos 2 grupos a comparar também pode ter influenciado os resultados, uma vez que se incluiu no segundo grupo indivíduos com excesso de peso e não só os obesos. No entanto, como, pela evidência encontrada, o aumento de IMC está associado a uma diminuição na QVRS, ao dividir os indivíduos numa classe de IMC superior, as diferenças encontradas seriam ainda mais evidentes.

O possível efeito das variáveis interferentes foi controlado pela estratificação em relação à variável sexo. Estudos anteriores sugerem que pontuações menores na QVRS podem ser devidas às co-morbilidades associadas à obesidade e não à obesidade *per se*. A relação em causa não foi controlada para as co-morbilidades, podendo esse facto estar a afectar os resultados. No entanto, não se verificou uma associação estatisticamente significativa entre as co-morbilidades e as classes de IMC. Não foi possível estratificar para todas as possíveis variáveis interferentes, por condicionamentos de amostra, sendo que estas variáveis (idade, estado civil, escolaridade e tabagismo) também podem estar a enviesar os resultados.

Os resultados do presente estudo sugerem que o excesso de peso/obesidade tem um impacto negativo na QVRS, nomeadamente nas dimensões de função física e dor do SF-36. Estes resultados reforçam as directivas recentes que alertam para o excesso de peso/obesidade, demonstrando que existem dimensões do perfil de saúde que estão negativamente associadas a um IMC superior a 25 kg/m². Em 1973 George Maddox escreveu que a auto-percepção da saúde mede, claramente, um pouco mais — e um pouco menos — do que as medidas clínicas objectivas (Idler e Benyamini, 1997). Para se atingir os objectivos de eficiência e qualidade dos cuidados no sistema de saúde, é necessário um sistema de informação que permita aos prestadores de cuidados de saúde e aos utentes e financiadores desses cuidados estimar o melhor possível a relação entre as intervenções e os resultados em saúde (Garraat *et al.*, 1993). Um sistema assim requer medidas de resultados em saúde válidas, fiáveis e aceitáveis para os doentes, tais como a QVRS medida pelo SF-36. Conhecer as limitações percepcionadas na QVRS por pessoas com excesso de peso pode servir para construir uma importante mensagem de saúde pública. Este género de informação pode ser de elevado valor para médicos e doentes que têm como objectivo perder peso ou prevenir o seu aumento. Realça-se assim, cada vez mais, a importância de se prosseguirem com estudos semelhantes, longitudinais prospectivos e de base populacional, de forma a se delinearem estratégias cada vez mais eficazes para a prevenção e o tratamento da obesidade, com a perspectiva de alcançar ganhos em saúde.

5. Conclusão

A obesidade é um enorme problema de saúde pública, pela elevada prevalência, cronicidade, morbilidade e mortalidade de que se acompanha, assim como pela dificuldade e complexidade do tratamento. Os resultados do presente estudo indicam que, na população utente das farmácias do concelho de Loures, o excesso de peso e obesidade estão negativamente associados à qualidade de vida relacionada com a saúde. Esta associação é mais acentuada nas dimensões de função física e dor do SF-36. Para os indivíduos do sexo masculino não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas em qualquer das dimensões do SF-36, enquanto que para os indivíduos do sexo feminino, tais diferenças foram verificadas em várias dimensões. Assim, os nossos resultados sugerem que a variável sexo é modificadora do efeito do excesso de peso/obesidade na QVRS. Esta relação está descrita em vários artigos,

bem como a melhoria da qualidade de vida relacionada com a saúde verificada em obesos que perderam peso. São necessários estudos longitudinais para avaliar a causalidade da associação observada.

Agradecimentos

Os autores agradecem a todos os Directores Técnicos, restante equipa e utentes das farmácias do Concelho de Loures: Tojal, Maria Lda., Fátima, Barreiros Faria, Pinheirense, Luna Viana, Sálvia, Santa Bárbara, Valente, Pedro Santos, Saraiva e Matos, pela disponibilidade demonstrada. Um agradecimento particular a todos aqueles que viabilizaram este estudo, de forma directa ou indirecta, particularmente a Exigo Consultores, na pessoa do seu Director Jorge Félix e à Associação Nacional das Farmácias, na pessoa da Coordenadora do Departamento de Programas de Cuidados Farmacêuticos, Suzete Costa. Finalmente, agradecemos a um revisor anónimo da RPSP pelos comentários construtivos a uma primeira versão do artigo.

□ Bibliografia

CALLE, E. E. *et al* — Body-mass index and mortality in a prospective cohort of U.S. adults. *The New England Journal of Medicine*. ISSN 1533-4406. 341 : 15 (1999) 1097-1105.

CARMO, I. *et al* — Prevalence of obesity in Portugal. *Obesity Reviews*. ISSN 1467-7881. 7 : 3 (2006) 233-237.

CARMO, I. *et al* — Prevalência da obesidade em Portugal Continental (EPOP) : estudo transversal. *Arquivos de Medicina*. ISSN 0871-3413. 15 : Supl. 2 (2001) 12-32.

CROSBY, R. D.; KOLOTKIN, R. L.; WILLIAMS, G. R. — Defining clinically meaningful change in health-related quality of life. *Journal of Clinical Epidemiology*. ISSN 0895-4356. 56 : 5 (2003) 395-407.

DIXON, J. B.; DIXON, M. E.; O'BRIEN, P. E. — Quality of life after lap-band placement : influence of time, weight loss, and comorbidities. *Obesity Research*. ISSN 1071-7323. 9 : 11 (2001) 713-721.

DOLL, H. A.; PETERSEN, S. E. K.; STEWART-BROWN, S. L. — Obesity and physical and emotional well-being : associations between body mass index, chronic illness, and the physical and mental components of the SF-36 questionnaire. *Obesity Research*. ISSN 1071-7323. 8 : 2 (2000) 160-170.

DYMEK, M. P. *et al* — Quality of life after gastric bypass surgery : a cross-sectional study. *Obesity Research*. ISSN 1071-7323. 10 : 11 (2002) 1135-1142.

FERREIRA, P. L. — Criação da versão portuguesa do MOS SF-36 : parte I : adaptação cultural e linguística. *Acta Médica Portuguesa*. ISSN 0870-399X. 13 : 1-2 (2000) 55-66.

FERREIRA, P. L.; SANTANA, P. — Percepção de estado de saúde e de qualidade de vida da população activa : contributo para a definição de normas portuguesas. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. ISSN 0870-9025. 21 : 2 (2003) 15-30.

FINE, J. T. *et al* — A prospective study of weight change and health-related quality of life in women. *Journal of the American Medical Association*. ISSN 0098-7484. 282 : 22 (1999) 2136-2142.

FONSECA, M. M. *et al* — Validity of self-reported weight and height and the body mass index within the «Pró-saúde» study. *Revista de Saúde Pública*. ISSN 0034-8910. 38 : 3 (2004) 1-7.

FONTAINE, K. R. *et al* — Weight loss and health-related quality of life : results at 1-year follow-up. *Eating Behaviors*. ISSN 1471-0153. 5 : 1 (2004) 85-88.

GARRATT, A. M. *et al* — The SF 36 health survey questionnaire : an outcome measure suitable for routine use within the NHS. *British Medical Journal*. ISSN 0959-8146. 306 : 6890 (1993) 1440-1444.

IDLER, E. L.; BENYAMINI, Y. — Self-rated health and mortality : a review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behaviour*. ISSN 0022-1465. 38 : 1 (1997) 21-37.

JENKINSON, C.; COULTER, A.; WRIGHT, L. — Short form 36 (SF36) health survey questionnaire : normative data for adults of working age. *British Medical Journal*. ISSN 0959-8146. 306 : 6890 (1993) 1437-1440.

KATZ, D. A.; MCHORNEY, C. A.; ATKINSON, R. L. — Impact of obesity on health-related quality of life in patients with chronic illness. *Journal of General Internal Medicine*. ISSN 0884-8734. 15 : 11 (2000) 789-796.

LARSSON, U.; KARLSSON, J.; SULLIVAN, M. — Impact of overweight and obesity on health-related quality of life : a Swedish population study. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*. ISSN 0307-0565. 26 : 3 (2002) 417-424.

LEAN, M. E. J.; HAN, T. S.; SEIDELL, J. C. — Impairment of health and quality of life using new US federal guidelines for the identification of obesity. *Archives of Internal Medicine*. ISSN 0003-9926. 159 : 8 (1999) 837-843.

PI-SUNYER, F. X. — Medical hazards of obesity. *Annals of Internal Medicine*. ISSN 0003-4821. 119 : 7 (1993) 655-660.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Saúde. Observatório Nacional de Saúde — Inquérito Nacional de Saúde : dados gerais, Continente, 1998/1999. Lisboa : Observatório Nacional de Saúde, 2000. ISBN 972-8643-00-4.

SANTOS, R. — O peso da obesidade : avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde e do índice de massa corporal na população utente das farmácias do concelho de Loures. Lisboa : Escola Nacional de Saúde Pública, 2004. Dissertação de Mestrado para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Pública, na Escola Nacional de Saúde Pública.

STAFFORD, M.; HEMINGWAY, H.; MARMOT, M. — Current obesity, steady weight change and weight fluctuation as predictors

of physical functioning in middle aged office workers : the Whitehall II study. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*. ISSN 0307-0565. 22 : 1 (1998) 23-31.

WARE, J. E., KOSINSKI, M., GANDEK, B. — SF-36® health survey : manual and interpretation guide. Lincoln, RI: QualityMetric Incorporated, 2003. ISBN 1-891810-06-5.

WARE, J. E.; KOSINSKI, M. — Interpreting SF-36® summary health measures : a response. *Quality of Life Research*. ISSN 0962-9343. 10 : 5 (2001) 405-413; discussion 415-420.

WHO — Obesity : preventing and managing the global epidemic. Geneva: World Health Organisation, 2000. ISBN 92-4-120894-5. (WHO Technical Report Series; 894).

WHO — Physical status : the use and interpretation of anthropometry : report of a WHO Expert Committee. Geneva : World Health Organisation, 1997. ISBN 92-4-120854-6. (WHO Technical Report Series; 854).

YANCY, W. S. *et al* — Relationship between obesity and health-related quality of life in men. *Obesity Research*. ISSN 1071-7323. 10 : 10 (2002) 1057-1064.

□ Abstract

THE WEIGHT OF OBESITY : HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE AND BODY MASS INDEX IN USERS OF PHARMACIES

Obesity represents a major public health problem in developed countries. Overweight and obesity are associated with increased risk of morbidity and mortality and adversely affect quality of life, in both its physical and mental dimensions. Health-related Quality of Life (HRQL) comprises physical,

psychological and social dimensions of health. HRQL has been increasing in importance as an outcome measure in health, particularly when chronic diseases are studied.

This study aims to describe HRQL (as measured by SF-36) and investigate the association between HRQL and overweight/obesity (as measured by body mass index — BMI) in patients attending Loures pharmacies (Lisbon, Portugal).

This cross-sectional study examines 228 adults (aged more than 18 years old) of 11 pharmacies from Loures. The main outcome measures were body mass index (calculated from self-reported height and weight and classified according to WHO criteria) and HRQL (measured with SF-36) in 8 health dimensions: physical functioning, role-physical, bodily pain, general health, vitality, social functioning, role-emotional and mental health. In each dimension, «0» corresponds to the worst value possible and «100» to the best. Demographic data was also collected.

Participants were mostly female — 87 men and 136 women. Mean age was 43.9 ± 14.4 years. A total of 51.5% of participants has a BMI over or equal 25 kg/m^2 . Health-related Quality of Life profile was (mean values $\pm$ standard deviation): FF = 83.4 ± 18.4 ; DF = 73.2 ± 34.8 ; DR = 65.5 ± 24.3 ; SG = 57.9 ± 19.5 ; VT = 57.1 ± 21.1 ; FS = 73.9 ± 24.8 ; DE = 65.9 ± 38.8 e SM = 62.1 ± 22.4 . Respondents with BMI over or equal 25 kg/m^2 were significantly different for two of the physical dimensions, namely physical function ($p = 0.046$) and bodily pain subscales ($p = 0.007$), when compared to those in the normal BMI category.

In this sample, overweight and obesity has a significant impact on the health related quality of life of users of pharmacies at Loures. Further investigation through longitudinal prospective studies would be useful to evaluate in greater detail the causal relationship between BMI and HRQL.

Key-words: health-related quality of life; obesity; body mass index; SF-36.



Preço de capa, 15 €