

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

ELISÂNGELA DUARTE JARDIM

**REVISÃO DE LITERATURA-A TEMÁTICA DA OBESIDADE E A
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM FRENTE A DOENÇA**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

ELISÂNGELA DUARTE JARDIM

**REVISÃO DE LITERATURA-A TEMÁTICA DA OBESIDADE E A
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM FRENTE A DOENÇA**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Doenças Crônicas Não Transmissíveis do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para a obtenção do título de Especialista.

Profa. Orientadora: Rafaela Vivian Valcarenghi

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **REVISÃO DE LITERATURA-A TEMÁTICA DA OBESIDADE E A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM FRENTE A DOENÇA** de autoria do aluno **ELISÂNGELA DUARTE JARDIM** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

Profa. Dda. Rafaela Vivian Valcarenghi
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

RESUMO

Sabe-se que a obesidade é uma doença crônica, complexa, epidêmica, vitalícia, dispendiosa, multifatorial, resultante do acúmulo do tecido gorduroso, regionalizado ou em todo o corpo, envolvendo diversos fatores como: genéticos, ambientais, comportamentais, endócrinos, familiares, dietéticos, psicológicos e sociais. Nos dias de hoje a obesidade é considerada um problema de saúde pública, enfrentado por vários países, preocupando também o Brasil, já que uma em cada dez pessoas está em estado de sobrepeso e obesidade. Isso deve-se, principalmente, ao estilo de vida atual, o sedentarismo, a falta de uma atividade física contínua, o hábito alimentar desregulado e em alguns casos a genética, são os principais causadores deste mal. Este trabalho tem como objetivo geral conhecer a produção científica sobre a temática da obesidade no Brasil e os objetivos específicos: identificar a produção literária sobre a obesidade e sua etiologia multifatorial, além de ressaltar as comorbidades associadas e discutir a assistência de enfermagem voltada a pessoa com obesidade. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica realizada a partir da busca na base de dados de sites, com artigos publicados a partir do ano 2000. Os estudos mostraram que a obesidade é preocupante, não apenas pelo aspecto da aparência, mas é um dos principais causadores de doenças, como as cardiovasculares, diabetes tipo II, hipertensão arterial, colesterol, além de doenças ortopédicas relacionadas ao excesso de peso sobre os ossos. Identificou-se que a prevenção é a melhor forma de diminuir essa incidência e o enfermeiro, ao deparar-se com a patologia, deve estar preparado com ações possíveis.

DESCRITORES: Obesidade. Prevenção de doenças. Assistência da enfermagem.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEN – Associação Brasileira de Enfermagem
CFN – Conselho Federal de Nutricionistas
CID – Código internacional de doenças
DCNT – Doenças Crônicas Não-Transmissíveis
DCV – Doenças cardiovasculares
DM – Diabetes Mellitus
DM1 – Diabetes Mellitus tipo 1
DM2 – Diabetes Mellitus tipo 2
DMNID – Diabetes Mellito Tipo não-insulino-dependente
EUA – Estados Unidos da América
FLASO – Federação Latino-Americana de Sociedades de Obesidade
FSH – Hormônio folículo estimulante
HA – Hipertensão Arterial
HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica
IASO – Sociedade Internacional para o Estudo da Obesidade
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC – Índice de massa corporal
MS – Ministério da Saúde
NCHS – National Center for Health Statistics
OMS – Organização Mundial da Saúde
PA – Pressão Arterial
PNSN – Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição
P85 – percentil 85
P95 – percentil 95
QVRS – Qualidade de vida relacionada à saúde
RCQ – Relação Cintura e quadril
RS – Rio Grande do Sul
SBP – Sociedade Brasileira de Pediatria
SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 REFERENCIAL TEÓRICO	8
2.1 OBESIDADE: DEFINIÇÕES.....	8
2.2 ETIOLOGIA E CAUSAS DA OBESIDADE	9
2.3 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS	11
2.4 COMORBIDADES ASSOCIADAS À OBESIDADE.....	12
2.5 TRATAMENTOS	15
3 METODOLOGIA.....	17
4 RESULTADOS	18
4.1 TEMÁTICA DA OBESIDADE CONFORME A LITERATURA	18
4.2 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PESSOAS COM OBESIDADE	24
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	26
REFERÊNCIAS	28

1 INTRODUÇÃO

A epidemia global da obesidade é um reflexo dos problemas sociais, econômicos e culturais atualmente enfrentados por países em desenvolvimento ou recentemente industrializados, assim como pelas minorias étnicas em situações desvantajosas nos países desenvolvidos. A obesidade é uma doença complexa com consequências sociais e psicológicas graves, que afeta todas as idades e grupos sociais (COSTA et al., 2009).

Para o mesmo autor, o excesso de peso e a obesidade podem ser considerados um dos mais sérios problemas enfrentados pelos países nos últimos tempos. A obesidade atualmente pode ser considerada como um problema de saúde pública que vem crescendo consideravelmente. O acesso rápido e fácil a alimentos “não saudáveis” e a pouca prática de atividades físicas devido à modernização, estão levando as pessoas a habituarem-se a um estilo de vida sedentário.

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010) mostram que um em cada dez adultos é considerado obeso e há tendência em aumentar esta proporção já que muitas doenças deste século, as chamadas doenças da era moderna, estão diretamente relacionadas ao excesso de gordura corporal. Como exemplo pode-se citar: doenças cardiovasculares, renais, digestivas, diabetes, problemas hepáticos e ortopédicos. A incidência dessas doenças é cerca de duas vezes maior entre os homens obesos e quatro vezes maior entre as mulheres obesas, quando comparados à população não obesa.

Segundo Nettina (2003, p. 651),

[...] a obesidade é uma abundância exagerada das gorduras corporais, resultando em peso corporal de 20% ou mais acima do peso médio para a idade, altura, sexo e estatura corporal da pessoa. Sabe-se ainda que a obesidade é uma doença metabólica, de prevalência crescente, agravada pela exposição dos indivíduos propensos a fenômenos comportamentais, culturais, sociais e econômicos, associados a fatores demográficos (sexo, idade e raça) e ao sedentarismo.

Conforme o Ministério da Saúde (MS) (2006), as prevalências de sobrepeso e obesidade cresceram de maneira importante nos últimos 30 anos. Neste cenário epidemiológico do grupo de doenças crônicas não transmissíveis, destaca-se a obesidade por ser simultaneamente uma doença e um fator de risco para outras doenças deste grupo, como a Hipertensão Arterial e o diabetes, igualmente com taxas de prevalência em elevação no país.

A prevalência da obesidade é alta e diretamente relacionada ao estilo de vida das pessoas. Diversos fatores influenciam para o desenvolvimento desta, como: fatores relacionados ao trabalho, qualidade de sono, formas de entretenimento e relações culturais e

sociais. Além disso, as causas e consequências da obesidade têm sido amplamente discutidas, pois esta é responsável por vários graus de incapacidades na vida cotidiana, tratamentos de custo elevado e por estar associada a altas taxas de morbidade e de mortalidade (REIS, 2009).

Justifica-se a escolha pela temática, devido aos dados crescentes de obesidade no Brasil e, diante da problemática da obesidade e a assistência de enfermagem a essas pessoas surgiu o interesse de saber como o enfermeiro pode contribuir para a prevenção da obesidade e conseqüentemente para a promoção da saúde e melhora da qualidade de vida a essa população.

Diante das considerações tecidas sobre a temática da obesidade, o **objetivo geral** do estudo conhecer a produção científica sobre a temática da obesidade no Brasil e os **objetivos específicos**: identificar a produção literária sobre a obesidade e sua etiologia multifatorial, além de ressaltar as comorbidades associadas e discutir a assistência de enfermagem voltada a pessoa com obesidade.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Ao buscar na literatura informações e conhecimentos sobre obesidade, expõe-se neste referencial o conceito, a etiologia e causas da obesidade, dados epidemiológicos, comorbidades associadas à doença, tratamento da obesidade, dentre outros aspectos.

2.1 OBESIDADE: DEFINIÇÕES

A obesidade é considerada doença integrante do grupo de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT), as quais são de difícil conceituação, gerando aspectos polêmicos quanto à sua própria denominação, seja como doenças não-infecciosas, doenças crônicas não-transmissíveis, sendo esta última a conceituação a mais utilizada (PINHEIRO; FREITAS; CORSO, 2004).

A obesidade é uma doença, catalogada como tal no Código Internacional de Doenças (CID). O excesso de gordura corporal acumulada pode atingir graus capazes de afetar a saúde. Além disso, destaca-se com enorme prevalência nos países desenvolvidos, atingindo homens e mulheres de todas as etnias e idades, reduzindo a qualidade de vida e apresentando elevadas taxas de morbidade e mortalidade (OMS, 2006).

Para Enes & Slater (2010), a obesidade pode ser definida, de uma maneira simplificada, como o acúmulo excessivo de gordura corporal, sob a forma de tecido adiposo, sendo consequência de balanço energético positivo, capaz de acarretar prejuízo à saúde dos indivíduos. Sabe-se ainda que a etiologia da obesidade é multifatorial, estando envolvidos em sua gênese tanto aspectos ambientais como genéticos.

De acordo com Carvalho (2000), a obesidade tornou-se tão comum que acabou por transformar-se no mais grave problema de saúde pública do mundo, superando até mesmo a desnutrição e as doenças infecciosas. O estilo de vida sedentário e as dietas baseadas em alto índice de gordura e elevada densidade energética são apontadas como as principais causas do aumento da obesidade; sobretudo se o obeso apresenta alguma predisposição genética ou tendência para engordar rapidamente quando exposto a fatores ambientais desfavoráveis.

Considera-se que a obesidade tem características de pandemia e de alto custo, que diminui a expectativa de vida da população de todas as idades, afetando particularmente as classes menos favorecidas da América Latina, como destaca a Associação Brasileira para Estudo da Obesidade (ABESO, 2002).

Presente desde o início da história do homem como um evento raro, a obesidade se tornou epidêmica no século XX, constituindo-se em um problema grave de saúde pública em países desenvolvidos e em muitos países em desenvolvimento. De fato, inicialmente nos países desenvolvidos, o século XX trouxe a chamada transição nutricional, isto é, o surgimento de um novo perfil nutricional de populações, em que desaparece a desnutrição e emerge a obesidade como um problema de saúde pública, com todas as suas consequências e fatores relacionados (DUNCAN, SCHMIDT e GIUGLIANI, 2004).

A globalização, o consumismo, a necessidade de prazeres rápidos e respostas imediatas são situações que contribuem para o aparecimento da obesidade, envolve ainda uma complexa relação entre corpo-saúde-alimento e sociedade, uma vez que os grupos têm diferentes inserções sociais e concepções diversas sobre estes temas, que variam com a história (BRASIL, 2006).

Lima e Glaner (2006) referem que a obesidade é caracterizada pelo excesso de massa gorda (gordura) de um indivíduo. Variações na topografia da gordura corporal podem ter um alto valor em prever futuros riscos à saúde. Com o aumento da gordura corporal estocada, aumenta também a gordura circulante como triglicérides e colesterol, e quando estes compostos se encontram em excesso na corrente sanguínea caracteriza-se um quadro de hiperlipidemia. Por sua vez, a elevação destes metabólitos circulantes está associada com o aumento dos fatores de risco de outras DCNT em adultos principalmente as cardiovasculares.

2.2 ETIOLOGIA E CAUSAS DA OBESIDADE

A etiologia da obesidade não é de fácil identificação, uma vez que é caracterizada como doença multifatorial de complexa interação entre fatores comportamentais, culturais, genéticos, fisiológicos e psicológicos (SILVA, 2009).

O Consenso Latino-Americano em Obesidade (2001) enfatiza que a obesidade é ainda resultado de ingerir mais energia que necessária. Este consumo excessivo pode iniciar-se em fases muito remotas da vida, nas quais as influências culturais e os hábitos familiares possuem papel fundamental. Por isso, diz-se que a obesidade possui fatores de caráter múltiplos, tais como os genéticos, psicossociais, cultural-nutricionais, metabólicos e endócrinos, assim como familiares.

A obesidade iniciada antes da idade adulta parece guardar importante relação com fatores hereditários, e o sucesso do tratamento muitas vezes condicionado à participação dos pais no programa terapêutico utilizado (CARNEIRO et al., 2000).

Segundo Oliveira & Fisberg (2003), vários fatores são importantes na gênese da obesidade, como os genéticos, os fisiológicos e os metabólicos, mas os que poderiam explicar este crescente aumento do número de indivíduos obesos parecem estar mais relacionados às mudanças no estilo de vida e os hábitos alimentares. O aumento do consumo de alimentos ricos em açúcares simples e gordura, com alta densidade energética, e a diminuição de prática de exercícios físicos, são os principais fatores relacionados ao meio ambiente.

A herança genética na determinação da obesidade parece ser de natureza poligênica, ou seja, as características fenotípicas do indivíduo obeso são resultantes da interação de vários genes. Nesse sentido, estudos realizados em gêmeos, crianças adotadas e seus pais, mostram clara influência genética no IMC, na distribuição anatômica da gordura, no gasto energético e na suscetibilidade ao ganho de peso. Porém, o aumento crescente do número de obesos, no mundo, indica a poderosa participação do ambiente no programa genético, devido a mudanças de estilo de vida e de hábitos alimentares, com aumento do sedentarismo e, maior consumo de alimentos de alta densidade energética (SBP et al., 2008).

Segundo Yung (2001), a obesidade pode causar problemas emocionais como: ansiedade, angústia, fobia, compulsão alimentar (satisfação, punição, frustração), depressão, podendo chegar ao isolamento e até ao suicídio, além de que:

A auto-aceitação abre caminho para que o tratamento da obesidade seja conquistado: a pessoa obesa deve ter sentimento de amor e admiração por si mesma, apesar das gordurinhas. Aceitará assim, as modificações que surgirão em seu corpo (imagem corporal). Permitirá que viva e atinja melhor condição psicológica formando a autovicção do merecimento e produzirá energia para alcançar seus objetivos (YUNG, 2001, p. 4).

Nesse sentido, a avaliação psicológica é essencial no acompanhamento do paciente obeso, visto que muitos com obesidade grave apresentam sinais depressivos e altos níveis de ansiedade. Importante acrescentar que a baixa autoestima pode comprometer a vida social, causando tendência a comportamento de risco e isolamento (CARDOSO et al., 2010).

A obesidade exógena ou nutricional vem sendo estudada com maior interesse nas últimas décadas porque está sendo considerada uma das anormalidades mais comum dos nossos tempos e o mais sério transtorno alimentar do mundo desenvolvido (AZEVEDO & SPADOTTO, 2004).

Um agravante na gênese do excesso de peso é a atual tendência ao sedentarismo, tanto na população geral quanto especificamente em adolescentes. Os resultados imediatos dessas

interações são o aumento nas prevalências de sobrepeso e obesos em todas as faixas etárias e a crescente e inevitável insatisfação com o peso corporal (ARAÚJO et al., 2010).

Para Fonseca et al. (2002), é muito difícil separar o elemento genético do contexto familiar e cultural em que a pessoa se desenvolveu e vive. Assim, no desenvolvimento da obesidade, a contribuição da genética seria de aproximadamente 25%, com 30% devendo-se a aspectos culturais e 45%, ao ambiente. Algumas características, como o padrão de acúmulo da gordura (se generalizada, andróide, ginecóide ou visceral), parecem estar claramente sob influência genética. O hábito alimentar, a quantidade e a qualidade dos alimentos ingeridos, os contextos cultural e familiar e as condições de vida são fatores fundamentais para a existência ou não de obesidade.

2.3 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

Estudos realizados em algumas cidades brasileiras mostram que sobrepeso e a obesidade já atingem 30% ou mais das crianças e adolescentes de 6 a 18 anos (OLIVEIRA e FISBERG, 2003). Mas sua prevalência vem aumentando nas últimas décadas em todo o mundo, principalmente em países desenvolvidos, acometendo países em desenvolvimento, como o Brasil. Dentre as regiões do país, a Sul apresenta as maiores prevalências de obesidade, sendo semelhantes e até superiores a países desenvolvidos (TERRES et al., 2006).

De acordo com o Consenso Latino-Americano em Obesidade (2001), a obesidade tomou proporções epidêmicas e, ao contrário do que se poderia pensar, o crescimento epidêmico é predominante nas classes menos favorecidas, já que a obesidade sobrepõe-se como um problema mais frequente e ainda mais grave que a desnutrição. É o fenômeno da transição nutricional, que sobrecarrega atendimento a doenças crônicas relacionadas com a obesidade, informa o relatório, que estima que 200 mil pessoas morram anualmente em decorrência destas complicações na América Latina.

Para Silva et al. (2005), há relatos, na América Latina, de que a obesidade na adolescência tende a ser mais prevalente nas áreas urbanas e em família com nível socioeconômico e escolaridade materna mais elevados. O nível socioeconômico interfere na disponibilidade de alimento e no acesso à informação, bem como pode estar associada a determinados padrões de atividade física, constituindo-se, portanto, em importante determinante da prevalência da obesidade.

2.4 COMORBIDADES ASSOCIADAS À OBESIDADE

Atualmente, sabe-se que é a localização abdominal de gordura (obesidade central) que se mostra mais associada a distúrbios metabólicos e riscos cardiovasculares como dislipidemias, hipertensão arterial e diabetes mellitus. Medidas regionais de obesidade, como a circunferência da cintura, são capazes de fornecer estimativas de gordura centralizada que, por sua vez, está relacionada à quantidade de tecido adiposo visceral. Assim, essas medidas vêm sendo largamente utilizadas em estudos de base populacional como indicadores da gordura abdominal, seja pela sua associação com a ocorrência de doenças cardiovasculares como, por exemplo, a hipertensão arterial, seja pela alta correlação que possuem com métodos laboratoriais de avaliação da composição corporal (MARIATH et al., 2007).

Conforme destaca Damiani (2000), cada vez mais a obesidade é entendida não como uma condição única, mas como um achado comum a várias situações patológicas.

Dentre as comorbidades associadas à obesidade está a dislipidemia, pois, segundo Fonseca et al. (2002), a resistência à insulina predispõe, também, à hipertrigliceridemia, por causa do aumento da síntese hepática de VLDL. Não há relação causal conhecida entre obesidade e hipercolesterolemia, e as alterações do colesterol são menos evidentes, sendo relativamente comum a observação de obesos mórbidos com colesterol total normal. As alterações mais comumente observadas são diminuição do HDL-colesterol e o aumento da proporção de partículas LDL pequenas e densas. A dislipidemia contribui para aumentar o risco cardiovascular nos obesos.

Quanto às doenças reumáticas, um dos principais fatores de risco para esta doença é a obesidade. A osteoartrite é uma doença crônica, caracterizada por degeneração da cartilagem articular, dor e rigidez à movimentação. O IMC representa apenas uma alteração no equilíbrio energético do indivíduo, não permitindo análises de alterações metabólicas ou composições de massa gorda ou magra. É possível que estes fatores não englobados pelo IMC tenham maior repercussão na capacidade funcional de indivíduos obesos (VASCONCELOS; DIAS e DIAS, 2006).

Para Fonseca et al. (2002), a hiperuricemia é muito frequente em obesos e se deve ao somatório do aumento na produção e redução do clareamento renal do urato. Ela é uma das responsáveis pela alta incidência de gota e de cálculos renais nesses pacientes.

O aumento da obesidade tem acarretado precocemente a diabetes tipo II em crianças e adolescentes, sendo um dos grandes desafios na área da saúde no terceiro milênio, além de

fatores psicológicos pela grande quantidade de gordura ingerida na infância, como depressão e autoestima negativa, que as crianças obesas podem apresentar (HALPERN, 2000).

Fonseca e colaboradores (2002) descrevem que cerca de 85% dos pacientes portadores de diabetes mellitus tipo não-insulino-dependente (DMNID) são obesos. O risco de ter DMNID é duplicado entre obesos classificados como grau I, cinco vezes maior no obeso grau II e cerca de 10 vezes maior para os obesos de grau III. A obesidade induz um estado de resistência à insulina, que é a principal alteração bioquímica associada com o desenvolvimento de diabetes tipo II, nesses pacientes.

Para Cardoso et al. (2010), o DM2, classicamente de ocorrência na vida adulta, tem se manifestado cada vez mais precocemente. Até 1995 correspondia a menos de 5% dos casos de Diabetes Mellitus (DM) abaixo de 20 anos de idade; atualmente ocorre em até 20% dessa etária e, segundo alguns autores, com prevalência aumentada em hispânicos, indígenas, afro-americanos, e descendentes de asiáticos. A disposição de gordura abdominal, assim como em adultos, reflete um aumento da gordura visceral que está relacionado com a resistência insulínica, aumenta também, o risco de outras alterações metabólicas.

A obesidade ainda pode causar doença arterial coronariana, com a consequência de inúmeros fatores como: aumento da pressão sanguínea, aumento do colesterol plasmático, diminuição do colesterol HDL, diminuição da atividade física e aumento dos triglicerídeos, sendo assim fator de risco para o desenvolvimento de coronariopatia e acidente vascular cerebral (ABESO, 2006).

A hipertensão arterial é três vezes mais frequente em obesos do que em não-obesos, e o risco eleva-se com o aumento do peso. Não se conhece exatamente os mecanismos responsáveis pela elevação da pressão arterial (PA) na obesidade, entretanto, considera-se que os principais são: aumento do volume sanguíneo circulante, vasoconstrição, diminuição do relaxamento vascular e aumento do débito cardíaco. Parece haver, também, alguma contribuição da hiperinsulinemia, que causa aumento da reabsorção renal de sódio e aumento do volume circulante (FONSECA et al., 2002).

De acordo com estudos epidemiológicos, é crescente em países industrializados a prevalência de DM2, hipertensão e obesidade, sendo frequente a coexistência dessas três patologias, que parecem ter na redução da sensibilidade periférica à ação da insulina o seu denominador comum. Há evidências indicando a resistência à insulina e a hiperinsulinemia como fatores relevantes não apenas na gênese do distúrbio glicêmico, mas também no desenvolvimento de dislipidemia, hipertensão e obesidade (MILAGRES, 2002).

Para Fonseca et al. (2002), os pacientes obesos têm risco aumentado para o desenvolvimento de tumores do trato digestivo, tanto homens quanto mulheres. Descreve-se, também, a associação de obesidade com câncer da próstata, útero e mama. A ingestão de dietas ricas em gordura e proteína de origem animal, associada a uma baixa ingestão de frutas e verduras, ricas em vitaminas e antioxidantes, tem sido implicada em sua gênese.

A obesidade pode acarretar alterações nas gônadas, já que homens muito obesos costumam apresentar diminuição da testosterona (total e livre) e do hormônio folículo estimulante (FSH). Esses hormônios parecem ser suprimidos pela elevação do estrogênio plasmático, devido ao aumento da aromatização dos precursores adrenais pelo tecido adiposo em excesso e pelo aumento do metabolismo da testosterona (FONSECA et al., 2002).

Conforme os mesmos autores, essas alterações são provavelmente responsáveis por certa feminilização observada no corpo de homens muito obesos, mas não costumam ser de magnitude suficiente para perturbar a espermatogênese, a libido e a potência sexual, que na maioria das vezes é normal. Assim como, nas mulheres muito obesas em idade fértil não apresentam alterações semelhantes às observadas em homens. No climatério, no entanto, pode-se observar um aumento relativo de estrogênio.

Os obesos têm, frequentemente, graves distúrbios respiratórios. O grande obeso tem aumento na demanda e no esforço respiratório, em decorrência do aumento da massa do tórax, o que, aliado à menor eficiência muscular, decorrente da diminuição da relação massa muscular/massa corporal, à diminuição da reserva funcional respiratória e à ocorrência de microatelectasias periféricas, leva a alterações na relação volume residual (V/Q) e a uma tendência a hipoxia crônica e à síndrome de Pickwick, uma forma avançada de insuficiência respiratória; responsável por elevado percentual de mortes. Outra complicação muito grave da obesidade é a apneia do sono, cujo mecanismo etiopatogênico ainda não está completamente esclarecido (FONSECA et al., 2002).

O excesso de peso sobre as articulações, especialmente as do quadril e do joelho, favorece o aparecimento de lesões traumáticas das superfícies articulares, facilitando o aparecimento de lesões inflamatórias crônicas e degenerativas (FONSECA et al., 2002).

Como descreve a ABESO (2006), quando se discutem as consequências da obesidade, não se pode deixar de mencionar que a leitura que o médico faz do assunto é, em geral, muito diferente da leitura que o próprio paciente faz de seu problema. O médico diagnostica a hipertensão, as dislipidemias, a aterosclerose, o diabetes, a hiperuricemia, osteoartrose e outras condições; o paciente percebe dificuldades como a autoimagem, com a sexualidade, as dificuldades práticas com roupas, móveis, a sensação de rejeição, a vergonha, a baixa

resistência aos esforços e outras dificuldades similares. A abordagem conjunta, a partir de ambos os pontos de vista, será essencial para o sucesso terapêutico.

2.5 TRATAMENTOS

Para operacionalizar qualquer mudança na vida, é necessário atender quatro condições fundamentais: querer, saber, poder (no sentido de possibilidade), mudar. Para diminuir o excesso de peso, a pessoa tem que querer, saber, poder e dever emagrecer. Os limites do querer, do poder, do dever e do saber obviamente não são nítidos. Querer talvez seja o mais “simples” desses elementos. Embora isso nem sempre esteja claro, a maioria dos obesos que procuram algum tipo de ajuda para emagrecer “quer” efetivamente perder peso (FONSECA et al., 2002).

O dever emagrecer é o mais complexo dos quatro moduladores. Seus determinantes pertencem à categoria dos mecanismos intrapsíquico. Em muitos pacientes, só é possível um resultado terapêutico satisfatório quando, aliado aos procedimentos de controle energético, se soma um trabalho psicoterapêutico. Há um percentual dos obesos em acompanhamento psicoterápico para que possa atingir os objetivos do tratamento. A terapia cognitiva-comportamental é a técnica mais indicada para esses pacientes (FONSECA et al., 2002).

Segundo Azevedo & Spadotto (2004), a compreensão da relação do indivíduo com o alimento, que ocorre desde o nascimento e da ligação dele com os seus objetos primários, como a família, assim como o seu meio social, são de fundamental importância para o entendimento do indivíduo, como ser humano e da sua personalidade.

Para Araújo et al. (2010), primariamente, o que move um indivíduo de qualquer idade a realizar um regime para perder peso é a insatisfação com sua imagem corporal. Esse processo parece ser fortemente influenciado pelas mensagens transmitidas pela mídia (televisão, revistas), que expõe ostensivamente imagens de modelos anormalmente magros, representando um ideal de beleza dificilmente alcançável.

É importante a implementação de medidas intervencionistas na prevenção a este distúrbio nutricional. Algumas áreas merecem atenção, sendo a educação, a indústria alimentícia e os meios de comunicação, os principais veículos de atuação. Medidas de caráter educativo e informativo, através do currículo escolar e dos meios de comunicação de massa, assim como, o controle da propaganda de alimentos não saudáveis (OLIVEIRA & FISBERG, 2003).

Para Soares & Souza (2008), o tratamento deve iniciar-se após o diagnóstico da obesidade, baseando-se na redução da ingestão calórica, aumento do gasto energético, modificação comportamental e envolvimento familiar no processo de mudança. Outras estratégias como a Cirurgia Bariátrica e medicamentos devem ser avaliados e utilizados em casos mais graves, em que o tratamento convencional não está surtindo efeitos e não haja maiores riscos.

A obesidade deve ser considerada uma doença crônica e de difícil condução terapêutica, na qual a utilização de medicamentos para perder peso deve ser criteriosa. Hoje valorizam-se as medidas que envolvam alterações nos hábitos de vida, sobretudo antes da idade adulta (CARNEIRO et al., 2000).

Para Fonseca et al. (2002), a terapêutica farmacológica não deve ser utilizada isoladamente – a reeducação alimentar, o incentivo à atividade física e o acompanhamento psicológico são indispensáveis. O uso de medicação para tratamento da obesidade deverá ser sempre supervisionado pelo profissional médico e deve fazer parte de um tratamento integrado, com equipe multiprofissional, que visa não só à redução de peso, mas à melhora nas condições gerais de saúde geral do paciente.

3 METODOLOGIA

A fim de atender aos objetivos propostos, foi realizada uma revisão de literatura dos estudos e materiais já elaborados e publicados.

Ao descrever sobre revisão de literatura percebe-se que é possível caracterizá-la como uma atividade de resumo crítico sobre determinado tópico de interesse, resultando num “estado de arte” do conhecimento produzido e acumulado sobre a obesidade, apresentando definições, causas, etiologia e, principalmente, as comorbidades associadas à obesidade e o papel do enfermeiro frente à doença (GIL, 2002).

Este trabalho se trata de uma pesquisa qualitativa, do tipo revisão de literatura. Conforme Gil (2002), a revisão de literatura resulta no levantamento e análise do que já foi publicado sobre o tema e o problema de pesquisa escolhidos.

Para Minayo (2004), a abordagem qualitativa trabalha com o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores, atitudes e aprofunda-se no mundo dos significados, das ações e relações humanas. Portanto, a pesquisa qualitativa é indutiva: o pesquisador desenvolve conceitos, ideias e entendimentos a partir de padrões encontrados nos dados, ao invés de coletar dados para comprovar teorias, hipóteses e modelos pré-conhecidos.

A coleta de dados ocorreu considerando-se como critérios de inclusão os artigos disponíveis online na língua portuguesa, com ano de publicação a partir do ano 2000.

Para o alcance dos objetivos específicos foram utilizados os descritores os termos: obesidade, comorbidades, prevenção e assistência de enfermagem.

Os critérios de exclusão foram: artigos não disponíveis online, publicados em inglês e espanhol, e com ano de publicação anterior ao ano 2000.

Em relação a aspectos éticos, por tratar-se de revisão de literatura, não há necessidade de aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, porém a autora se compromete em referenciar os autores que publicaram os artigos científicos.

4 RESULTADOS

Com a obtenção do referencial desejado, foi definida a estrutura para a realização da monografia, a qual foi construída a partir dos descritores e de acordo com a literatura e as orientações do curso. A busca na base de dados, utilizando as palavras citadas acima, obteve um total de trinta artigos, utilizando os critérios de inclusão e exclusão, foram analisados vinte artigos produzidos no Brasil, a partir do ano 2000, os quais serão apresentados e discutidos a seguir, de acordo com os subtítulos: temática da obesidade conforme a literatura e, assistência de enfermagem a pessoas com obesidade.

4.1 TEMÁTICA DA OBESIDADE CONFORME A LITERATURA

Inicialmente descreve-se estudo desenvolvido por Luna et al. (2011) que ressalta a obesidade como uma epidemia globalizada e que, entre os adolescentes, 30% apresentam excesso de peso. Muitos fatores estão relacionados na gênese da obesidade, como os genéticos, fisiológicos e metabólicos, mas o que melhor explicam este rápido aumento estão relacionados à alimentação e ao estilo de vida.

Considerando que o risco acumulativo para a obesidade na idade adulta varia de 2,33 para crianças com peso acima do percentil 90, nos seis primeiros meses de vida, até 6,55 observado entre meninos e meninas entre 10 a 13 anos de idade. Foi observada a prevalência de obesidade em 21,1% das meninas e 8,9% dos meninos entre 10 a 18 anos, em São Paulo (LUNA et al., 2011).

Conforme os mesmos autores, os aspectos sociais e emocionais da obesidade são imediatos e têm impacto negativo sobre o bem-estar do obeso, além de consequência à saúde do seu corpo a longo prazo. São previstos baixa satisfação corporal, baixa auto-estima, aumento da depressão e ideação suicida. Crianças obesas são mais susceptíveis de se tornarem adultos obesos, o que impõem enormes custos para o sistema de saúde. Assim, há uma necessidade urgente de buscas, desenvolver, testar e traduzir as intervenções baseadas em evidências para o tratamento e prevenção da obesidade juvenil (LUNA et al., 2011).

O estudo realizado por Azevedo & Spadotto (2004) analisou a imagem corporal em obesos, a partir do que considera o transtorno da auto-imagem como um fator psicopatológico do indivíduo. Para eles, o distúrbio da imagem corporal é encontrado em torno de 40 a 50% dos obesos e essa alteração dificulta o prognóstico; é como dizer que o “corpo emagrece e a cabeça continua de gordo”, ou seja, como a cabeça é poderosa o corpo volta a ser gordo.

Segundo Fonseca et al. (2002), cerca de 85% dos pacientes portadores de diabetes mellito tipo não-insulino-dependente (DMNID) são obesos. O risco de ter DMNID é duplicado entre obesos. Classificados como grau I, cinco vezes maior no obeso grau II e cerca de 10 vezes maior os obesos grau III. A obesidade induz o estado de resistência à insulina, que é a principal alteração bioquímica associada com o desenvolvimento de diabetes tipo II, nesses pacientes. Estudos prospectivos indicam que o risco de desenvolver diabetes é de 2% a 14% por ano entre os indivíduos com teste de tolerância oral à glicose alterado.

Por sua vez, Menezes e Marucci (2005) descrevem que, comparando a disposição da gordura entre ambos os sexos, observa-se que na mulher adulta, em função da existência de uma quantidade adicional de gordura característica pelo próprio sexo feminino, a quantidade de gordura corporal essencial torna-se maior numa proporção de aproximadamente quatro vezes em relação ao homem. Com referência à gordura corporal de reserva, a distribuição proporcional em relação à massa corporal total em ambos os sexos é mais similar, porém, ainda com uma superioridade entre as mulheres.

Para Teichmann (2006), a obesidade, claramente, tem mais predominância em mulheres em todo o mundo. Vários são os estudos demonstrando que os determinantes da obesidade são diferentes entre os sexos, ocorrendo com maior frequência com o aumento da idade. O mais recente fenômeno observado em diversos países é a influência das diferenças sociais na prevalência da obesidade. A maioria dos estudos em países desenvolvidos mostram que os grupos de menor renda e escolaridade têm maiores riscos de sobrepeso e obesidade.

Prati e Petroski (2001), em seu estudo, descrevem que o estilo de vida pode influenciar diretamente a saúde do indivíduo, como é o caso da aquisição da obesidade, porque ninguém nasce obeso: as pessoas se tornam obesas ao longo de um tempo de hábitos e de comportamentos inadequados, principalmente com relação aos fatores nutricionais e de inatividade física, isto vale mesmo para as pessoas com predisposição genética.

Portanto, a obesidade é considerada uma enfermidade com tendências à cronificação, podendo ser influenciada, entre outros, por fatores genéticos, ambientais, metabólicos, psicológicos, endocrinológicos e comportamentais. Na maioria dos casos, o estilo de vida adotado pela pessoa é co-determinante do agravamento de uma situação preestabelecida geneticamente. Modificações no estilo de vida como, a aquisição de hábitos alimentares saudáveis e a prática regular de atividades físicas têm sido recomendações gerais para a prevenção do quadro de obesidade (PRATI e PETROSKI, 2001).

Além disso, as células gordurosas maiores armazenam mais gordura e são mais lipolíticas, isto é, quebram-se facilmente, levando a uma produção maior de ácidos graxos

livres. A gordura abdominal, localizada próximo do sistema porta, libera ácidos graxos livres que são conduzidos diretamente para o fígado. Ocorrem, então, maior produção de gliconeogênese e também maior utilização do fígado na formação de VLDL, lipoproteínas de muito baixa densidade. A síndrome metabólica, cujo maior componente é o DM2 está relacionada diretamente com a gordura visceral (LAMOUNIER & ABRANTES, 2003).

Para Cardoso et al. (2010), a grande maioria dos casos de obesidade está relacionada com fatores poligênicos complexos de um ambiente que favorece a obesidade. Mais de 430 genes, marcadores e regiões cromossômicas já foram associados aos fenótipos da obesidade humana, embora os fatores sociais sejam preponderantes na gênese da obesidade.

Os autores pesquisados, defensores do ponto de vista psicossomático, são unânimes em considerar obesidade como um sintoma, ou seja, uma expressão física de um desajustamento emocional subjacente. Embora os fatores somáticos desempenhem um papel na alimentação excessiva, eles não podem responder totalmente pela hiperalimentação compulsiva vista na obesidade e que os fatores emocionais são cruciais no desenvolvimento da condição (AZEVEDO & SPADOTTO, 2004).

Conforme Silva et al. (2005), a redução na prática de exercícios físicos, decorrente da falta de oportunidade de praticá-los de modo regular e da ausência de informação quanto aos benefícios prováveis, associados à modificação qualitativa na dieta, das populações urbanas, com o aumento do consumo de gorduras e redução no consumo de fibras, contribuíram para o aumento da prevalência de obesidade na população de baixa renda. É possível que os fatores associados à ocorrência da obesidade em adolescentes tenham um comportamento diferente na dependência do poder aquisitivo das famílias, bem como do nível cultural.

Ao refletir sobre as alterações corporais que são acompanhadas de mudanças psicológicas, com o interesse pelo sexo oposto, associados ao aumento da liberalidade social observado nos últimos tempos, tem ocasionado início de atividade sexual em idade precoce e consequente gestação não planejada. Em relação ao tipo de parto, observaram que adolescentes obesas tiveram maior incidência de cesáreas, gerando repercussões em seu futuro obstétrico. As mães adolescentes apresentaram maior número de recém-nascido com peso inferior a 2.500 gramas (FURLAN et al., 2003).

Historicamente, de etiologia multifatorial, a obesidade iniciada antes da idade adulta parece guardar importante relação com fatores hereditários, estando o sucesso do tratamento muitas vezes condicionado à participação dos pais no programa terapêutico utilizado. Uma vez que adolescentes obesos muito provavelmente, permanecerão acima do peso na idade

adulta, estarão pois sujeito ao desenvolvimento das diversas complicações clínico-metabólicas encontradas em adultos obesos (CARNEIRO et al., 2000).

Segundo Consenso Latino-Americano em Obesidade (2001), análises estatísticas confirmaram que 25% da variação transmissível total é atribuída ao fator genético, e atribuíram ainda 30% à transmissão cultural e 45% a outros fatores ambientais não transmissíveis. Ou seja, a interação genético-ambiental é a que promove o desenvolvimento da obesidade no indivíduo.

Para Cardoso et al. (2010), a obesidade é responsável por agravos à saúde da criança e adolescente, precocemente aumentando os fatores de riscos associados à DVC, como HA, dislipidemia e DM2. Os fatores de risco são mais prevalentes quando maior o grau de obesidade e fortemente associados à história familiar. O DM2 classicamente de ocorrência na vida adulta, tem se manifestado cada vez mais precocemente. Até 1995 correspondia a menos de 5% dos casos de DM abaixo de 20 anos de idade; segundo alguns autores, com prevalência aumentada em Hispânicos, indígenas, afro-americanos e descendentes asiáticos. A deposição de gordura abdominal, como em adultos, reflete um aumento de gordura visceral, relacionada com a resistência insulínica, que aumenta o risco de outras alterações metabólicas.

O diagnóstico da obesidade é clínico baseado na história, no exame físico e dados antropométricos; exames subsidiários ajudam a obter dados mais precisos sobre a composição corporal e investigação de possíveis causas secundárias e diagnósticos das repercussões metabólicas mais comuns da obesidade, como: dislipidemia, alterações do metabolismo glicídico, hipertensão arterial, doença hepática gordurosa não-alcóolica, síndrome da apneia obstrutiva do sono e síndrome dos ovários policísticos (SBP e cols., 2008).

Para Kuschnir & Mendonça (2007), a Hipertensão arterial sistêmica (HAS) primária é uma doença multifatorial, na qual diferentes mecanismos estão implicados, levando ao aumento do débito cardíaco e da resistência vascular periférica. No Rio Grande do Sul ocorreu uma proporção de 6,6% de adolescentes com níveis tensionais acima do percentil 95 para pressão diastólica e 12,9 para pressão sistólica. Em São Paulo, foi observada prevalência de 2,7% entre crianças e adolescentes. A obesidade é o principal fator de risco para a HA. A redução do IMC faz com que os níveis tensionais apresentem quedas expressivas, sendo este um dos pilares da abordagem não farmacológica da doença.

A obesidade também pode estar relacionada a um perfil clínico-metabólico desfavorável, caracterizado por níveis mais elevados de PA sistólica e diastólica, triglicerídeos, ácido úrico, e mais reduzidos de HDL-colesterol; e ainda pela presença de *acanthosis nigricans*, como enfatiza Carneiro et al. (2000).

Além disso, é comum encontrar-se em obesos uma auto-imagem depreciativa com consequentes prejuízos nas relações sociais, pelo fato de que os indivíduos obesos, com frequência, são discriminados em contextos educacionais, profissionais e sociais, o que gera neles ansiedade, raiva e dúvidas em relação a si próprio (AZEVEDO & SPADOTTO, 2004).

Ballone (2003, p.52) refere que:

Existem duas tendências sociais cruciantes para pessoas acima do peso ideal; uma é a grosseira e desumana discriminação estética e a outra é encarar o obeso como uma pessoa que não tem força de vontade e que ele é assim porque é preguiçoso. Algumas vezes, isto gera preconceito em relação à pessoa obesa, dificuldades para relacionamentos sociais e afetivos, problemas para encontrar emprego e até mesmo quadros psiquiátricos consequentes a essa marginalização.

De acordo com a literatura, as meninas são mais prováveis de relatarem insatisfação com o corpo que os meninos. Além disso, elas preferem ser mais magras, enquanto os meninos querem corpo maior, não significando o desejo de ter mais gordura corporal, mas sim, porte atlético. Em estudo realizado por Souza et al. (2010), é enfatizado que o percentual de inatividade física foi mais elevado entre as moças (sexo feminino 50% e sexo masculino 28%). A análise multivariada foi processada para a associação entre atividade física e sobrepeso/obesidade segundo o sexo.

Para Silva (2009), os benefícios da prática da atividade física e riscos do sedentarismo associada à saúde e ao bem-estar de sujeitos adultos são amplamente documentadas na literatura. No entanto, pouco se conhece com relação aos hábitos de prática de atividade física de adolescentes, sobretudo de obesos. Praticar regularmente exercícios pode reduzir a gordura corporal, aumentar a massa muscular, a força e a resistência muscular, depressão. O exercício aumenta a auto-estima, ajuda no autoconhecimento corporal e melhora a capacidade funcional, reduz a obesidade e melhora a qualidade de vida..

Segundo SBP e colaboradores (2008), no Brasil, repete-se o modelo de prevalência mundial, como revela a segunda etapa da Pesquisa de Orçamentos Familiares, realizada pelo IBGE, na qual se constatou excesso de peso em 40,6% da população adulta brasileira. Na faixa etária pediátrica, estudos nacionais demonstram prevalências de excesso de peso que variam de 10,8% e 33,8% em diferentes regiões.

Nesse sentido, estima-se que o custo do tratamento da obesidade corresponda, nos países industrializados, de 2% a 8% do gasto total com a saúde. No Brasil em 2003, segundo o primeiro levantamento sobre os custos da obesidade, aproximadamente 1(um) bilhão e 100milhões de reais são gastos a cada ano com internações hospitalares, consultas médicas e

remédios para o tratamento do excesso de peso e das doenças associadas. Apenas o Sistema Único de Saúde (SUS) destina 600 milhões de reais para as internações relativas à obesidade. Esse valor equivale a 12% do que o governo brasileiro despende anualmente com todas as outras doenças (ENES & SLATER, 2010).

Para SBP e colaboradores (2008), o tratamento da obesidade envolve abordagem dietética, modificação do estilo de vida, ajustes na dinâmica familiar, incentivo à prática de atividade física e apoio psicossocial. O envolvimento de toda a família é fundamental para garantir o sucesso de tratamento e permitir a adesão dos pacientes à terapia, além de recorrer ao atendimento por uma equipe multiprofissional, por ser a obesidade uma doença multifatorial com várias morbidades associadas, a abordagem interdisciplinar é benéfica.

Estudo de Costa et al. (2009) pesquisou 252 obesos mórbidos, destacando-se na situação o sexo feminino (202) e este predomínio aponta que há uma procura maior de tratamento entre as mulheres. Porém, pode refletir a procura por mulheres com atividades domésticas, as quais têm maior disponibilidade de tempo para o tratamento.

Ao refletir sobre as sugestões de cuidados de uma equipe multidisciplinar para o paciente com obesidade, destaca-se a necessidade de sistema de vigilância alimentar e nutricional que envolva: programas de educação alimentar junto aos parceiros sociais da comunidade; suplementação alimentar para grupos de risco; programas de acompanhamento do estado nutricional, fomento/participação da criação de novas estruturas, grupos, serviços e ações sociais que viabilizem o acesso do atendimento de obeso em grupos multiprofissionais; promoção e estímulo a ações de educação física, educação nutricional, orientação psicológica e acompanhamento familiar, a fim de minimizar as consequências individuais e sociais da obesidade (COLOMÉ; LIMA, 2006).

Desse modo, Colomé e Lima (2006) afirmam que é preciso organizar espaços específicos para o desenvolvimento de práticas esportivas; investigar, a nível domiciliar ou na unidade de saúde, a história familiar e fatores de risco de obesidade e a rotina alimentar das famílias de obesos; realizar avaliações antropométricas dos padrões neuromotores, cardiovasculares, respiratório e postural; identificar os aspectos de estima e agressividade em obesos, as formas de lidar com esses sentimentos e intervir com elas; conhecer e atuar frente à percepção de obesos em relação ao seu corpo e sua influência em sua vida familiar e social.

Conforme Terres et al. (2006), vários fatores podem estar associados à obesidade, pois ainda que o elevado peso corporal seja resultado do desequilíbrio entre oferta e demanda energética, a sua determinação tem-se revelado complexa e variável em diversos aspectos, como fatores demográficos, socioeconômicos, genéticos, psicológicos, ambientais e

individuais. Em virtude do aumento da obesidade no País e por ser um fator de risco para diversas patologias importantes, é importante identificar a prevalência e os fatores associados ao sobrepeso e à obesidade.

4.2 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PESSOAS COM OBESIDADE

De acordo comum dos objetivos específicos, apresenta-se considerações sobre a assistência de enfermagem ao paciente obeso.

O cuidado de enfermagem deve também envolver o compromisso com a qualidade de suas ações, pautadas em conhecimentos específicos sobre a doença, suas conseqüências, tratamentos necessários, medicamentos que podem ser utilizados e suas implicações no organismo, objetivando a proporção de melhor qualidade de vida. Desta forma, o enfermeiro deve aprimorar seu conhecimento sobre o excesso de peso, atualizar-se sobre os fatores predisponentes e utilizar a criatividade e inovação em suas práticas educativas de cuidado clínico (OLIVEIRA, 2010).

A educação em saúde é um processo de ensino-aprendizagem que visa a promoção da saúde, e o enfermeiro é o principal mediador para que isso ocorra: ele é um educador preparado para propor estratégias e oferecer caminhos que possibilitem transformações nas pessoas e comunidade. Em relação às estratégias de cuidado, cabe destacar que a enfermagem como arte possibilita ao enfermeiro exercer suas funções com criatividade e multiplicidade de alternativas, não generalizando suas ações para uma coletividade comum, mas mantendo as peculiaridades inerentes (SOUZA; WEGNER; GORINI, 2007).

Compete ao enfermeiro envolver a comunidade na participação de ações visando à melhoria da qualidade de vida, realizando ações de prevenção de doenças e promoção da saúde, através de orientações sobre uma alimentação saudável, prevenindo ganho de peso e proporcionando consulta de enfermagem, monitorização dos dados antropométricos e solicitação de exames complementares para avaliar os casos de riscos e quando necessário encaminhar para um profissional especializado (BRASIL, 2006).

A enfermagem contemporânea se faz presente em todas as áreas do cuidado à saúde, desde a sua promoção, com forte atuação no processo educativo, até nos serviços de tratamento e reabilitação. Nessa trajetória, o uso do processo de enfermagem tem sido uma ferramenta importante como instrumento do cuidar, cujo objetivo consiste no favorecimento da prática de enfermagem, uma vez que fornece subsídios metodológicos para que o cuidado

ocorra. Nesse sentido, consiste num método que proporciona organização e direcionamento às atividades de enfermagem (LEADEVAL et al., 2009).

O enfermeiro deve estar atento a este novo campo de atuação, buscando formação específica e concretizando uma atuação com bases científicas na equipe interdisciplinar, pois este tipo de atuação tende a ser cada vez mais presente no meio atual (COSTA et al., 2009).

Através da revisão de literatura sobre a temática da obesidade e das considerações sobre a assistência de enfermagem, acredita-se que este trabalho auxilie na prática profissional, pois o enfermeiro pode refletir sobre os trabalhos já produzidos em relação a temática e pensar ações a serem elaboradas e implementadas no sentido de prevenir a obesidade, bem como, promover a saúde das pessoas obesas. Nesse sentido, pretende-se, futuramente, propor sugestões de cuidados voltados a pessoas com obesidade, por uma equipe multidisciplinar, com a atuação de enfermeiros.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através da realização da presente pesquisa, foi possível constatar que a obesidade trata-se de uma doença crônica, epidêmica, vitalícia, dispendiosa e multifatorial. Com isso, tem-se uma prevalência universalmente crescente, tanto em países em desenvolvimento, como os desenvolvidos e estando associados às elevadas morbi-mortalidades.

O sobrepeso e a obesidade são considerados doenças universais de prevalência crescente e hoje assume caráter epidemiológico, como um dos principais problemas de saúde pública, com inúmeras comorbidades associadas como problemas cardiovasculares, respiratórios, glicose elevada, hipertensão arterial e alterações cutâneas, entre outras.

Nesse sentido, é fundamental que sejam tomadas medidas governamentais preventivas para amenizar a situação para as próximas gerações, pois os resultados com que se depara são alarmantes quanto ao sobrepeso e obesidade, bem como às comorbidades associadas.

Para atender o obeso de forma global, no seu aspecto psíquico, físico, nutricional, humano, isto de forma humanizada, e com todo suporte de profissionais especializados para alcançar os objetivos, é preciso uma equipe multidisciplinar formada por nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta, *personal training*, enfermeira, cardiologista, endocrinologista.

É importante destacar como trabalho interdisciplinar, as ações de enfermagem nas formas de intervenção, como estratégias indispensáveis a todo programa cuja finalidade seja aumentar a qualidade de vida da população a partir da integração do enfermeiro à equipe multidisciplinar, interagindo de forma integrada com outros profissionais. A participação efetiva de todos os profissionais envolvidos no trabalho visando um objetivo comum é condição indispensável para que haja um trabalho em equipe verdadeiramente integrado.

Além disso, é indispensável que haja planejamento das ações de saúde no tratamento individual dessa população, implementando estratégias de cuidados; capacitando a equipe multidisciplinar no intuito de obter uma melhor adequação das ações frente a esse problema de saúde pública.

Os profissionais de enfermagem possuem significativas tarefas voltadas à prevenção, sendo uma de suas funções a de reeducar e cuidar. Com isso orienta o obeso em atividades complementares, estimulando um bom hábito alimentar e também a prática de atividades físicas.

Os fundamentos apresentados no presente estudo evidenciam a importância de ter um acompanhamento multidisciplinar na prevenção e tratamento da obesidade, além de propor

mudanças no estilo de vida, educação alimentar e apoio psicológico, assim como trazer benefícios tanto para a equipe multidisciplinar, quanto para a comunidade assistida.

A pesquisa proporcionou informação e conhecimento, perpassando a parte científica sobre a temática da obesidade, considerando a pessoa obesa, como ser humano em sua integralidade, com seus medos, sofrimentos, alegrias, dúvidas e principalmente a necessidade de encontrar soluções para sua obesidade, de maneira que priorizasse a qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, C. L. et al. **Peso medido, peso percebido e fatores associados em adolescentes.** Washington, v.27, n.5, p.360-367, may 2010. Disponível em: <[http:// www.scielo.org/scielo.php?](http://www.scielo.org/scielo.php?) Acesso em: 05/01/2014.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA-ABESO. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/revista/revista13/index.htm>. 2006. Acesso em: 08/02/2014.

AZEVEDO, M. A. S. B. de; SPADOTTO, C. **Estudos psicológicos da obesidade: dois casos clínicos.** São Paulo, v. 12, n. 2, 2004. Disponível em: <http://www.pepsic.bvsalud.org/scielo.php?> Acesso em: 09/02/2014.

BALLONE, G. J. **Obesidade.** In *psiqweb*, internet, p. 52, 2003. Disponível em: <http://www.psiqweb.med.br/infantil/obesid.html>. Acesso em: 02/02/2014.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Obesidade: Cadernos de Atenção Básica.** N.12, Brasília-DF, 2006. Disponível em: <http://prosaude.org/publicacoes/diversos/cad-AB-obesidade.pdf>. Acesso em: 12/02/2014.

CARDOSO, C. B. M. A. et al. Obesidade na adolescência: reflexões e abordagem. **Rev. oficial do Núcleo de Estudos da Saúde Adolescentes/UERJ.** v. 7, n. 1, p.12-18, 2010. Disponível em <http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe-artigo.asp?id=175>. Acesso em 03/01/2014.

CARNEIRO, J. R. I. et al. Obesidade na Adolescência: fator de risco e complicações clínico-metabólicas. **Arq. Bras. Endocrin. no Metab.** São Paulo, v. 44, n. 5, p. 390-396, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?> Acesso em: 05/01/2014.

COLOME, I. C. S.; LIMA, M. A. D. S. Desafios do trabalho em equipe para enfermeiras que atuam no Programa Saúde da Família (PSF). **Rev. Gaúcha Enferm.** v. 27, n. 4, p.548-556, dez. 2006. Disponível em: <http://www.portalbvsenf.eerp.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69332006000400009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 23/01/2014.

CONSENSO LATINO-AMERICANO EM OBESIDADE. **Documentos.** C2. Copyright@2001 e Health Latin America Rio de Janeiro: ABESO, 2001.

COSTA, A. C. C.; IVO, M. L.; CANTERO, W. B.; TOGNINI, J. R. F. Obesidade em pacientes candidatos a cirurgia bariátrica. **Acta Paul Enferm.** v. 22, n. 1, p. 55-9, 2009.

DAMIANI, D. Obesidade na Infância e Adolescente – um extraordinário desafio! **Arq. Bras. Endocrinol. Metab,** São Paulo, v. 44, n.5, p. 363-365, out/2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?> Acesso em: 04/01/2012.

DUNCAN, B.B; SCHMIDT, M.I; GIUGLIANI, R.J. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências.** Porto Alegre. Artmed. 3. ed. 2004.

ENES, C. C.; SLATER, B. Obesidade na adolescência e seus principais fatores determinantes. **Revista Brasileira Epidemiológica**. São Paulo, v.13, n.1, p. 163-171, março/2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>? Acesso em: 03/12/2013.

FONSECA, J. G. M. et al. **Obesidade e outros distúrbios alimentares**. Rio de Janeiro: MEDSI, v.2, 2002.

FURLAN, J. P. et al. A influência do estado nutricional da adolescência grávida sobre o tipo de parto e o peso do RN. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. Rio de Janeiro, v.25, n. 9, p. 625-630, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>? Acesso em: 05/01/2013.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

HALPERN, A. **Conhecer e enfrentar a obesidade**. São Paulo: Contexto, 2000.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa de orçamentos familiares**: POF 2002-2003. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso: 07/01/2014.

KUSCHNIR, M. C. C; MENDONÇA, G. A. S. Fatores de risco associados à Hipertensão Arterial em Adolescentes. **Jornal de Pediatria**. (RJ), v.83, n.4, p. 335-342, July-aug 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>? Acesso em: 04/01/2014.

LAMOUNIER, J. A.; ABRANTES, M. M. Prevalência de obesidade e Sobrepeso na Adolescência no Brasil. **Revista de Medicina Minas Gerais**. v. 13, n. 4, p. 274-284, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>? Acesso em 15/02/2013.

LEADEBAL, O. D. C. P.; FONTES, W. D. de; NÓBREGA, M. M. L da; BRITO FILHO, G. T. de. Análise das bases didático-pedagógicas para o ensino da sistematização da assistência enfermagem. **REME - Rev. Min. Enferm**. v.13, n. 1, p. 57-64, jan./mar., 2009.

LUNA, I. T. et al. Obesidade Juvenil com enfoque na promoção da saúde: revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre- RS, v. 32, n. 2, p. 394-401, june 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>? Acesso em 05/12/2013.

MARIATH, A. B.; GRILLO, L. P.; SILVA, R. O. da; SCMITZ, P.; CAMPOS, I. C. de; MEDINA, J. R. P.; KRUGER, R. M. Obesidade e fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis entre usuários de unidade de alimentação e nutrição. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 897-905, abr, 2007.

MENEZES, T. N.; MARUCCI, M. F. N. **Antropometria de Idosos Residentes em Instituições Geriátricas**. Fortaleza, CE; 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbme>. Acesso em: 21/01/2014.

MILAGRES, R. **Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus**. Enciclopédia da Saúde: Diabetes Mellitus. v. 1/3, Rio de Janeiro: MEDSI, p. 445, 2002.

MINAYO, M.C de S. (org.) **Pesquisa pessoal**: teoria, método, criatividade. Rio de Janeiro. Vozes, 2004.

NETTINA, S. M. **Práticas de Enfermagem**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

OLIVEIRA, C. L.; FISBERG, M. Obesidade na Infância e Adolescência – uma verdadeira epidemia. **Arq. Bras. Endocrinologia**. São Paulo. v. 47, n. 2, p. 107-108. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci>. Acesso em: 03/02/2014.

OLIVEIRA, A.F.C.; NOGUEIRA, M.S. Obesidade como fator de risco para a hipertensão entre profissionais de enfermagem de uma instituição filantrópica. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 44, n. 2, p. 388-394, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Obesidade: Prevenindo e Controlando a Epidemia Global**. São Paulo: Roca, 2004.

PRATI, S. R. A.; PETROSKI, E. L. Atividade física em adolescentes obesos. **Revista da Educação Física/UEM**. Maringá/PR, v. 12, n. 1, p. 59-67, 2001.

PINHEIRO, A.R.O; FREITAS,S.F.T; CORSO,A.C.T. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. **Revista de Nutrição**.vol.17.núm.4.2004.p.523-533.

SILVA, E. da. Influência da prática atividade física para adolescente com obesidade. **Revista Digital** - Buenos Aires. Año 13, n. 138-enero de 2009. Disponível em: <http://www.efdesportes.com>. Acesso em: 21/01/2013.

SILVA, G. A. P. et al. Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes de diferentes condições socioeconômicas. **Revista Bras. Saúde Materno Infantil**. Recife; v. 5, n. 1, p.53-59, março 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci-arttext&pid>. Acesso em: 11/02/2013.

SOARES, F. A.; SOUZA, M. O. de. Obesidade na Adolescência e suas implicações futuras. **Revista Digital**- Buenos Aires – Año 13 - Viçosa, MG, BR, n.131, 2008. Disponível em <http://www.efdesportes.com>. Acesso em: 11/02/2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDRIATRIA (SBP) e colaboradores. Obesidade na Infância e adolescente: Manual de Orientação. **Departamento de Nutrologia**, p. 116, 2008. Disponível em <http://www.sbp.com.br>. Acesso em 11/02/2012.

TEICHMANN, L. Fatores de risco associados ao sobrepeso e a obesidade em mulheres de São Leopoldo, RS. **Rev. bras. epidemiol.** v.9 n.3 São Paulo set. 2006.

TERRES, N. G. et al. Prevalência e fatores associados ao sobrepeso e a obesidade em adolescente. **Revista Saúde Pública**. São Paulo, v. 40, n. 4, p. 627-633, Aug 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?> Acesso em: 12/02/2014.

VASCONCELOS, K.S.S; DIAS, J.M.D; DIAS, R.C. Relação entre intensidade de dor e capacidade funcional em indivíduos obesos com osteoartrite de joelho. **Rev. bras. fisioter.** v. 10, n. 2, p. 213-218, 2006.

YUNG, L. O papel do psicólogo no tratamento da obesidade. **Jornal Diário Serrano**. Cruz Alta, p. 4, 14/dez/2001.