

FACULDADES INTEGRADAS DO EXTREMO SUL DA BAHIA
MILENA NUNES FERNANDES MIRANDA

**BAIXA AUTOESTIMA SITUACIONAL E OBESIDADE:
REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA**

EUNÁPOLIS, BA
2018

MILENA NUNES FERNANDES MIRANDA

**BAIXA AUTOESTIMA SITUACIONAL E OBESIDADE:
REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Enfermagem das Faculdades Integradas do Extremo Sul da Bahia como requisito final para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Me. Renata Soares Passinho

EUNÁPOLIS, BA
2018

MILENA NUNES FERNANDES MIRANDA

BAIXA AUTOESTIMA SITUACIONAL E OBESIDADE: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Enfermagem das Faculdades Integradas do Extremo Sul da Bahia como requisito final para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Prof. Renata Soares Passinho
(Faculdades Integradas do Extremo Sul da Bahia)

Prof. Raquel Silva Souza
(Faculdades Integradas do Extremo Sul da Bahia)

Prof. Samira Silva dos Santos Soares
(Faculdades Integradas do Extremo Sul da Bahia)

Prof.^a Esp. Maria Cristina Marques
Coordenadora do Curso de Enfermagem
Eunápolis- BA _____

RESUMO

Introdução: a baixa autoestima situacional e a obesidade abrangem as mais variadas raças, grupos e classes sociais, e são consideradas causadoras de grandes conflitos, uma vez que as suas ocorrências trazem implicações e grandes riscos para o estado psíquico do paciente. **Objetivo geral:** identificar na literatura científica os fatores responsáveis pelo surgimento do diagnóstico de enfermagem “baixa autoestima situacional” nas pessoas com obesidade. **Metodologia:** revisão integrativa da literatura nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), onde foram encontrados 54 artigos e selecionados 06 artigos. **Resultados:** identificam-se como dificuldades: a baixa autoestima dos pacientes obesos e a insegurança de buscar auxílio nos serviços de saúde; o choque emocional ao ver as mudanças acontecendo na sua imagem corporal; lidar com seus sentimentos; as relações entre os pacientes obesos, amigos e familiares; os vínculos estabelecidos entre profissional-paciente. **Conclusão:** as publicações mostraram que a assistência da enfermagem, na prevenção da baixa autoestima situacional dos pacientes obesos, não é um evento isolado, sendo necessária a atuação multiprofissional no cuidado aos usuários.

Descritores: Obesidade; Baixa autoestima situacional; Sofrimento mental; Assistência de enfermagem.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- FIGURA 1 Fluxograma PRISMA do processo de busca e seleção de 24 estudos
- QUADRO 1 Distribuição da produção científica a respeito de porque os 25 indivíduos com obesidade desenvolvem o diagnóstico de enfermagem “baixa autoestima situacional” nas bases de dados (2012-2017).

LISTA ABREVIATURAS E SIGLAS

CIE - Conselho Internacional de Enfermagem

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

IMC - Índice de massa corporal

LILACS - Caribe em Ciências da Saúde

MEDLINE - Medical Literature Analysis and Retrieval System Online

NANDA - North American Nursing Diagnosis Association International

NIC - -Nursing Interventions Classification

NOC - Nursing Outcomes Classification

OMS - Organização Mundial da Saúde

SISTEMA OMAHA – Community Health System

SUS - Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO..... | 08 |
| 2 REVISÃO DE LITERATURA..... | 11 |
| 2.1 - Fisiopatologia da obesidade..... | 11 |
| 2.2 - Sofrimento mental como uma das complicações da obesidade..... | 13 |
| 2.3 - Epidemiologia das complicações da obesidade..... | 15 |
| 2.4 - Taxonomia de enfermagem NANDA Internacional..... | 16 |
| 2.5 - Fatores relacionados e as características definidoras do diagnóstico “baixa autoestima situacional” | 18 |
| 3 OBJETIVOS..... | 20 |
| 3.1 Objetivo geral..... | 20 |
| 3.2 Obetivos específicos..... | 20 |
| 5 METODOLOGIA..... | 21 |
| 6 RESULTADOS | 24 |
| 7 DISCUSSÃO | 26 |
| 8 CONCLUSÃO..... | 29 |
| REFERÊNCIAS..... | 31 |

1 INTRODUÇÃO

A obesidade é vista atualmente como um dos problemas de saúde pública mais preocupantes, devido ao seu aumento e as graves consequências que pode acarretar. Trata-se de um fenômeno que envolve componentes genéticos, comportamentais, psicológicos, sociais, metabólicos e endócrinos (VERDOLIN *et al.*, 2012).

Pessoas com índice de massa corporal (IMC) acima de 40 são portadoras de obesidade mórbida. Os pacientes com obesidade mórbida devem ser encarados como portadores de uma doença que ameaça a vida, reduzindo a qualidade da mesma, interferindo na auto-estima e que necessita de abordagens eficientes para promover uma redução do peso. Esses pacientes são candidatos à cirurgia bariátrica (VERDOLIN *et al.*, 2012).

A cirurgia bariátrica é o método mais eficaz no tratamento da obesidade mórbida e controle do peso em longo prazo podem ser procedimentos que limitam a capacidade gástrica, ou que interferem na digestão ou, a combinação de ambas as técnicas (KELLES *et al.*, 2015).

Entre 2001 e 2014 foram realizadas 49.425 cirurgias bariátricas pelo SUS. Devido à grande espera, é possível que os pacientes operados pelo SUS tenham um perfil pré-cirúrgico peculiar, com mais comorbidades e IMC mais alto (PALMEIRA *et al.*, 2016).

O procedimento cirúrgico é sempre uma situação estressante e complexa, na qual vem de um constante e trabalhoso processo de evolução, tornando-se a cada dia, mais seguro e com maior exatidão dos diagnósticos pré-operatórios, além de maior segurança na indicação cirúrgica como terapia e maior segurança no planejamento da técnica cirúrgica a ser utilizado, o que contribui para um pós-operatório mais rápido para os pacientes (SILVA *et al.*, 2015).

O cuidar do paciente no pós-operatório envolve um emaranhado técnico e científico para o devido atendimento das necessidades do indivíduo e reconhecimento de possíveis complicações, trabalhando de forma intensiva no seu cuidado. A enfermagem atua no pós-operatório imediato e mediato/tardio como grande

interlocutor do cuidado humano, procurando garantir a autonomia e independência aos seus pacientes (ROCHA; COSTA, 2012).

Os enfermeiros devem assim, ter conhecimento da importância da sistematização da assistência, da orientação pós-operatória, para prestar uma assistência com qualidade. A atuação de enfermagem especializada deve ser capaz de detectar rapidamente alterações na evolução clínica do paciente e tomar as primeiras providências. O paciente submetido ao procedimento anestésico cirúrgico deve permanecer sob observação e cuidados constantes da equipe de enfermagem até que haja a recuperação da consciência, estabilidade dos sinais vitais e prevenção das intercorrências do período pós-anestésico e ou pronto atendimento (CORI et al., 2015).

Assim a enfermagem é parte integrante da equipe de saúde, um apoio e essencial para o cuidado intensivo de um paciente. O enfermeiro realiza intervenções, que previnem possíveis estados de desequilíbrios, procura sempre conduzir o paciente à situação de bem-estar, ou seja, a assistência de enfermagem deve atuar de forma sistematizada, sendo um processo interativo que promove e/ou recupera a integridade e a plenitude bio-psico-sócio-espiritual do paciente (ROCHA; COSTA, 2012).

O presente estudo traz como problema de investigação: por que os indivíduos com obesidade desenvolvem o diagnóstico de enfermagem “baixa autoestima situacional”?

Considerando-se o problema de pesquisa, foram elencadas as seguintes hipóteses:

1. Os indivíduos com obesidade desenvolvem o diagnóstico de enfermagem “baixa autoestima situacional.
2. As mulheres obesas são mais propensas ao desenvolvimento de doenças relacionadas à alteração da imagem corporal.

O cuidado de enfermagem deve ser fornecido de forma a contemplar os âmbitos biopsicossociais do ser humano. Além do cuidado clínico, os enfermeiros direcionam suas intervenções também para a saúde mental, abordando essa segundo o princípio da integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS). A obesidade, de

acordo com informações do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), em 2016, foi registrada como causa de 12.220 internações no Brasil e, destas, 945 na região Nordeste. (DATASUS,2013).

Considerando-se as subnotificações, esses dados demonstram a relevância da abordagem a respeito dessa comorbidade, que é responsável não só pelo adoecimento físico, como também as doenças cardiovasculares no geral, onde é um dos principais fatores de risco, mas também pelo adoecimento mental. Diante disso, o conhecimento a respeito dos diagnósticos de enfermagem associados ao cuidado da pessoa com obesidade é necessário, na medida em que o Enfermeiro é o principal responsável pelas ações preventivas e assistenciais à essa clientela. (SILVA *et al.*,2015).

A saúde mental é um dos focos da assistência de enfermagem e, para tanto, faz-se essencial que essa seja considerada prioritária durante a promoção do cuidado inerente à profissão. Os diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem fazem parte do Processo de Enfermagem e devem ser elaborados para todo e qualquer perfil de usuário. Priorizar as repercussões relacionadas ao sofrimento mental da pessoa com obesidade é estar em consonância com o cuidado integral em saúde preconizado pelo SUS (ROCHA; COSTA,2012).

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 FISIOPATOLOGIA DA OBESIDADE

Com o aumento da proporção de indivíduos obesos, bem como a relação da obesidade com as mais variadas comorbidades, diversos pesquisadores tem se dedicado na busca da compreensão dos aspectos fisiopatológicos dessa doença. Sabe-se que a causa fundamental do excesso de peso e da obesidade é um desbalanço entre as calorias consumidas e as calorias gastas, o qual resulta no armazenamento excessivo de triacilglicerol no tecido adiposo (FERREIRA *et al.*,2017).

No entanto, apesar das flutuações na ingestão alimentar e gasto energético, em situações normais, a massa adiposa dos animais tende a se manter estável por longos períodos. Isso é possível graças a um sistema biológico homeostático que busca manter o equilíbrio entre o consumo e o gasto de energia, resultando em um armazenamento adequado de substrato no tecido adiposo (PALMEIRA *et al.*,2016).

Destaca-se que a ingestão alimentar nem sempre é determinada pela necessidade, mas também envolve o hábito, aprendizagem, palatabilidade, conveniência ou oportunidade que o indivíduo tem de comer. Portanto, pode-se dizer que a perda da homeostase energética depende de fatores fisiológicos, genéticos, ambientais e comportamentais (RIAGEL *et al.*,2014).

Diversas anormalidades podem favorecer a alteração do peso corporal, tais como os alimentos ingeridos e suas composições, a saciedade, as alterações hormonais referente a sua assimilação e armazenamento, e a taxa metabólica. Define-se obesidade pelo excesso de peso corporal que seja suficiente para favorecer a morbidade e mortalidade globais (MCPHEE; GANONG, 2011)

Os riscos voltados para a mortalidade estão menos evidentes na branda e na moderada. Mesmo sem reconhecer os mecanismos que são responsáveis pelo desenvolvimento das patologias, estudos epidemiológicos favoreceram o reconhecimento da obesidade como um fator de risco para as mesmas(MCPHEE; GANONG, 2011)

Um número pequeno dos casos de distúrbios monogênicos repercute em obesidade humana. Essas situações refletem na importância da regulação do hipotálamo que está diretamente envolvido no controle do peso corporal. A leptina ou seu receptor quando sofre mutação, resulta na insuficiência da mesma no hipotálamo, e a terapia de reposição caso esse hormônio esteja deficiente, favorece a normalização do peso corporal (MCPHEE; GANONG, 2011)

Outras mutações foram descritas no sistema da POMC hipotalâmica. As mutações do MC4-R e do gene da POMC, ou das proteases que processam a POMC, resultando em concentrações baixas do MSH, causam obesidade infantil grave. Compatível com os dados que assinalam a participação do sistema da POMC no controle hipotalâmico do peso corporal, todas as mutações desse sistema causam a redução da sinalização por meio do MC4-R e, desse modo, aumentam a ingestão alimentar. Afora os distúrbios monogênicos mencionados antes, a obesidade parece resultar de múltiplos fatores. Desse modo, a obesidade pode ser causa ou consequência de uma doença, dependendo do distúrbio em consideração. Por exemplo, em alguns casos o diabetes melito tipo 2 tem como primeira manifestação clínica o aumento súbito do peso, distúrbio que pode ser difícil de controlar sem perda de peso, refletindo a resistência à insulina no estado de obesidade. Além disso, se for possível perder peso, o diabetes poderá mais uma vez entrar em latência e ser controlado apenas com dieta e exercícios (MCPHEE; GANONG, 2011).

A quantidade de adipócitos do corpo é possivelmente determinada durante o período da lactência. Sugere-se que a obesidade da vida adulta tenha seu resultado a partir do crescimento dos adipócitos (hipertrofia) ao invés do aumento da quantidade destas células (hiperplasia). Quando a obesidade resulta-se do crescimento dos adipócitos ela é mais fácil de ser controlada do que a causada pela hiperplasia (MCPHEE; GANONG, 2011).

Hoje, observa-se onde a gordura é depositada e não a quantidade que é depositada. Sendo assim, a obesidade visceral ou central é conhecida por mais apresentar riscos para a morbidade e mortalidade, do que a gordura subcutânea ou periférica que localiza-se na parte inferior do corpo, pois a gordura visceral é menos sensível à insulina e mais às catecolaminas. Indivíduos que fazem atividades físicas vigorosas e possui uma obesidade significativa, têm mais gordura subcutânea e não mostram aumento da resistência à insulina. O estilo de vida sedentário favorece a obesidade predominantemente visceral que está agregada a um grau mais marcante de resistência insulínica nos pacientes independente de ter o diagnóstico de diabetes melito (MCPHEE; GANONG, 2011).

2.2 SOFRIMENTO MENTAL COMO UMA DAS COMPLICAÇÕES DA OBESIDADE

A obesidade tem, nos dias de hoje, um grande impacto na saúde, atingindo milhões de pessoas em todo o mundo, acarretando grande morbidade e mortalidade, o que produz um profundo impacto social e económico. Na população adulta, o excesso de peso é definido como um Índice de Massa Corporal (IMC) superior a 25kg/m², sendo pré-obesos os indivíduos com IMC entre 25,0 e 29,9 kg/m² (VERDOLIN *et al.*,2012).

A obesidade vem sendo associada aos transtornos mentais, especialmente ditos transtornos mentais comuns, como a depressão e a ansiedade. Essa associação é constatada em ambas as direções, pois se os transtornos mentais favorecem o desenvolvimento da obesidade, também a obesidade parece aumentar a incidência de depressão, transtorno bipolar, transtorno do pânico ou agorafobia (FERREIRA *et al.*, 2017).

É importante entender que a depressão e a ansiedade são transtornos que compartilham com a obesidade os processos de adoecimento das doenças crônicas não transmissíveis, em especial as cardiovasculares e o diabetes mellitus, o que aumenta o risco de morte prematura (ROCHA; COSTA,2012).

Na esfera psicológica, as alterações na imagem corporal se associam com frequência à redução da autoestima. Como a obesidade é uma doença que transforma o corpo e a mente, ela pode se relacionar a vários aspectos sociais (dificuldades de emprego, preconceito, exclusão e isolamento), problemas psicológicos (baixa autoestima) e físicos (dificuldade de locomoção e de realização das atividades do cotidiano (PALMEIRA *et al.*,2016).

A obesidade pode predispor a depressão devido à percepção negativa da imagem corporal. Existem poucos estudos epidemiológicos examinando a relação entre IMC e transtornos mentais. A maioria encontra associação com depressão e distúrbios de ansiedade. O próprio estigma relacionado à obesidade pode ser um fator influenciador no desenvolvimento das enfermidades mentais. Considerando a associação entre obesidade e transtornos mentais previamente descrita na literatura, estudar seus pormenores é de grande importância para o tratamento do paciente obeso ou com sobrepeso. (VERDOLIN *et al.*,2012).

A ansiedade é uma reação normal ao estresse, mas quando crônica ou intensa pode tornar-se patológica. Descreve-se uma Perturbação da Ansiedade como um episódio situacional agudo caracterizado por sensações de perigo iminente e sentimentos antecipatórios desagradáveis desproporcionais à ameaça (PALMEIRA *et al.*,2016).

Pacientes submetidos à cirurgia bariátrica ou a outras condições crônicas de saúde, e aqueles que versam sobre os aspectos subjetivos da obesidade, em sua maior parte são sobre a percepção da imagem corporal e realizados pela psicologia. Assim, avançar na compreensão da doença, para além das características clínicas, contemplando as percepções das pessoas sobre este problema de saúde, pode contribuir para a efetividade de novas práticas de cuidados (PALMEIRA *et al.*,2016).

2.3 EPIDEMIOLOGIA DAS COMPLICAÇÕES DA OBESIDADE

A obesidade tem sido vista, como um problema de saúde pública, devido causar consequências negativas à saúde e qualidade de vida dos indivíduos, além do muito investimento para o seu manuseio.

Ainda, os dados atuais mostram que a obesidade e o sobrepeso estão em progressão, tanto em países desenvolvidos quanto em países em desenvolvimento. De fato, a proporção de adultos com sobrepeso ou obesos praticamente duplicou entre 1980 e 2013, sendo um grande contribuinte para o surgimento de doenças (FERREIRA *et al.*,2017).

Dados recentes apontam que no ano de 2014, 39% dos adultos acima de 18 anos estavam com sobrepeso, correspondendo a 1,9 bilhões de indivíduos. Destes, 600 milhões (13%) foram classificados como obesos. Os números também são alarmantes entre as crianças e adolescentes. Em 2013, 23,8% dos meninos e 22,6% das meninas estavam com sobrepeso ou obesos nos países desenvolvidos, e nos países em desenvolvimento, 12,9% dos meninos e 13,4% das meninas compartilhavam dessa mesma situação (ROCHA;COSTA,2012).

A OMS destaca ainda que 42 milhões de crianças menores de 5 anos de idade estavam acima do peso ou obesos no ano de 2013. Recentemente, o Ministério da Saúde divulgou o último relatório sobre a obesidade no Brasil. Os dados representam os indivíduos acima de 18 anos de idade e apontam uma prevalência de sobrepeso e obesidade de 52,5% e 17,9%, respectivamente. No entanto, esse percentual ainda é alarmante, visto que a obesidade é um importante fator de risco para o desenvolvimento de inúmeras outras doenças (RIAGEL *et al.*,2014).

Em conjunto, o aumento da prevalência da obesidade e suas comorbidades, afetam negativamente a economia mundial. O impacto financeiro pode ser medido pela perda de anos de vida produtiva ou pelo próprio investimento no tratamento da doença. No Brasil, entre os anos de 2008 e 2010, o Sistema Único de Saúde gastou anualmente cerca de R\$ 3,6 bilhões com o tratamento da obesidade e suas comorbidades, sendo R\$ 2,4 bilhões com o tratamento hospitalar (68%) e R\$ 1,2 bilhões (32%) com o tratamento ambulatorial(CORI *et al.*,2015).

2.4 TAXONOMIA DE ENFERMAGEM NANDA INTERNACIONAL

A enfermagem conta com alguns sistemas de classificação cujo desenvolvimento está relacionado a alguma fase do Processo de Enfermagem. Os mais conhecidos são: classificação de diagnósticos de enfermagem da *North American Nursing Diagnosis Association International* (NANDA-I); classificação de intervenções de enfermagem *Nursing Interventions Classification* (NIC); classificação de resultados de enfermagem *Nursing Outcomes Classification* (NOC); e Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®).

A taxonomia de diagnósticos de enfermagem da NANDA-I é um esquema classificatório que nos auxilia a organizar os conceitos que interessam à prática da enfermagem (NANDA-I, 2015-2017). Para os profissionais da saúde, conhecer os diagnósticos é elemento importante dos conhecimentos profissionais, essencial à prática clínica. O conhecimento dos diagnósticos de enfermagem deve, assim, ser organizado de modo a legitimar a prática profissional e consolidar a jurisdição dessa profissão (ABBOTT, 1988 *apud* NANDA-I, 2015-2017).

A NANDA-I defende que uma linguagem padronizada representando qualquer profissão deve oferecer, no mínimo, uma definição baseada em evidências e uma lista de características definidoras (sinais/sintomas) e fatores relacionados (fatores etiológicos). Diagnósticos de risco devem incluir uma definição baseada em evidências e uma lista de fatores de risco (NANDA-I, 2015-2017).

Segundo NANDA, intervenção de enfermagem é “qualquer tratamento baseado no julgamento e no conhecimento clínico realizado por um enfermeiro para melhorar os resultados do paciente/cliente (NANDA-I, 2015-2017).

As intervenções NIC estão relacionadas aos diagnósticos de enfermagem da NANDA-I, aos problemas do sistema Omaha e aos resultados da classificação de resultados da NOC. O Sistema Omaha (*Community Health System*) compreende três esquemas de classificação: de problemas, de intervenções e de resultados (NANDA-I, 2015-2017).

A Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC) é importante pois os resultados dos pacientes servem como o critério de julgamento do sucesso de uma intervenção de enfermagem. Cada resultado tem uma definição e uma lista de indicadores que podem ser usados para avaliar a condição do paciente (NANDA-I, 2015-2017).

O Processo de Enfermagem organiza-se em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes:

I – Coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem) – processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença. II – Diagnóstico de Enfermagem – processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; e que constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados. III – Planejamento de Enfermagem – determinação dos resultados que se espera alcançar; e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas face às respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, identificadas na etapa de Diagnóstico de Enfermagem. IV – Implementação – realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem. V – Avaliação de Enfermagem – processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado; e de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem. (COFEN, 2009).

O Processo de Enfermagem deve estar baseado num suporte teórico que oriente a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem e o planejamento das ações ou intervenções de enfermagem; e que forneça a base para a avaliação dos resultados de enfermagem alcançados. (COFEN, 2009).

Ao enfermeiro, observadas as disposições da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986 e do Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, que a regulamenta, incumbe a liderança na execução e avaliação do Processo de Enfermagem, de modo a alcançar os resultados de enfermagem esperados, cabendo-lhe, privativamente, o diagnóstico de enfermagem acerca das respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, bem como a prescrição das ações ou intervenções de enfermagem a serem realizadas, face a essas respostas. (COFEN, 2009).

2.5 FATORES RELACIONADOS E AS CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS DO DIAGNÓSTICO “BAIXA AUTOESTIMA SITUACIONAL”

A taxonomia NANDA-I, traz como definição de obesidade a condição em que o indivíduo acumula um índice anormal de gordura ou seja em excesso para a faixa etária e o sexo, excedendo assim o sobrepeso. Possui como uma das suas características definidoras o IMC para o indivíduo adulto $> 30 \text{ kg/m}^2$ (NANDA-I, 2015-2017).

A obesidade proporciona um misto de emoções e sentimentos no ser humano pois, a facilidade para o ganho de peso não é a mesma para perder, e isso vem acumulando, e quando o indivíduo para pra observar já encontra-se numa dificuldade para retornar o seu peso anteriormente. Essas condições favorecem outro Diagnóstico de NANDA, tais como o distúrbio na imagem corporal (NANDA-I, 2015-2017).

Esta taxonomia define este diagnóstico como:

Confusão na imagem mental do eu físico, alteração em função e na estrutura corporal, alteração na visão do próprio corpo, comportamento de reconhecimento do próprio corpo, despersonalização do corpo pelo uso de pronomes impessoais, evitar olhar e tocar o próprio corpo, foco na aparência anterior, mudança no envolvimento social e no estilo de vida e sentimentos negativos em relação ao corpo (NANDA – I, 2015-2017).

Esse acúmulo de sentimento reprimido, favorece a vinda da ansiedade que é definida pela taxonomia como vago e incômodo sentimento de desconforto ou temor, acompanhado por resposta autonômica (a fonte é frequentemente não específica ou desconhecida para o indivíduo); sentimento de apreensão causada pela antecipação de perigo. É um sinal de alerta que chama a atenção para um perigo iminente e permite ao indivíduo tomar medidas para lidar com a ameaça (NANDA-I, 2015-2017).

Alguns estudos discutiram a baixa autoestima situacional relacionada à diversas comorbidades, como: obesidade (SERRANO *et al.*, 2010); doença arterial coronariana (POMPEO *et al.*, 2017); pacientes submetidos à colonoscopia (LEITE;

AGUIAR, 2017); infertilidade feminina (BEZERRA *et al.*, 2016) e em gestantes (CAVALCANTE *et al.*, 2012).

A autoestima está relacionada a aceitação do corpo, pessoas com obesidade, por fatores como a mídia, que através de campanhas publicitárias, mostram que o corpo ideal é o corpo mais magro, podem desenvolver comportamentos depressivos e distúrbios de imagem por não estarem nesse padrões (SERRANO *et al.*, 2010).

Pacientes submetidos a cirurgia de confecção do estoma (colostomia), altera não só a fisiologia gastrointestinal mas também a autoestima, e com isso a qualidade de vida, devido a sua imagem corporal, podendo ser ou não definitiva (LEITE; AGUIAR, 2017).

A infertilidade, cada vez mais prevalente, está relacionada a diversos fatores, e dentre os diversos tratamentos deve ser analisado também a saúde psicológica já que o emocional pode ser afetado, e a melhora do fator psicossocial é fundamental para capacidade e confiança do paciente (BEZERRA *et al.*, 2016).

A gravidez causa algumas modificações funcionais e físicas na gestante, devido as mudanças hormonais, que causam instabilidade emocional, com isso os sentimentos negativos costumam aumentar na gestação (CAVALCANTE *et al.*,2013).

As doenças cardiovasculares ainda são muito frequentes na população brasileira, fatores psicossociais interferem nessa morbidade, a autoestemima é um fator que está ligado a saúde mental e com isso ao desenvolvimento de doença cardiovasculares (POMPEO *et al.*, 2017).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral:

Identificar na literatura científica os fatores responsáveis pelo surgimento do diagnóstico de enfermagem “baixa autoestima situacional” nas pessoas com obesidade.

3.2 Objetivo específico:

Analisar as repercussões da obesidade na saúde física e mental dos indivíduos.

4 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de revisão integrativa da literatura realizada a partir de seis etapas: 1) identificação do tema e seleção da questão norteadora da pesquisa; 2) estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos; 3) definição dos fatores relacionados a baixa autoestima situacional em indivíduos com obesidade a serem extraídos dos resultados dos artigos originais; 4) avaliação dos artigos selecionados na revisão integrativa; 5) interpretação dos resultados; e 6) apresentação do conhecimento evidenciado pela revisão integrativa.

Esta revisão foi direcionada pela seguinte questão norteadora: por que os indivíduos com obesidade desenvolvem o diagnóstico de enfermagem “baixa autoestima situacional”?

Foi realizada uma busca entre agosto de 2017 até setembro de 2017 nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) com os descritores: Obesidade, baixa autoestima situacional, sofrimento mental e assistência de enfermagem, cruzados dois a dois, no idioma português. O recorte temporal utilizado foi a seleção de artigos científicos extraídos dessas bases de dados no período de 2012 a 2017. Os critérios para a inclusão dos artigos foram: serem artigos originais, apresentarem em seus resultados o porque os indivíduos com obesidade desenvolvem o diagnóstico de enfermagem “baixa autoestima situacional” e possuírem resumos disponíveis nas bases de dados. Como critérios de exclusão estabeleceram-se: trabalhos apresentados em congressos, dissertações, monografias, teses, cartas ao editor, estudos de reflexão, artigos sobre outros temas e artigos sem resumo disponível.

As buscas foram realizadas, de forma independente, por duas pesquisadoras (Milena Nunes Fernandes Miranda e Renata Soares Passinho). A seleção dos estudos foi feita a partir da análise dos títulos, resumos e textos completos das publicações. Vale destacar que, em situações de divergências, as mesmas foram resolvidas através do consenso. Os artigos incluídos na revisão que não estavam disponíveis, inicialmente, nas bases de dados foram obtidos no formato de texto

completo no portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Foram encontrados 36 artigos na *LILACS* e 18 na *MEDLINE*. Desse total artigos, 12 foram excluídos por estarem sem o resumo disponível, assim, 42 artigos foram selecionados para leitura dos resumos. Dos 42 artigos, 12 foram excluídos por serem repetidos, restando 30 artigos. Destes, 6 foram excluídos por não atenderem aos critérios de inclusão, ficando 24 artigos elegíveis para a leitura na íntegra. Após essa etapa, 18 foram excluídos, aplicando-se os critérios de exclusão. Por fim, 06 artigos foram incluídos nessa revisão integrativa (01 com desenho qualitativo e 5 com quantitativo) (Figura 1).

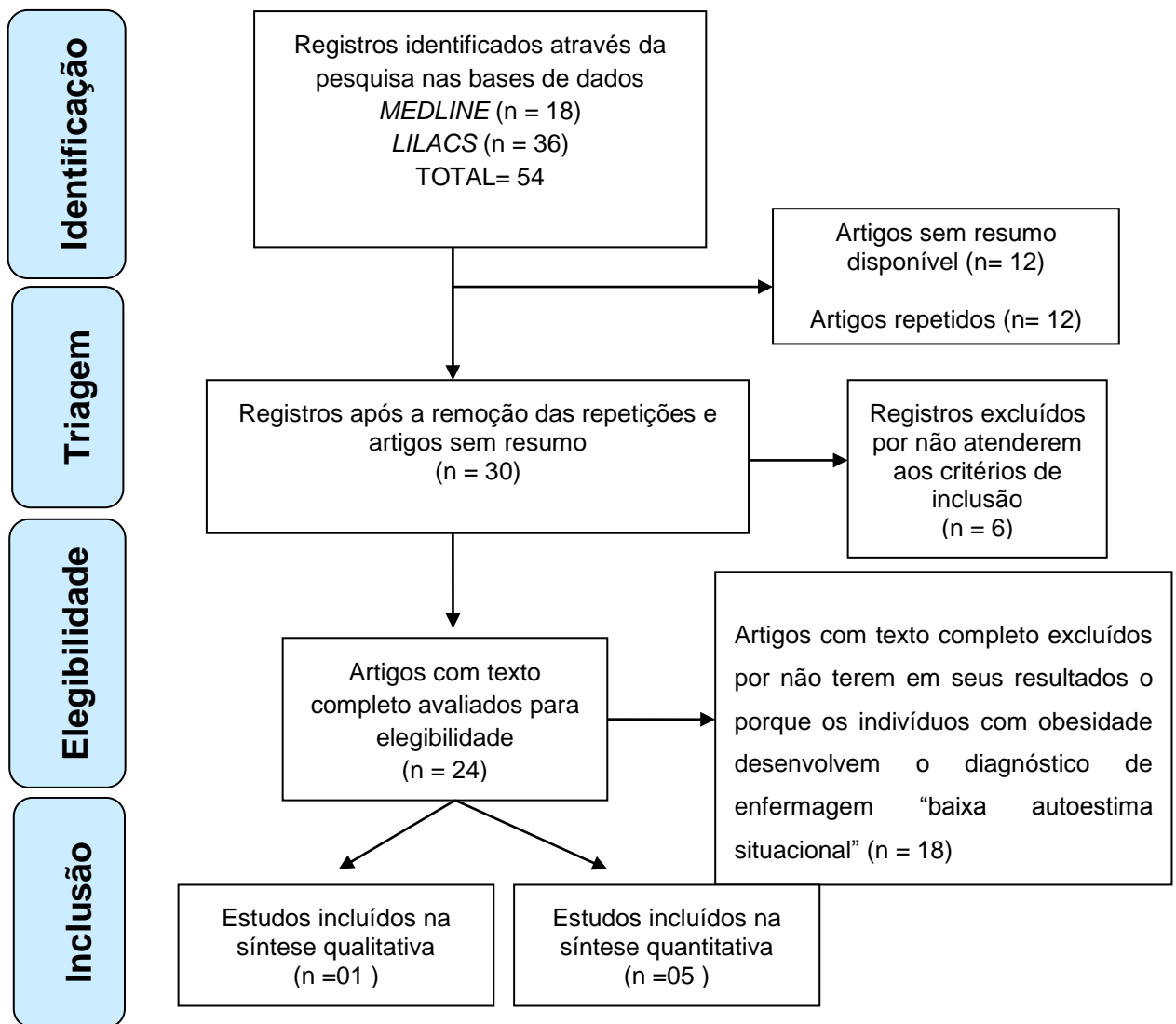


Figura 1: Fluxograma PRISMA do processo de busca e seleção dos estudos incluídos na revisão integrativa.

5 RESULTADOS

A organização dos artigos encontrados na revisão integrativa da literatura foi realizada através da elaboração de um instrumento estruturado contendo a base de dados; o nome da revista; o tipo de estudo; a amostra do estudo; o país no qual esse foi realizado; e o nível de evidência. Foram encontrados artigos como os seguintes tipos de estudos: quantitativo transversal (04); qualitativo, com técnica de análise temática (01); quantitativo do tipo descritivo e exploratório (01). O sexo feminino prevaleceu nos artigos selecionados, sendo 02 em Psiquiatria (2012 e 2015), 01 Ciências Médicas (2012), 02 Saúde Pública (2015 e 2017) e 01 da revista Rene. O processo de análise dos 06 artigos selecionados deu-se por meio da leitura exploratória e crítica dos títulos, resumos e dos resultados das pesquisas, onde se buscou porque os indivíduos com obesidade desenvolvem o diagnóstico de enfermagem “baixa autoestima situacional”. Quanto às evidências dos estudos, classificou-se considerando a hierarquia de evidências para estudos de intervenção (MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2005): Nível I – revisão sistemática ou metanálise; Nível II – estudos controlados e aleatórios; Nível III – estudos controlados sem randomização; Nível IV – estudos caso-controle ou de coorte; Nível V – revisão sistemática de estudos qualitativos ou descritivos; Nível VI – estudos qualitativos ou descritivos; e Nível VII – opiniões ou consensos. Considerando-se a análise dos artigos originais e excluindo-se as revisões integrativas ou sistemáticas da literatura, assim como artigos de opiniões de especialistas, conforme mencionado nos critérios de inclusão e exclusão, só serão selecionados artigos com níveis de evidência II, III, IV ou VI.

| BASE DE DADOS | TÍTULO/AUTOR | ANO | REVISTA | TIPO DE ESTUDO | AMOSTRA DO ESTUDO | PAÍS | NÍVEL DE EVIDÊNCIA |
|---------------|--|------|-----------------|---------------------------------|-------------------|--------|--------------------|
| MEDLINE | Verdolin <i>et al.</i> Comparação entre a prevalência de transtornos mentais em pacientes obesos e com sobrepeso | 2012 | Scientia Médica | Estudo quantitativo transversal | 153 pacientes | Brasil | VI |

| BASE DE DADOS | TITULO/AUTOR | ANO | REVISTA | TIPO DE ESTUDO | AMOSTRA DO ESTUDO | PAIS | NIVEL DE EVIDENCIA |
|---------------|---|------|---------------------|--|--------------------|--------|--------------------|
| MEDLINE | Palmeira <i>et al.</i> Percepções acerca da condição de saúde de pessoas com obesidade. | 2016 | Rene | Qualitativo, com técnica de análise temática | 15 pacientes | Brasil | IV |
| LILACS | Silva <i>et al.</i> Associação entre sobrepeso, obesidade e transtornos mentais comuns em nutricionistas. | 2015 | Psiquiátrica. | Quantativo, transversal | 289 nutricionistas | Brasil | VI |
| LILACS | Rocha;Costa. Aspectos psicológicos na obesidade mórbida: Avaliação dos níveis de ansiedade, depressão e do auto-conceito em obesos que vão ser submetidos à cirurgia bariátrica. | 2012 | Psiquiátrica. | Quantativo, Transversal | 100 pacientes | Brasil | VI |
| LILACS | Cori <i>et al.</i> Atitudes de nutricionistas em relação a indivíduos obesos – um estudo exploratório. | 2015 | Cad. Saúde Pública. | Estudo quantitativo do tipo descritivo e exploratório. | 344 pacientes | Brasil | VI |
| LILACS | Ferreira <i>et al.</i> Perfil clínico e avaliação da dor de pacientes obesos no período pré- operatório de cirurgia bariátrica clínica. | 2017 | RESAP | Quantitativo, Transversal | 20 pacientes | Brasil | VI |

Quadro 1: Distribuição da produção científica a respeito do porque os indivíduos com obesidade desenvolvem o diagnóstico de enfermagem “baixa autoestima situacional” nas bases de dados (2012-2017).

6 DISCUSSÃO

Nas últimas décadas, observa-se o aumento de novas formas e enfoque que se centram na pessoa, na família e na comunidade ao invés de se constituírem ao redor da doença. Essa mudança paradigmática é necessária para o tratamento da obesidade, pois está relacionada aos hábitos de vida, questões emocionais e nível de estresse, pendente de uma transformação do indivíduo e a maneira de viver para sua resolução (SILVA *et al.*, 2015).

Assim, é necessário que o profissional de saúde esteja ligado ao paciente na sua transformação de vida, muito mais além o que resolver o problema (doença) que o apreende. Para que caminhe juntos e apoiem as transformações, os profissionais necessitam abandonar posturas tradicionais hierarquizadas em prol de condutas que ajudem os pacientes a refletir sobre suas vidas e o que nelas contribuem para seu adoecimento (VERDOLIN *et al.*, 2012).

Para que ocorra um entendimento é necessário uma dedicação na escuta, e isto o autor relata em sua pesquisa com 15 pacientes no ano de 2016, que ainda existe esta fragilidade durante o atendimento. E viu-se a necessidade dos profissionais passarem a ensinar o paciente o que precisa ser mudado em sua vida, os hábitos, ignorando o contexto, e o entendimento que ele possui, facilitando o processo que será fundamental para a sua transformação (PALMEIRA *et al.*, 2016).

Em sua pesquisa com 289 pacientes em 2015, os autores observaram que a alimentação reflete ao prazer de viver, ao alívio das crises de ansiedade e da depressão, e entender como isso ocorre no seu cotidiano, nos hábitos e, conseqüentemente, no corpo de um ser humano é parte essencial dos procedimentos terapêuticos. As abordagens terapêuticas de cunho psicossocial ocorrem individualmente ou em grupo nos serviços públicos de saúde (SILVA *et al.*, 2015).

A realização de encontros semanais, com atividades que propiciarão reflexão sobre autoestima, ansiedade, depressão, autoimagem, estresse, satisfação, problemas de família, manutenção das dietas e das atividades físicas regulares dificultam a

instalação de um problema psicológico num paciente obeso (FERREIRA *et al.*, 2017).

Nestes momentos são compartilhadas as vivências, insatisfações e desconfortos e se constrói a responsabilidade de cada um sobre a mudança de determinados comportamentos. A opção por grupos paralelos permitiu notar mudanças nas relações entre pais/ responsáveis e pacientes que contribuíram para melhor resposta ao tratamento. É interessante destacar experiências exitosas com grupos de pais de crianças com obesidade, pois o trabalho com as famílias é muitas vezes um aspecto importante do tratamento, mesmo para adultos, experiência esta vivenciada pelas autoras em uma pesquisa com 344 pacientes em 2015 (CORI *et al.*, 2015).

A percepção do paciente obeso parece estar fortemente relacionada com a visão que a sociedade tem deles, que normalmente é negativa em relação à aparência. A obesidade, enquanto condição estigmatizadora, reforça sentimentos de depreciação, desvalorização e vergonha, podendo levar o indivíduo a vivenciar situações humilhantes, ao isolamento e ao retraimento social). Os padrões socioculturais têm vinculado o estereótipo da associação entre o corpo magro e atributos positivos, como a beleza e o sucesso, motivando as pessoas com excesso de peso a desenvolverem sofrimentos e distúrbios psicológicos a nível consciente ou inconsciente (FERREIRA *et al.*, 2017).

No que se refere aos aspectos sociais, uma pesquisa com 153 pacientes evidenciou-se o isolamento referido por estes pacientes obesos associados aos sentimentos de vergonha, de insatisfação com corpo e pela não aceitação da imagem. Devido ao estigma e à discriminação social que acompanham a obesidade, o obeso é prejudicado em vários aspectos da vida, sendo, muitas vezes, responsabilizado pelo seu problema em diversos ambientes sociais, na própria casa, no ambiente de trabalho e nos serviços de saúde (VERDOLIN *et al.*, 2012).

Considerando os benefícios da atividade física no controle da obesidade e sabendo que a sua prática pode ser reduzida com o surgimento de manifestações clínicas osteomusculares comum na obesidade e com a idade, os profissionais de saúde precisam estar atentos às especificidades de cada pessoa, no sentido de poder

ajudá-las a enfrentar e superar as dificuldades inerentes ao seu processo de adoecimento (FERREIRA *et al.*, 2017).

O tratamento deve ser compreendido como um processo que demanda esforço pessoal e que, apesar da capacidade de adesão pertencer ao indivíduo, profissionais especializados e comprometidos podem ajudá-los por meio de orientação adequada (SILVA *et al.*, 2015).

É importante reforçar que as estratégias devem ser pensadas, a partir da realidade, singularidade e dificuldades dos indivíduos, considerando a apropriação do autocuidado com o corpo e do resgate de sua autoestima como meta importante da abordagem terapêutica. Para compreender e lidar com as questões subjetivas do obeso, é essencial reconhecer o mesmo como sujeito que possui emoções e sentimentos diferentes (ROCHA; COSTA, 2012).

O enfermeiro deve como membro da equipe multidisciplinar, desenvolver a educação continuada com toda a equipe de enfermagem, trabalhando os principais agravos aos quais os pacientes estão expostos e como tratá-los. Assim, o enfermeiro poderá repassar este conhecimento para toda a equipe promovendo capacitações para todos os profissionais atuantes . O diagnóstico de enfermagem prioriza o cuidado ao paciente que está vulnerável a estas complicações, visando o conforto, confiabilidade e humanização (FERREIRA *et al.*, 2017).

O enfermeiro deve ter uma assistência humanizada e acolhedora, respeitando a individualidade de cada paciente, transmitindo confiança e segurança, dialogando e questionando sobre seus anseios, deixando sempre claro que tem uma equipe toda trabalhando para proporcionar uma melhora, fazendo com que o paciente realmente se sinta num ambiente humanizado (SILVA *et al.*, 2015).

A humanização deve ser a própria razão e o objetivo primordial dos serviços de enfermagem que ofertamos em todos os aspectos. Portanto, o enfermeiro, enquanto profissional responsável pelo cuidar, é essencial para o tratamento dos pacientes através da elaboração dos seus cuidados atuando e mostrando a eficiência destes durante toda a sua assistência (VERDOLIN *et al.*, 2012).

CONCLUSÃO

Os transtornos mentais favorecem o desenvolvimento da obesidade e esta aumenta a incidência dos transtornos mentais. O profissional de saúde deve estar atento à combinação de sintomas somáticos com sofrimento emocional, pois diversas queixas físicas e o sofrimento psíquico podem estar presentes. Os obesos travam uma verdadeira batalha para a perda de peso, sofrem com baixa autoestima pelo estigma social a que estão sujeitos.

A compreensão da interação fisiopatológica entre o adoecimento físico e psíquico permite que se perceba que ambos encontram-se associados e fazem parte de um círculo vicioso. Sendo assim, a abordagem terapêutica passa a ser centrada na pessoa, família e comunidade, visando promover a saúde, prevenir e cuidar tanto da obesidade quanto dos transtornos mentais, que atuam como fatores de risco para as demais doenças, como a hipertensão arterial e a síndrome metabólica, e que acabam sendo incapacitantes.

Este estudo contribuiu ao discutir um tema delicado que é a estigmatização e preconceito com relação à obesidade, mostra que estas atitudes estão presentes mesmo em profissionais da área da saúde envolvidos no tratamento de pacientes obesos; e aponta a necessidade de maior compreensão deste fenômeno para oferecer terapêutica abrangente e eficaz.

A enfermagem, através da elaboração de diagnósticos com o olhar da sensibilidade, deve busca tocar este público alvo de forma humana e íntegra, desenvolvendo ações pertinentes e eficazes. Essas ações precisam ter mais flexibilidades e visão, priorizando dinâmicas em grupo que auxiliem o despertar do interesse desse público, alvo para dar continuidade nas atividades e nos grupos educativos, como apoio no processo do autocuidado.

Assim, portanto, o enfermeiro é um profissional essencial para a realização e/ou o acompanhamento destes pacientes. Nesse sentido, é necessário que estes profissionais estejam aptos para a identificar um possível sofrimento psíquico e saber assistir adequadamente estes pacientes. E, além disso, é preciso que o enfermeiro esteja devidamente capacitado, principalmente pelo poder público, para

agir e atender de forma eficiente e minimizar os problemas que favorecem o surgimento da baixa autoestima situacional.

Por fim, vale enfatizar mais uma vez a educação em saúde como estratégia de promoção à saúde neste processo de conscientização individual e coletiva de responsabilidades e de direitos à saúde. A partir deste enfoque, percebe-se a importância de eleger estratégias didáticas que auxiliem na prevenção da baixa autoestima situacional, sofrida por pacientes obesos, onde muitos passam por essas situações desde a sua infância e a não procura de ajuda em um serviço de saúde personalizado dificulta ainda mais o tratamento.

REFERÊNCIAS

BEZERRA, A. C., et al. Diagnósticos de enfermagem dos domínios autopercepção e enfrentamento/tolerância ao estresse relacionados à infertilidade feminina.2016. **Rev. UFG**. <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/37659> Acessado em 17 de Junho de 2018.

BRASIL.DATASUS. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>. (acessado em 03 de junho de 2013).

CAVALCANTE, J, C.B. et al.Baixa autoestima situacional em gestantes: uma análise de acurácia. 2012. **Rev.Brasileira de Enferm**. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n6/a14v65n6.pdf> Acessado em 17 de Junho de 2018.

COFEN, Conselho Federal de Enfermagem. RESOLUÇÃO COFEN nº 358/2009. Disponível em: www.cofen.gov.br/conselho-regional-de-enfermagem-da-bahia_4413.html Acessado em 08 de Junho de 2018.

CORI, G. C. et al. Atitudes de nutricionistas em relação a indivíduos obesos – um estudo exploratório. 2015. *Rev. Caderno saúde Pública*. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n2/1413-8123-csc-20-02-0565.pdf> Acessado em 20 de agosto de 2017.

FERREIRA, J. D.da. C. et al.Perfil clínico e avaliação da dor de pacientes obesos no período pré-operatório de cirurgia bariátrica. 2017. **Rev. RESAP**. Disponível em: http://www.resap.net.br/attachments/article/44/003_resap_v3_n2_2017.pdf Acessado em 08 de Junho de 2018.

GARCIA, T.T; BARTZ, C.C; COENEN, A.M. CIPE: uma linguagem padronizada para a prática profissional. In: GARCIA, T. R. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: CIPE® Aplicado à realidade brasileira. Ed: Artmed. Porto Alegre, 2016. 352 p

GARCIA, T. R. **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: CIPE® Aplicado à realidade brasileira**. Ed: Artmed. Porto Alegre, 2016. 352 p.

LEITE, M. de S., AGUIAR, L.C. de. Diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos à colostomia.2017. *Rev.Enferm*. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1227> Acessado em 08 de Junho de 2018.

MCPHEE, S. J. ,GANONG, W. F., Fisiopatologia da Doença : Uma Introdução à Medicina Clínica. 5ª ed. **AMGH LTDA**. 2011.

MELNYK, B.M., FINEOUT-OVERHOLT, E. **Making the case for evidence-based practice**. In: MELNYK, B.M, FINEOUT- OVERHOLT, E, editors. **Evidence-based practice in nursing and healthcare: a guide to best practice**. 1st ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2005. p. 3-24.

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C. de C. P.; GALVAO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 17, n. 4, p. 758-764, Dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018>. Acessado em 20 de agosto de 2017.

NANDA International, Inc. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017**. 10ª ed. Organizadoras: T. Heather Herdmane Shigemikamitsuru. Artmed, 2015.

NÓBREGA MML, GARCIA TR. Perspectivas de incorporação da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) no Brasil. **RevBrasEnferm**. 2005;58(2):227-30.

PALMEIRA, C. S. et al. Percepções acerca da condição de saúde de pessoas com obesidade. 2016. *Rev. Rene*. Disponível em: www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/File/6213/4443 Acessado em 20 de agosto de 2017.

POMPEO, D. A. et al. Autoestima de pacientes com doença arterial coronariana. 2017. **Rev. Rene**. Disponível em: periodicos.ufc.br/rene/article/download/31070/71661 Acessado em 17 de Junho de 2018.

RIEGEL, F. et al. Percepções de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica: orientações préoperatórias da equipe de enfermagem. **Rev. Enferm. UFPI**. 2014. Disponível em: bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online?IsisScript=iah/.../?. Acessado em 20 de agosto de 2017.

ROCHA, C. COSTA, E. Aspectos psicológicos na obesidade mórbida: Avaliação dos níveis de ansiedade, depressão e do auto-conceito em obesos que vão ser submetidos à cirurgia bariátrica. 2012. **Rev. Psiquiátrica**. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312012000300007a Acessado em 20 de agosto de 2017.

SERRANO, S. Q. et al. Percepção do adolescente obeso sobre as repercussões da obesidade em sua saúde. 2010. **Rev. Escola de Enferm. da USP**. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342010000100004&script=sci_abstract&lng=pt Acessado em 17 de Junho de 2018.

SILVA, T.M.da. et al. Associação entre sobrepeso, obesidade e transtornos mentais comuns em nutricionistas. 2015. **Rev. Psiquiátrica**. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0047-20852015000100024&script=sci_abstract&lng=pt Acessado em 20 de agosto de 2017.

SOUZA, M.V. de; SILVA, M.D. da; CARVALHO, R. de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo , v. 8, n. 1, p. 102-106, Mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1679-45082010000100102&script=sci_arttext&tIng=pt> . Acessado em 20 de agosto de 2017.

VERDOLIN, L.D. et al. Comparação entre a prevalência de transtornos mentais em pacientes obesos e com sobrepeso. 2012. **Rev. Scientia Médica**. Disponível em: revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/download/.../7530 Acessado em: 20 de Agosto de 2017.