

**CONTRIBUTO PARA A ADAPTAÇÃO PARA A POPULAÇÃO
PORTUGUESA DE UMA ESCALA DE AVALIAÇÃO DA
QUALIDADE DE VIDA ESPECÍFICA PARA DOENTES
COM OBESIDADE: A ORWELL-97**

Isabel L. Silva¹, J.L. Pais-Ribeiro² & Helena Cardoso³

¹Universidade Fernando Pessoa, Porto; ²Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto; ³Hospital Geral de Santo António – Serviço de Endocrinologia e Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto

(Estudo realizado com o apoio da Fundação para a Ciência e a Tecnologia -BPD/28475/2006)

RESUMO: O presente estudo teve como objectivo contribuir para a adaptação de uma escala de qualidade de vida específica para a obesidade (ORWELL 97) para a população portuguesa. A tradução dos itens da ORWELL 97 foi realizada de forma independente por três tradutores fluentes na língua utilizada na versão publicada do questionário (inglês), tendo-se chegado a uma versão final de consenso. A versão portuguesa da ORWELL-97 foi administrada a uma amostra de conveniência de 198 indivíduos com obesidade, dos quais 84,8% do sexo feminino; com idades compreendidas entre 15 e 65 anos ($M=38,86$; $DP=11,47$); variando o seu nível de escolaridade entre zero e 22 anos ($M=7,34$; $DP=4,34$), com um índice de massa corporal que varia entre 30,37 e 80,65 ($M=48,76$; $DP=8,40$). A escala adaptada à população portuguesa revelou apresentar uma consistência interna, validade e sensibilidade aceitáveis, bem como tratar-se de um instrumento de fácil e rápida resposta, bem aceite pelos doentes.

Palavras-chave: Obesidade, Qualidade de vida, Avaliação, ORWELL-97.

**CONTRIBUTE TO THE ADAPTATION OF AN OBESITY SPECIFIC
QUALITY OF LIFE SCALE (ORWELL-97) TO THE
PORTUGUESE POPULATION.**

ABSTRACT: The objective of the present study was to contribute to the adaptation of an obesity specific quality of life scale (ORWELL-97) to the Portuguese population. The translation of ORWELL 97 into Portuguese was done, initially, in an independent way by three translators, who, subsequently, proceeded to a consensual final Portuguese version. A convenience sample of 198 obese patients, 84.8% females, aged between 15 and 65 years old ($M=38.86$; $SD=11.47$), with a school level ranged between zero and 22 years ($M=7.34$; $SD=4.34$), presenting a body mass index between 30.37 e 80.65 ($M=48.76$; $SD=8.40$) answered to the Portuguese version of ORWELL 97. Results suggested that this scale present a satisfactory reliability, validity and sensitivity. Furthermore it is a brief answer scale, easily understood and well accepted by the respondents.

Key words: Obesity, Quality of life, Assessment, ORWELL-97.

Recebido em 27 de Novembro de 2007 / aceite em 13 de Fevereiro de 2008

No sentido restrito do termo, a obesidade é uma situação que resulta de um excesso de reservas lipídicas armazenadas no tecido adiposo do indivíduo (Carmo, 2001; Sociedade Portuguesa para o Estudo da Obesidade, 1995).

Em relação à etiologia e à fisiopatologia, não podemos falar de obesidade, mas de obesidades, podendo ser identificadas etiologias diversas e multifactoriais para esta perturbação. Esta doença revela ser influenciada por factores ambientais, como o stress, o aporte alimentar rico em gorduras saturadas e açúcares e o sedentarismo, bem como por factores de ordem genética (Carmo, 2001).

A obesidade está associada a um conjunto de doenças de elevada prevalência na comunidade, de que fazem parte a diabetes tipo 2, a hipertensão arterial, a dislipidemia e a doença cardiovascular, que constitui uma das principais causas de morte nos países ditos desenvolvidos e que tem sofrido um inegável aumento também nos países não desenvolvidos e em vias de desenvolvimento (Sociedade Portuguesa para o Estudo da Obesidade, 1995). Para além disso, a obesidade é responsável por complicações como insuficiência venosa e fenómenos tromboembólicos, complicações pulmonares (nomeadamente, a síndrome de apneia do sono) e digestivas (de que são exemplo a esteatose, esteatohepatite, litíase biliar), osteoarticulares, maior risco anestésico e cirúrgico, cancro do colon e da próstata no homem e cancro da mama, ovário, útero e vias biliares na mulher (Silva, 1999; Sociedade Portuguesa para o Estudo da Obesidade, 1995).

A obesidade do adulto deve ser sempre encarada como uma situação crónica, em relação à qual não há cura e que exige medidas para toda a vida. O seu tratamento deverá passar pela mudança do estilo de vida, cuidados nutricionais, exercício físico, tratamento comportamental e, de acordo com a gravidade, tratamento farmacológico e eventualmente tratamento cirúrgico (Sociedade Portuguesa para o Estudo da Obesidade, 1995).

O trabalho clínico com os doentes obesos revela que muitos destes indivíduos percorreram um longo caminho de tentativas de emagrecimento, frequentemente com avanços e recuos. Usualmente oscilam entre perdas de peso, em períodos de tempo mais ou menos curtos, e recuperação do peso perdido, se não mesmo, aumento de peso superior ao perdido – o que é descrito como “fenómeno ió-ió”.

Os doentes obesos apresentam, frequentemente, desânimo aprendido, baixa auto-estima, sintomas depressivos e de ansiedade, *distress*, auto-culpabilização, frustração, insatisfação com a sua imagem corporal, baixo bem-estar, evitamento social. Para além disso, a obesidade parece ser, ainda, uma condição altamente estigmatizante na nossa sociedade (Lee, 2003).

Tendo tão amplas consequências a nível físico e psicológico, poderemos esperar que a obesidade esteja associada a uma deterioração da qualidade de vida relacionada com a saúde nestes doentes.

A qualidade de vida (QV) relacionada com a saúde refere-se particularmente à QV das pessoas que, por qualquer razão (neste caso, por causa da obesidade), estão ligadas ao sistema de cuidados de saúde, sendo o seu elemento central a saúde. A

avaliação da QV relacionada com a saúde visa, assim, perceber de que forma os diferentes domínios são influenciados pelas características da doença que afecta a pessoa.

Vários estudos têm sugerido que a QV dos doentes obesos é inferior quando comparada com a de indivíduos com peso normal ou com baixo peso (Friedlander, Larkin, Rosen, Palermo & Redline, 2003; Groessl, Kaplan, Barrett-Connor & Ganiats, 2004; Hassan, Joshi, Madhavan & Amonkar, 2003).

Com o objectivo de avaliar a QV de forma mais aprofundada, têm sido desenvolvidos instrumentos específicos, que focam detalhadamente os domínios mais relevantes para a doença ou condição que está a ser estudada, sendo mais sensíveis a mudanças nestes. Estes instrumentos são adequados, nomeadamente, para investigações sobre intervenções terapêuticas específicas, sendo mais sensíveis à mudança (Berzon, 2000; Lydick et al., 2000; Testa & Simonson, 1996; Wright, 1994). Os instrumentos específicos apresentam algumas vantagens, nomeadamente, diminuir a sobrecarga e aumentarem a aceitabilidade pelo doente ao incluírem dimensões relevantes para este, o que pode aumentar a correspondência.

Ao longo dos últimos vinte anos, muitos têm sido os instrumentos utilizados com o intuito de avaliar a QV na população com obesidade. Todavia, muitos desses instrumentos limitam-se a avaliar a QV ou o impacto da obesidade nas dimensões avaliadas, mas nunca procuram ponderar o quanto essas dimensões são relevantes para cada um dos indivíduos (se é que estes as consideram realmente relevantes). Um domínio da QV poderá ser avaliado como muito fraco e, no entanto poderá ser avaliado como não importante para o indivíduo, enquanto um outro poderá ser avaliado como não se encontrando fortemente comprometido, e tratar-se de uma área considerada como muito importante na vida da pessoa. Já nos anos 90, os investigadores alertavam para a necessidade de ter em conta, na avaliação da QV, a importância relativa para o indivíduo de cada um dos domínios avaliados (Felce & Perry, 1995).

A ORWELL 97 é uma escala de avaliação da QV específica para os doentes com obesidade. Este instrumento foi desenvolvido por Mannucci (1999). A ORWELL 97 foi construída por uma equipa de profissionais de saúde, bem como por um grupo de doentes, que procuraram abarcar as queixas mais frequentes e relevantes, quer do ponto de vista físico, quer psicológico e social, dos doentes obesos. O questionário é constituído por 18 itens que, conceptualmente, procuram avaliar três áreas diferentes:

1- *Sintomas* (5 itens): procura avaliar os sintomas somáticos da obesidade e funcionamento físico em doentes obesos.

2- *Desconforto* (7 itens): procura avaliar o impacto da obesidade no estado emocional do doente e nas suas preocupações relacionadas com a obesidade. Este não constitui um índice de psicopatologia, não tendo sido concebido com o objectivo de detectar sintomas relacionados com ansiedade, humor, nem com per-

turbações do comportamento alimentar, que frequentemente são encontrados nos doentes obesos.

3- *Impacto* (6 itens): procura avaliar as consequências da obesidade no relacionamento familiar, no desempenho funcional, e na rede social do doente.

Os itens foram desenvolvidos para que pudessem ser aplicados a uma ampla população de doentes obesos, independentemente da sua idade, sexo, estado civil, actividade profissional/ocupação e nível de escolaridade.

Para cada um dos itens, é pedido ao doente que avalie numa escala de 0 a 3 a frequência e/ou gravidade do sintoma (Ocorrência) e a relevância subjectiva das limitações relacionadas com esse sintoma na sua vida (Importância). O total do item individual é calculado através do produto da Ocorrência (alínea A do item) e da Importância (alínea B do item). O valor total da ORWELL 97 é obtido através da soma dos valores dos itens individuais. Quanto mais elevado for o valor total obtido na ORWELL 97, pior revela ser a QV do indivíduo. Por seu lado, o valor da Ocorrência é obtido através da soma dos valores das alíneas dos itens assinaladas com (O), enquanto o valor da Importância é calculado somando os valores das alíneas dos itens assinaladas com (I).

A análise factorial exploratória realizada pelos autores do instrumento sugere a existência de duas subescalas: a ORWELL 97-1, relacionada com a adaptação psicológica e social, e a ORWELL 97-2, relacionada com os sintomas físicos (Mannucci, 1999).

Este questionário distingue-se pelo facto de não pressupor que diferentes áreas da vida do doente serão afectadas de forma igual e com a mesma intensidade, permitindo calcular um valor de QV que é resultado da importância atribuída pelo doente à área avaliada e da frequência com que esta ocorre. Apesar das vantagens que apresenta, não são frequentes os estudos em que este instrumento foi utilizado. Um destes estudos foi desenvolvido por Mazzoni, Mannuci, Rizello, Ricca e Rotella (1999), que utilizaram a ORWELL 97 com o intuito de analisar se a acupunctura tinha impacto na QV de doentes obesos, tendo concluído que este tratamento não tinha um impacto significativo.

O presente estudo teve como objectivo contribuir para a adaptação de uma escala de QV específica (ORWELL 97) para a população portuguesa com obesidade.

MÉTODO

Participantes

198 Indivíduos com obesidade, dos quais 84,8% do sexo feminino; com idades compreendidas entre 15 e 65 anos ($M=38,86$; $DP=11,47$); variando o seu nível de escolaridade entre zero e 22 anos ($M=7,34$; $DP=4,34$), com um índice de massa corporal que varia entre 30,37 e 80,65 ($M=48,76$; $DP=8,40$).

Material

Os participantes responderam à ORWELL 97 (versão portuguesa, em estudo), ao SF-36 e à Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (Pais-Ribeiro, et al., 2007).

SF-36 – O SF-36 foi desenvolvido por John Ware e pela sua equipa há cerca de 15 anos. Constitui um instrumento de avaliação genérico do estado de saúde, não sendo específico de qualquer nível etário, doença ou tratamento. A sua versão final contém 36 itens, que abarcam 8 domínios básicos, que detectam quer estados positivos, quer estados negativos de saúde (Ferreira, 2000; McHorney, Ware & Raczek, 1993; Pais Ribeiro, 1994;2005; The Medical Outcomes Trust, 1993; Ware & Sherbourne, 1992): funcionamento físico, desempenho físico, desempenho emocional, dor, saúde geral, vitalidade, funcionamento social e saúde mental, incluindo, ainda, um item de transição de saúde.

HADS – Escala de auto-resposta desenvolvida por Zigmond e Snaith, em 1983, e que tem como objectivo identificar de forma válida, fiel e prática sintomas de depressão e ansiedade. Apresenta como importante vantagem sobre outras escalas o facto de ter sido concebida de forma a evitar indicadores físicos, que pudessem induzir em erro na avaliação de populações com doença. A versão portuguesa da escala (Pais-Ribeiro et al., 2007) revela ser de fácil compreensão, resposta rápida e bem aceite pelos respondentes, para além de ter provado ser um instrumento fiel, válido e sensível.

Procedimento

A tradução dos itens da ORWELL 97 foi realizada por três tradutores fluentes na língua utilizada na versão publicada do questionário (a versão publicada pelos autores foi escrita em inglês, ainda que a versão original tenha sido desenvolvida em italiano), com compreensão do propósito do questionário e da intenção subjacentes à criação de cada um dos itens (Silva, Meneses & Pais Ribeiro, versão portuguesa em estudo – Anexo 1). As traduções foram realizadas de forma independente pelos diferentes tradutores, que, posteriormente, procuraram discutir as discrepâncias entre as traduções, de forma a chegarem a um consenso em relação à tradução de cada item do questionário.

Foi realizado, também, um pequeno estudo piloto de análise cognitiva das instruções e itens do questionário, com o objectivo de avaliar a sua clareza, compreensão e relevância cultural, bem como se a terminologia utilizada na versão traduzida era adequada.

Os dados foram recolhidos no contexto de uma entrevista pessoal. A forma como o estudo foi conduzido respeitou os princípios definidos na Declaração de Helsínquia.

Os participantes responderam aos questionários após obtenção do seu consentimento informado ou, no caso de se tratar de doentes de menor idade, após obtenção do consentimento informado do adulto por eles responsável.

Nessa entrevista foram, ainda, recolhidas informações que permitissem avaliar se os doentes apresentavam sintomas sugestivos de perturbação de ingestão compulsiva. Para tal, foram adoptados os critérios referidos pelo DSM-IV (American Psychiatric Association, 1996):

A – Episódios recorrentes de ingestão compulsiva. Um episódio de ingestão compulsiva é caracterizado pelas seguintes condições:

- (1) Ingestão, num curto período de tempo (por exemplo, em duas horas) de uma quantidade de comida francamente superior à que a maioria das pessoas poderia consumir no mesmo tempo e sob circunstâncias similares.
- (2) Sensação de perda de controlo sobre a ingestão durante o episódio (por exemplo, sensação de que não pode parar de comer ou controlar o que e quanto está a comer).

B – Os episódios de ingestão compulsiva associam-se a três (ou mais) dos seguintes sintomas:

- (1) Ingestão muito mais rápida do que o habitual;
- (2) Comer até se sentir desconfortavelmente cheio;
- (3) Ingestão de grandes quantidades de comida apesar de não sentir fome;
- (4) Comer sozinho para esconder a sua voracidade;
- (5) Sentir-se desgostoso consigo próprio, depressão ou grande culpabilidade depois da ingestão compulsiva;

C – Profundo mal-estar ao recordar as ingestões compulsivas;

D – As ingestões compulsivas têm lugar, em média, pelo menos dois dias na mesma semana durante seis meses;

E – A ingestão compulsiva não se associa a estratégias compensatórias inadequadas (por exemplo, purgantes, jejum, exercício físico excessivo) e não aparecem exclusivamente no decurso de uma Anorexia Nervosa ou de uma Bulimia Nervosa.

O índice de massa corporal dos doentes foi calculado com base na seguinte fórmula: $\text{Peso (em Kg)}/\text{Altura(em metros)}^2$.

RESULTADOS

Procedeu-se à análise dos dados através da utilização do programa Statistical Package for Social Sciences.

As médias e desvios-padrão dos itens individuais encontram-se sumariados no quadro 1. Entre parêntesis, destacam-se os valores encontrados pelos autores da escala original para os respectivos itens.

Quadro 1 - Valores das médias e desvios-padrão obtidos em cada um dos itens do ORWELL 97

	<i>M</i>	<i>DP</i>
Item 1	12,02 (3,1)	4,42 (2,7)
Item 2	8,56 (2,4)	5,29 (2,9)
Item 3	5,45 (1,9)	5,26 (2,4)
Item 4	6,08 (2,2)	5,00 (2,5)
Item 5	6,45 (2,6)	5,45 (2,9)
Item 6	11,95 (3,2)	5,43 (2,8)
Item 7	8,05 (3,1)	4,67 (3,1)
Item 8	10,94 (2,0)	5,11 (2,6)
Item 9	8,35 (2,1)	5,15 (2,8)
Item 10	11,78 (3,0)	5,48 (3,0)
Item 11	10,35 (3,6)	5,47 (3,0)
Item 12	9,02 (2,6)	5,78 (2,8)
Item 13	6,47 (2,1)	4,69 (2,6)
Item 14	10,08 (2,5)	5,74 (2,6)
Item 15	9,30 (3,2)	5,80 (3,0)
Item 16	8,95 (3,3)	6,20 (3,0)
Item 17	8,64 (1,4)	5,41 (2,2)
Item 18	7,96 (3,8)	5,03 (3,6)
Ocorrência total	55,25	7,54
Importância total	49,74	10,77
ORWELL 97-1	127,01	43,14
ORWELL 97-2	39,92	15,04
QV total	105,35	19,82

Os doentes obesos portugueses revelaram apresentar uma QV inferior à dos doentes obesos italianos em todos os domínios avaliados. Todavia, o IMC dos participantes do presente estudo é mais elevado ($M=48,76$; $DP=8,40$) do que o dos participantes avaliados no estudo da versão original do instrumento ($M=37,90$; $DP=6,30$), variando os valores do IMC dos primeiros entre 30,37 e 80,65, e os valores do IMC dos segundos entre 30,00 e 61,30.

Estrutura factorial

A estrutura de dois factores apresentada pelos autores (adaptação psicológica e social – ORWELL 97-1- e sintomas – ORWELL 97-2) não foi encontrada no presente estudo.

Quadro 2 - Análise em componentes principais

	Factor 1	Factor 2
Item 1		0,63
Item 2		0,58
Item 3	0,51	
Item 4	0,26	
Item 5	0,33	
Item 6	0,38	
Item 7	0,49	
Item 8	0,65	

Quadro 2 (Cont) - Análise em componentes principais

	Factor 1	Factor 2
Item 9	0,57	
Item 10	0,60	
Item 11	0,49	
Item 12	0,68	
Item 13	0,57	
Item 14	0,79	
Item 15	0,70	
Item 16	0,67	
Item 17	0,62	
Item 18	0,41	

Porém, optou-se por considerar o valor total da escala de vida específica para a obesidade (QV Total) e as duas subescalas – Ocorrência e Importância – por teoricamente parecerem coerentes. Ao longo do presente estudo procedeu-se, no entanto, à análise das subescalas ORWELL 97-1 e ORWELL 97-2, no sentido de explorar as suas qualidades psicométricas e porque, uma vez mais, estas parecem coerentes do ponto de vista teórico.

Consistência interna

A consistência interna foi calculada através do alpha de Cronbach. Os resultados revelam que o alpha de Cronbach para a escala total é de 0,85, valor superior ao encontrado pelos autores no estudo da versão original da escala, que era de 0,83. No que concerne à subescala Ocorrência, o alpha de Cronbach revelou ser de 0,82 e, relativamente à subescala Importância, revelou ser de 0,76. Os resultados sugerem a existência de uma razoável consistência interna. Quando consideradas as subescalas ORWELL 97-1 e ORWELL 97-2, constatou-se que, para a primeira, o alpha de Cronbach é de 0,86 e, para a segunda, o alpha de Cronbach é de 0,50. Não nos é possível comparar os valores de alpha de Cronbach por nós encontrados para as subescalas Ocorrência, Importância, ORWELL 97-1 e ORWELL 97-2, uma vez que os autores do estudo da versão original do instrumento omitiram essa informação.

A análise dos resultados demonstra, assim, que a presente versão portuguesa da ORWELL 97 possui uma fidelidade aceitável, sugerindo, no mesmo sentido da análise factorial, que a subescala ORWELL 97-2 deverá ser reestruturada, uma vez que se trata da única subescala com um valor de fidelidade inferior ao aceitável (alpha de Cronbach igual ou superior a 60).

Validade

A generalidade dos itens apresenta uma correlação, corrigida para sobreposição, com a escala total superior a 0,40.

Quadro 3 - Valores da correlação, corrigida para sobreposição, do item com a escala total

	ESCALA TOTAL
	<i>r</i>
Item 1	0,25
Item 2	0,31
Item 3	0,45
Item 4	0,23
Item 5	0,28
Item 6	0,32
Item 7	0,42
Item 8	0,56
Item 9	0,50
Item 10	0,49
Item 11	0,41
Item 12	0,60
Item 13	0,49
Item 14	0,70
Item 15	0,60
Item 16	0,57
Item 17	0,53
Item 18	0,34

Optou-se por manter os itens cuja correlação era inferior a este valor (itens 1, 2, 4, 5, 6 e 18), uma vez que a sua presença não diminui a fidelidade da escala e que, do ponto de vista clínico, se referem a aspectos que têm demonstrado ser relevantes para os doentes obesos. No entanto, destaca-se o facto da maioria desses itens cuja correlação é inferior a 0,40 dizerem respeito à subescala ORWELL-2.

Correlação com uma escala genérica de QV

Calculou-se a correlação entre os valores obtidos na ORWELL-97 com os valores obtidos nas subescalas do SF-36.

Quadro 4 - Correlação entre os valores obtidos nos itens da ORWELL 97 e nas subescalas do SF-36

	Funcionamento físico	Desempenho físico	Dor	Saúde geral	Vitalidade	Funcionamento social	Saúde mental	Transição de saúde	Desempenho emocional
Item 1	-0,27***	0,12	0,02	-0,12	-0,07	0,05	-0,03	0,09	0,03
Item 2	-0,22**	-0,14	-0,16*	-0,06	-0,13	-0,24**	-0,18*	0,11	-0,14

Quadro 4 (Cont.) - Correlação entre os valores obtidos nos itens da ORWELL 97 e nas subescalas do SF-36

	Funcionamento físico	Desempenho físico	Dor	Saúde geral	Vitalidade	Funcionamento social	Saúde mental	Transição de saúde	Desempenho emocional
Item 3	-0,42***	-0,31***	-0,29***	-0,22**	-0,43***	-0,33**	-0,30***	0,31***	-0,26***
Item 4	-0,13	-0,18*	-0,16*	-0,27**	-0,38***	-0,26***	-0,33***	0,31***	-0,35***
Item 5	-0,19**	-0,21*	-0,06	-0,11	-0,27***	-0,25**	-0,23**	0,08	-0,21**
Item 6	-0,10	-0,16	-0,09	-0,24**	-0,17*	-0,10	-0,15*	0,10	-0,10
Item 7	-0,25**	-0,28***	-0,22**	-0,22**	-0,16*	-0,40***	-0,27***	0,27***	-0,18**
Item 8	-0,54***	-0,47***	-0,35***	-0,33***	-0,39***	-0,44***	-0,35***	0,31***	-0,34***
Item 9	-0,35***	-0,39***	-0,16*	-0,19**	-0,25**	-0,35***	-0,25**	0,14	-0,35***
Item 10	-0,22**	-0,22**	-0,16*	-0,12	-0,24**	-0,32***	-0,35***	0,21***	-0,26***
Item 11	-0,17*	-0,10	-0,09	-0,20**	-0,24**	-0,29***	-0,27***	0,14	-0,14
Item 12	-0,27***	-0,17*	-0,11	-0,23**	-0,29***	-0,37***	-0,40*	0,18	-0,32***
Item 13	-0,14	-0,10	-0,13	-0,27**	-0,18*	-0,36***	-0,43***	0,16	-0,20**
Item 14	-0,40***	-0,40***	-0,31***	-0,32***	-0,44***	-0,55***	-0,61***	0,26***	-0,42***
Item 15	-0,35***	-0,35***	-0,32***	-0,37***	-0,42***	-0,41***	-0,61***	0,24**	-0,35***
Item 16	-0,20**	-0,20**	-0,19**	-0,31***	-0,32***	-0,41***	-0,49***	0,18*	-0,26***
Item 17	-0,30***	-0,26***	-0,31***	-0,28**	-0,31***	-0,34***	-0,38***	0,24**	-0,17*
Item 18	-0,04	-0,11	-0,03	-0,18**	-0,15*	-0,14	-0,25**	0,36	-0,14
Ocorrência	-0,54***	-0,47***	-0,36***	-0,41***	-0,51***	-0,57***	-0,47***	0,38***	-0,47***
Importância	-0,31***	-0,30***	-0,24**	-0,41***	-0,48***	-0,51***	-0,39***	0,30***	-0,39***
ORWELL 97-1	-0,41***	-0,39***	-0,29***	-0,42***	-0,46**	-0,56***	-0,41***	0,31***	-0,41***
ORWELL 97-2	-0,40***	-0,33***	-0,25***	-0,24**	-0,42***	-0,39***	-0,37***	0,32***	-0,33***
QV Total	-0,44***	-0,40**	-0,30***	-0,40***	-0,49***	-0,56**	-0,42***	0,35***	-0,42***

*** p<0,0001; ** p<0,01; * p<0,05

A análise dos resultados permite verificar que existem correlações negativas estatisticamente significativas entre os itens da ORWELL 97 e as subescalas do SF-36, sobretudo quando consideramos as subescalas Ocorrência e Importância, a ORWELL 97-1 e a ORWELL 97-2, e o valor da escala total. Quando tido em consideração apenas o valor total da ORWELL 97, as correlações com as subescalas do SF-36 são, na sua maioria, moderadas.

Procedeu-se, ainda à análise da correlação entre a ORWELL-97 e a componente mental e a componente física do SF-36.

Quadro 5 - Correlação entre os valores obtidos nos itens da ORWELL 97 e no componente mental e componente físico do SF-36

	Componente Mental <i>r</i>	Componente Físico <i>r</i>
Item 1	-0,05	-0,20***
Item 2	-0,21**	-0,19*
Item 3	-0,40***	-0,41***
Item 4	-0,41***	-0,25**
Item 5	-0,29***	-0,20**
Item 6	-0,16*	-0,18*
Item 7	-0,33***	-0,32***
Item 8	-0,48***	-0,56***
Item 9	-0,39***	-0,36***
Item 10	-0,37***	-0,24**
Item 11	-0,28***	-0,17*
Item 12	-0,43***	-0,25**
Item 13	-0,38***	-0,19**
Item 14	-0,63***	-0,47***
Item 15	-0,55***	-0,46***
Item 16	-0,48***	-0,29***
Item 17	-0,36***	-0,37***
Item 18	-0,22**	-0,09
Ocorrência	-0,67***	-0,59***
Importância	-0,61***	-0,40***
ORWELL 97-1	-0,63***	-0,49***
ORWELL 97-2	-0,47***	-0,41***
QV Total	-0,65***	-0,51***

*** $p < 0,0001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$

Quando considerados os dois componentes do SF-36, verifica-se que a correlação entre os dois instrumentos são mais elevadas, sobretudo no que respeita à correlação entre o componente mental do SF-36 e as subescalas Ocorrência, Importância, ORWELL 97-1 e ORWELL 97-2, e o valor total da ORWELL 97. No entanto, estas correlações podem apenas ser consideradas moderadas.

Os valores da correlação entre as duas escalas são negativos, traduzindo o facto de quanto maior o valor obtido no SF-36, melhor revelar ser a QV do doente (com excepção da transição de saúde, cuja cotação é feita de forma inversa), e quanto maior o valor obtido na ORWELL 97, pior revelar ser a QV do indivíduo.

Aspectos clínicos

Os dados revelam a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os dois sexos quanto à QV total de doentes obesos ($t(178)=3,58$; $p < 0,0001$), à fre-

quência com que cada uma das distintas áreas avaliadas é afectada ($t(181)=3,00$; $p<0,01$) e à importância que lhe é atribuída ($t(183)=3,42$; $p<0,01$). Relativamente à ORWELL 97-1, também se verifica a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os dois sexos, sendo que o sexo masculino revela uma QV mais elevada ($t(185)=4,22$; $p<0,0001$). Todavia, no que diz respeito à ORWELL 97-2 não se verificou a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os dois sexos.

Quadro 6 - Médias e desvios-padrão da Ocorrência, Importância e escala total para os sexos masculino e feminino

	Masculino		Feminino	
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Ocorrência	49,79	10,75	55,89	9,74
Importância	46,89	8,67	52,91	8,57
ORWELL 97-1	96,61	38,05	132,36	41,85
QV Total	137,07	47,58	173,84	50,33

As mulheres referem que as áreas avaliadas são mais frequentemente afectadas do que os homens, atribuem-lhes maior importância do que estes e referem uma QV específica para a obesidade menor do que os doentes do sexo masculino. Quanto à ORWELL 97-1, também se observou que as mulheres revelam menor QV no que respeita à adaptação psicológica e social do que os homens.

Procedeu-se à análise das diferenças entre os dois sexos quanto aos itens considerados individualmente, tendo-se constatado a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os dois sexos em relação aos itens 10 ($t(189)=2,19$; $p<0,05$), 11 ($t(190)=3,11$; $p<0,01$), 12 ($t(189)=2,24$; $p<0,05$), 13 ($t(189)=3,93$; $p<0,0001$), 14 ($t(189)=4,05$; $p<0,0001$), 15 ($t(189)=4,21$; $p<0,0001$), 16 ($t(190)=5,48$; $p<0,0001$), 17 ($t(190)=3,03$; $p<0,01$) e 18 ($t(190)=2,14$; $p<0,05$).

Quadro 7 - Diferenças nos valores da ORWELL 97 entre os dois sexos em relação aos itens do instrumento

	Masculino		Feminino	
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Item 10	9,62	5,98	12,10	5,55
Item 11	7,90	5,27	11,29	5,46
Item 12	6,89	5,22	9,64	6,11
Item 13	4,83	3,01	7,57	5,28
Item 14	6,82	5,38	11,37	5,50
Item 15	5,69	4,89	10,42	5,68
Item 16	4,83	4,27	9,90	6,13
Item 17	6,38	4,51	9,25	5,66
Item 18	7,14	4,34	9,11	5,68

Quando analisados especificamente os itens, estas diferenças também se verificam. As mulheres revelam, uma vez mais, menor QV do que os homens, sendo que os itens em que se observou a existência de diferenças estatisticamente significativas se encontram integrados na ORWELL 97-1, subescala que avalia a adaptação psicológica e social. Não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre os dois sexos nos itens que integram a ORWELL 97-2, que pretendem avaliar a QV relacionada com sintomas de obesidade.

Ainda que a idade mostre não estar correlacionada de uma forma estatisticamente significativa com a Ocorrência, Importância, ORWELL 97-1, ORWELL 97-2 e QV total, verifica-se a ocorrência de correlações estatisticamente significativas, ainda que fracas, entre a idade e o item 8 ($r(191)=0,16$; $p<0,05$), item 12 ($r(191)=-0,21$; $p<0,01$) e item 18 ($r(192)=-0,21$; $p<0,01$). Assim, quanto maior a idade, menor parece ser a QV relativamente ao sucesso no trabalho, mas, por outro lado, menor é a percepção de que as pessoas se metem consigo por causa do peso e menor parece ser o desejo de atingir um modelo de magreza.

A idade dos participantes do presente estudo variou entre os 15 e os 65 anos ($M=38,86$; $DP=11,47$), enquanto que a idade dos participantes do estudo da versão original da ORWELL-97 apresentavam idades entre os 15 e os 73 anos ($M=45,20$; $DP=13,4$).

Foi analisada a correlação entre o nível de escolaridade dos doentes e a sua QV, tendo-se verificado que, quando controlada a idade destes, não existem correlações estatisticamente significativas entre o nível de escolaridade e a escala total, as subescalas Ocorrência, Importância, ORWELL 97-1, ORWELL 97-2 e os itens considerados isoladamente.

O índice de massa corporal demonstrou não estar correlacionado de forma estatisticamente significativa com a Ocorrência, Importância, ORWELL 97-1, ORWELL 97-2 e QV Total. Todavia, quando analisados os itens separadamente, constatou-se que o índice de massa corporal se encontra significativamente relacionado com o item 1 ($r(181)=0,22$; $p<0,01$), item 3 ($r(181)=0,19$; $p<0,05$), item 4 ($r(182)=-0,15$; $p<0,05$), item 12 ($r(190)=0,22$; $p<0,01$) e item 17 ($r(182)=0,27$; $p<0,0001$). Quanto maior o índice de massa corporal, menor revela ser a QV dos doentes no que respeita à prática de exercício físico regular, à falta de ar, à percepção das pessoas se meterem consigo por causa do peso, e à sensação de se encontrar exposto a riscos. Porém, quanto maior é o índice de massa corporal, menor revela ser a percepção de sonolência diurna.

Os doentes que apresentam diagnóstico de perturbação de ingestão compulsiva revelam uma pior QV, nomeadamente ao nível dos itens 3 ($t(188)=2,76$; $p<0,01$), item 4 ($t(189)=3,52$; $p<0,01$), item 5 ($t(189)=2,67$; $p<0,01$), item 6 ($t(189)=2,38$; $p<0,05$), item 7 ($t(189)=2,64$; $p<0,01$), item 10 ($t(188)=2,23$; $p<0,05$), item 12 ($t(188)=3,50$; $p<0,01$), item 16 ($t(189)=3,10$; $p<0,01$), e item 17 ($t(189)=2,15$; $p<0,05$), assim como parecem atribuir maior importância às dimensões avaliadas (Importância, $t(182)=3,58$; $p<0,0001$), referem que sintomas e situações negativas

relacionadas com a obesidade ocorrem com maior frequência (Ocorrência, $t(180)=2,92$; $p<0,01$) e revelam uma pior QV total ($t(177)=3,22$; $p<0,01$). Os indivíduos com perturbação de ingestão compulsiva revelam, ainda, menor QV quando consideradas separadamente a ORWELL 97-1 ($t(184)=3,13$; $p<0,01$) e a ORWELL 97-2 ($t(182)=2,59$; $p<0,05$).

Quadro 8 - Valores das médias e desvios-padrão da QV específica para os doentes sem e com sintomas sugestivos de perturbação de ingestão compulsiva

	Perturbação de ingestão compulsiva			
	Masculino		Feminino	
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Item 3	4,90	4,57	7,02	5,88
Item 4	5,31	4,70	7,80	5,05
Item 5	5,81	5,43	7,96	5,69
Item 6	11,13	5,69	12,91	4,58
Item 7	7,43	4,43	9,24	5,04
Item 10	10,80	6,04	12,62	5,15
Item 12	7,76	5,63	10,76	6,16
Item 16	7,76	6,02	10,45	6,00
Item 17	7,93	5,26	9,64	5,77
Importância	49,68	8,65	54,20	8,50
Ocorrência	52,89	9,70	57,18	10,13
ORWELL 97-1	117,43	40,90	136,84	43,61
ORWELL 97-2	37,23	13,17	42,84	16,12
QV Total	156,13	47,88	180,37	52,78

A análise dos dados revela que, em relação à falta de ar, sonolência, transpiração, preocupação com a saúde, ambiente familiar, sentir-se pouco à vontade em mostrar o corpo, as outras pessoas meterem-se consigo por causa do peso, ter uma opinião negativa sobre si mesmo, e sentir-se exposto a riscos por causa do seu peso, os doentes obesos com diagnóstico de perturbação de ingestão compulsiva apresentam menor QV do que os doentes obesos que não têm esse diagnóstico. O mesmo se observa quando consideradas as subescalas Importância, Ocorrência, ORWELL 97-1 e ORWELL 97-2, e a QV Total.

Não se observou a existência de correlações estatisticamente significativas entre os sintomas de ansiedade e depressão e a Ocorrência, Importância, ORWELL 97-1, ORWELL 97-2 e a QV Total. Apenas se encontrou uma correlação estatisticamente significativa entre o valor total obtido na HADS e o item 15 da ORWELL 97 ($r(191)=0,16$; $p<0,05$). Assim, quanto mais elevado o humor negativo, mais o doente se sente “nervoso”.

DISCUSSÃO

Os valores por nós encontrados nos itens individualmente considerados são mais elevados do que os referidos pelos autores da escala original, revelando que os doentes que responderam à versão portuguesa da ORWELL 97 apresentam uma QV inferior à dos indivíduos avaliados no estudo de desenvolvimento do instrumento de original, que eram de nacionalidade italiana.

Uma das explicações possíveis para tal é o facto dos autores do instrumento original terem excluído do seu grupo de participantes todos os doentes que, apresentavam outras doenças associadas à obesidade, como diabetes mellitus, problemas respiratórios, doença cardiovascular, falência renal e/ou hepática. No grupo de participantes avaliado no presente estudo encontram-se doentes obesos com comorbilidade. A obesidade surge frequentemente associada a outros problemas de saúde, nomeadamente diabetes mellitus, hipertensão arterial, insuficiência venosa e fenómenos tromboembólicos, complicações pulmonares (como o síndrome de apneia do sono) e digestivas (como a esteatose, esteatohepatite, litíase biliar) e osteoarticulares, como tivemos oportunidade de referir anteriormente (Silva, 1999; Sociedade Portuguesa para o Estudo da Obesidade, 1995). Assim, pensamos ser importante não excluir no presente estudo doentes obesos que apresentassem outras doenças que, usualmente, coexistem com a obesidade.

Por outro lado, a média do índice de massa corporal dos doentes do estudo desenvolvido por Mannucci et al. (1999) é inferior à do estudo por nós efectuado, o que nos pode levar a pensar que tal justificaria esta diferença nos valores. Ainda que o índice de massa corporal não tenha revelado estar significativamente correlacionado com as subescalas Ocorrência, Importância, ORWELL 97-1, ORWELL 97-2 e ORWELL 97 total, observaram-se correlações significativas positivas entre este índice e alguns dos itens de avaliação da QV quando avaliados isoladamente (entre os quais, os que dizem respeito à prática regular de exercício físico, à percepção de que as pessoas se metem consigo por causa do peso, à percepção de estar mais exposto a riscos e à sensação de falta de ar).

Porém, é de salientar que os participantes do presente estudo apresentam uma média de idades inferior à dos participantes do estudo da escala original. Esta diferença etária poderia levar-nos a colocar a hipótese dos participantes do presente estudo apresentarem melhor QV uma vez que são mais novos, mas tal não se verifica.

As áreas em que os doentes do presente estudo revelam menor QV são os seguintes: (a) Dentro do domínio dos sintomas, fazer exercício regularmente e ter uma actividade sexual regular; (b) Dentro do domínio da adaptação psicológica e social, a preocupação com a saúde, ter sucesso no trabalho, sentir-se pouco à vontade para mostrar o corpo e sentir-se fisicamente atraente.

A escala revelou apresentar uma consistência interna e validade aceitáveis, ainda que se destaque a fragilidade da subescala ORWELL 97-2 em termos psicométricos. É possível que os sintomas físicos de obesidade não tenham necessariamente de estar

presentes em simultâneo numa mesma pessoa obesa e não têm necessariamente de ser igualmente importantes para o indivíduo, razões que poderão justificar a baixa fidelidade da ORWELL 97-2. Parece-nos mais natural que os itens que pretendem avaliar a adaptação psicológica e social (ORWELL 97-1) se encontrem mais fortemente relacionados entre si. Por outro lado, a subescala ORWELL 97-2 é constituída por um número de itens reduzido, o que poderá contribuir, ainda mais, para a sua fraca consistência interna.

Os itens da ORWELL 97 revelam estar correlacionados de forma estatisticamente significativa com a generalidade das subescalas do SF-36, sendo a correlação entre a ORWELL 97 total e os domínios do SF-36 moderada para a maior parte destes.

À semelhança do que se verificou no estudo da escala original (Michelson, et al., 2001), os doentes do sexo feminino apresentam menor QV, o que, aliás, vai ao encontro dos resultados obtidos em diversos estudos realizados com a população e com indivíduos com diferentes doenças crónicas.

A QV total e os domínios Ocorrência e Importância, ORWELL 97-1, ORWELL 97-2 e QV total não revelaram estar correlacionadas de forma estatisticamente significativa com a idade e nível de escolaridade dos doentes (a não ser de forma isolada com um ou outro item da ORWELL 97), resultado semelhante ao encontrado pelos autores no estudo da escala original.

O facto da QV específica não estar correlacionada de forma estatisticamente significativa com o índice de massa corporal, pelo menos com as subescalas Ocorrência, Importância, ORWELL 97-1, ORWELL 97-2, e ORWELL 97 total, leva-nos a considerar a hipótese de que, mais do que o excesso de peso, é a representação desse excesso e a forma como a obesidade é vivida pelo doente que provavelmente terá impacto na sua QV. Nos itens em que se observou a existência de correlações significativas, de uma forma geral, os resultados sugerem que quanto maior o índice de massa corporal, menor é a QV apresentada pelos doentes obesos.

De forma geral, os doentes com sintomas sugestivos de perturbação de ingestão compulsiva revelam menor QV do que os doentes sem sintomas desta perturbação, o que vai ao encontro dos resultados apresentados por distintos estudos (Kolotkin et al., 2004; Mannucci et al., 1999; Rieger, Wilfley, Stein, Marino & Crow, 2005; Zwaan, et al., 2002). Zwaan et al. (2002) consideram que a perturbação de ingestão compulsiva tem um impacto tão profundamente negativo na QV, que excede a influência da própria obesidade.

Contrariando os resultados apresentados por Mannucci et al. (1999), no estudo das propriedades psicométricas do instrumento original, não se verificou no presente estudo a existência de correlações estatisticamente significativas entre ansiedade, depressão e os resultados obtidos na ORWELL 97. Estes resultados podem dever-se ao facto de no presente estudo ter havido o cuidado de seleccionar um instrumento de avaliação da ansiedade e da depressão (a HADS) que foi construído com o objectivo de evitar que os sintomas de ansiedade e depressão fossem confundidos com sintomas da doença apresentada pelos respondentes. No estudo desenvolvido por Mannucci et al. (1999) foram utilizados o Beck Depression Inventory e o Stait-Trait

Anxiety Inventory, instrumentos que na sua concepção não tiveram esta mesma preocupação.

Em conclusão, o ORWELL 97 é um questionário de fácil e rápida resposta, bem aceite pelos doentes e que revela apresentar uma fidelidade e validade aceitáveis. Em estudos futuros será importante analisar mais detalhadamente a subescala ORWELL 97-2, relativa aos sintomas associados à obesidade, que parece ser o ponto mais frágil deste instrumento.

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association (1996). *DSM-IV: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Berzon, R.A. (2000). Understanding and using health-related quality of life instruments within clinical research studies. In M.J. Staquet, R.D. Hays, & P.M. Fayers, *Quality of Life Assessment in Clinical Trials* (pp.3-15). Great Britain: Oxford University Press.
- Carmo, I. (2001). *Doenças do comportamento alimentar*. Lisboa: ISPA.
- Felce, D., & Perry, J. (1995). Quality of life: Its definition and measurement. *Research in Developmental Disabilities, 16* (1), 51-74.
- Ferreira, P.L. (2000). Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte I – Adaptação cultural e linguística. *Acta Médica Portuguesa, 13*, 55-66.
- Friedlander, S.L., Larkin, E.K., Rosen, C.L., Palermo, T.M., & Redline, S. (2003). Decreased quality of life associated with obesity in school-aged children. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 157*(12), 1206-1211.
- Groessl, E.J., Kaplan, R.M., Barrett-Connor, E., & Ganiats, T.G. (2004). Body mass index and quality of well-being in a community of older adults. *American Journal Preventive Medicine, 26* (2), 126-129.
- Hassan, M.K., Joshi, A.V., Madhavan, S.S., & Amonkar, M.M. (2003). Obesity and health-related quality of life: a cross-sectional analysis of the US population. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorder, 27* (10), 1227-1232.
- Kolotkin, R.L., Crosby, R.D., Kosloski, K.D., & Williams, G.R. (2001). Development of a brief measure to assess quality of life in obesity. *Obesity Research, 9* (2), 102-11.
- Lee, L. (2003). Psychosocial manifestations of obesity. *Journal of Psychosomatic Research, 55*, 477-479.
- Lydick, E., & Yawn, B.P. (2000). Clinical interpretation of health-related quality of life data. In M.J. Staquet, R.D. Hays, & P.M. Fayers, *Quality of Life Assessment in Clinical Trials* (pp.299-314). Great Britain: Oxford University Press.
- Mannucci, E., Ricca, V., Barciulli, E., Di Bernardo, M., Travaglini, R., Cabras, P.L., & Rotella, C.M. (1999). Quality of life and overweight: The Obesity Related Well-being (ORWELL 97) Questionnaire. *Addictive Behaviors, 24* (3), 345-357.
- Mazzoni, R., Mannuci, E., Rizello, S.M., Ricca, V., Rotella, C.M. (1999). Failure of acupuncture in the treatment of obesity: A pilot study. *Eating and Weight Disorders, 4* (4), 198-202.

McHorney, C., Ware, J.E., & Raczek, A. (1993). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): II Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental constructs. *Medical Care*, 31(3), 247-263.

Michelson, H., Bolund, C., & Brandberg, Y. (2001). Multiple chronic health problems are negatively associated with health related quality of life (HRQoL) irrespective of age. *Quality of Life Research*, 9, 1093-1104.

Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, T., Meneses, R., Baltar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine*, 12(2): 225 – 237

Pais Ribeiro, J.L. (1994). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. *Análise Psicológica*, 2-3(12), 179-91.

Pais-Ribeiro, J. (2005). *O importante é a saúde: Estudo de adaptação de uma técnica de avaliação da percepção do estado de saúde*. Lisboa: Fundação Merck

Rieger, E., Wilfley, D.E., Stein, R.I., Marino, V., & Crow, S.J. (2005). A comparison of quality of life in obese individuals with and without binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 37 (3), 234-40.

Silva, M.H.C.P. (1999). *Contribuição para o estudo da sensibilidade à insulina na obesidade e no síndrome metabólico*. Porto: Dissertação de Doutoramento apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

Sociedade Portuguesa para o Estudo da Obesidade (1995). *Relatório de Consenso Obesidade e sua Terapêutica*. www.spedm.org

Testa, M., & Simonson, D. (1996). Assessment of quality of life outcomes. *The New England Journal of Medicine*, 334(13), 835-840.

The Medical Outcomes Trust (1993). *How to score the SF-36 health survey*. Boston.

Ware, J.E., & Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30(6), 473-483.

Wright, S.J. (1994). Health-related quality of life: a critical review of the concept and measurement. In J.P. Dauwalder, *Psychology and Promotion of Health* (pp.163-169). Switzerland: Swiss Psychological Society.

Zigmond, A.S., & Snaith, R.P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.

Zwaan, M., Mitchell, J.A., Howell, L.M., Monson, N., Swan-Kremeier, L., Roerig, J.L., Kolotkin, R.L., & Crosby, R.D. (2002). Two measures of health-related quality of life in morbid obesity. *Obesity Research*, 10 (11), 1143-51.

ANEXO 1

QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A OBESIDADE

Por favor, leia com atenção cada uma das perguntas e faça uma cruz na resposta que parece estar mais próxima daquilo que pensa. Faça apenas uma cruz para cada pergunta.

- (I)1.A. É importante para si fazer exercício físico regularmente?
(a) não (b) apenas um pouco (c) mais ou menos (d) muito
- (O)1.B. O seu peso é um obstáculo para fazer exercício físico?
(a) não é um obstáculo (b) apenas um pouco (c) mais ou menos (d) muito
- (I)2.A. É importante para si ter actividade sexual regular?
(a) não (b) apenas um pouco (c) mais ou menos (d) muito
- (O)2.B. O seu peso é um obstáculo físico para a sua actividade sexual?
(a) não é um obstáculo (b) apenas um pouco (c) mais ou menos (d) muito
- (O)3.A. Tem falta de ar?
(a) não (b) apenas um pouco (c) mais ou menos (d) muito
- (I)3.B. A falta de ar é um obstáculo para as suas actividades diárias?
(a) não é um obstáculo (b) apenas um pouco (c) mais ou menos (d) muito
- (O)4.A. Costuma sentir-se sonolento/a?
(a) nunca (b) raramente (c) por vezes (d) frequentemente
- (I)4.B. A sonolência interfere com as suas actividades diárias?
(a) não (b) apenas um pouco (c) mais ou menos (d) muito
- (O)5.A. Transpira de mais?
(a) não (b) apenas um pouco (c) mais ou menos (d) muito
- (I)5.B. Transpirar interfere com as suas actividades diárias?
(a) não (b) apenas um pouco (c) mais ou menos (d) muito
- (O)6.A. Os meios de comunicação social (televisão, jornais, etc.) dizem frequentemente que a obesidade é um importante factor de risco para a saúde. Dá atenção a este assunto?
(a) não (b) apenas um pouco (c) mais ou menos (d) muito
- (I)6.B. Esta informação aumenta a sua preocupação com a sua saúde?
(a) não (b) apenas um pouco (c) mais ou menos (d) muito
- (I)7.A. É importante para si viver num meio familiar calmo?
(a) não (b) apenas um pouco (c) mais ou menos (d) muito
- (O)7.B. Ter peso a mais provoca discussões na sua família?
(a) não (b) apenas um pouco (c) mais ou menos (d) muito
- (I)8.A. É importante para si ter sucesso no seu trabalho?
(a) não (b) apenas um pouco (c) mais ou menos (d) muito
- (O)8.B. O seu peso é um obstáculo para o seu trabalho?
(a) não é um obstáculo (b) apenas um pouco (c) mais ou menos (d) muito
- (I)9.A. É importante para si passar o seu tempo livre com amigos?
(a) não (b) apenas um pouco (c) mais ou menos (d) muito

- (O)9.B. O seu peso interfere com as suas actividades sociais?
(a) não (b) apenas um pouco (c) mais ou menos (d) muito
- (O)10.A. Sente-se pouco à vontade em mostrar o seu corpo?
(a) não (b) apenas um pouco (c) mais ou menos (d) muito
- (I)10.B. Esta falta de à vontade interfere com as suas actividades de lazer?
(a) não (b) apenas um pouco (c) mais ou menos (d) muito
- (O)11.A. É importante para si ser fisicamente atraente?
(a) não (b) apenas um pouco (c) mais ou menos (d) muito
- (I)11.B. Ter peso a mais toma-o menos atraente fisicamente?
(a) não (b) apenas um pouco (c) mais ou menos (d) muito
- (O)12.A. As outras pessoas metem-se consigo por causa do seu peso?
(a) nunca (b) raramente (c) por vezes (d) frequentemente
- (I)12.B. Quando tal acontece, isso piora o seu humor?
(a) não (b) apenas um pouco (c) mais ou menos (d) muito
- (I)13.A. Sente-se demasiado preocupado com assuntos sem importância?
(a) não (b) apenas um pouco (c) mais ou menos (d) muito
- (O)13.B. Acha que ter peso a mais o torna mais apreensivo/a (preocupado)?(a) não
(b) apenas um pouco (c) mais ou menos (d) muito
- (I)14.A. Sente-se triste?
(a) não (b) apenas um pouco (c) mais ou menos (d) muito
- (O)14.B. Sente-se triste por ter peso a mais?
(a) não (b) apenas um pouco (c) mais ou menos (d) muito
- (I)15.A. Sente-se muito nervoso?
(a) não (b) apenas um pouco (c) mais ou menos (d) muito
- (O)15.B. Ter peso a mais torna-o mais nervoso?
(a) não (b) apenas um pouco (c) mais ou menos (d) muito
- (I)16.A. Tem uma opinião negativa de si próprio?
(a) não (b) apenas um pouco (c) mais ou menos (d) muito
- (O)16.B. Ter peso a mais interfere com a opinião que tem de si próprio?
(a) não (b) apenas um pouco (c) mais ou menos (d) muito
- (I)17.A. Tem uma sensação de perigo imediato sem razão aparente?
(a) não (b) apenas um pouco (c) mais ou menos (d) muito
- (O)17.B. Sente-se mais exposto a riscos por ter peso a mais?
(a) não (b) apenas um pouco (c) mais ou menos (d) muito
- (O)18.A. O mundo da moda e do espectáculo segue um modelo de pessoa magra.
Quanto se sente afastado desse modelo?
(a) nada (b) apenas um pouco (c) mais ou menos (d) muito
- (I)18.B. Seria importante para si atingir esse modelo de magreza?
(a) não (b) apenas um pouco (c) mais ou menos (d) muito

Obrigado pela atenção.

ORWELL 97 – Versão portuguesa, em estudo, de Isabel Silva, Rute Meneses e José Pais Ribeiro.