



ISSN: 1981-8963

## ORIGINAL ARTICLE

## OBESITY AS A SOCIAL PROBLEM: IDENTIFYING GUIDANCE NEEDS OF NURSING FOR SELF-CARE

## OBESIDADE COMO PROBLEMA SOCIAL: IDENTIFICANDO NECESSIDADES DE ORIENTAÇÃO DE ENFERMAGEM PARA O AUTOCUIDADO

## LA OBESIDAD COMO UN PROBLEMA SOCIAL: LA IDENTIFICACIÓN DE LAS NECESIDADES DE ORIENTACIÓN PARA LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Carla dos Santos Soares<sup>1</sup>, Iraci dos Santos<sup>2</sup>, Lina Márcia Miguéis Berardinelli<sup>3</sup>

## ABSTRACT

**Objective:** to identify socioeconomic characteristics of clients in outpatient treatment for coronary artery disease, linking them to the risk factors for obesity. **Method:** this is about a descriptive, cross-sectional, retrospective study. The sample was composed of 30 clients. The research technique was the individual interview in 2009 in Rio de Janeiro. The data were organized by the program Excel, with statistical analysis using the Crosstab. This work was approved by the Protocol 223328 of the Ethics's Committee of the University Hospital Pedro Ernesto of Rio de Janeiro University. **Results:** abdominal obesity was prevalent in 93.3% of customers. Of the total, 43% had three or more associated cardiovascular risk factors, while 66.7% are sedentary. Needs found for self-care were: physical perceptions, psychological, personal and environmental. **Conclusion:** the emotional and behavioral aspects still resistant to change for the adoption of healthy lifestyles. Institutionalize outpatient nursing appointment, adopting a sensitive listening is a strategy that promotes self-care of people. **Descriptors:** obesity; socioeconomic status; self-care; nursing.

## RESUMO

**Objetivo:** identificar características socioeconômicas de clientes, em tratamento ambulatorial para doença arterial coronariana, associando-as aos fatores de risco para obesidade. **Método:** Estudo descritivo, transversal, retrospectivo. A amostra intencional foi composta por 30 clientes. A técnica de pesquisa foi a entrevista individual em 2009, no Rio de Janeiro. Os dados foram organizados pelo programa Excel, com análise estatística através do *Crosstab*. Este trabalho foi aprovado pelo Protocolo nº 223328 do Comitê de Ética do Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. **Resultados:** a obesidade abdominal foi prevalente em 93,3% dos clientes. Do total, 43% apresentavam três ou mais fatores de risco cardiovasculares associados, enquanto 66,7% são sedentários. As necessidades encontradas para o autocuidado foram: percepções físicas, psicológicas, relacionamento pessoal e ambiental. **Conclusão:** o desequilíbrio emocional e os aspectos comportamentais ainda resistentes às mudanças para adoção de hábitos de vida saudáveis. Institucionalizar a consulta de enfermagem ambulatorial, adotando a escuta sensível é uma estratégia promotora do autocuidado das pessoas. **Descritores:** obesidade; condições socioeconômicas; autocuidado; enfermagem.

## RESUMEN

**Objetivo:** identificar las características socioeconómicas de los enfermos en tratamiento ambulatorio para la enfermedad de la arteria coronaria, su vinculación a los factores de riesgo para la obesidad. **Método:** transversal, retrospectivo. La muestra estuvo compuesta por treinta personas. La técnica de la investigación fue la entrevista individual en 2009 en Río de Janeiro-Brasil. Los datos fueron organizados por el programa Excel, con el análisis estadístico utilizando la tabla de referencias cruzadas. Este estudio fue aprobado por el Protocolo de 223328 por el Comité de Ética del Hospital Universitario Pedro Ernesto da Universidad do Estado do Rio de Janeiro. **Resultados:** la obesidad abdominal fue predominante en el 93,3% de los sujetos del estudio. Del total, 43% tuvieron tres o más factores de riesgo cardiovascular asociados, mientras que el 66,7% son sedentarios. Necesidades cubiertas para auto-cuidado son: la percepción de bienestar físico, psicológico, personal y ambiental. **Conclusión:** el desequilibrio emocional y los aspectos de comportamiento aún resistentes a los cambios para adoptar hábitos de vida saludables. Institucionalizar la consulta de enfermería hospitalaria, adoptando la escucha sensible es una estrategia promotora del auto-cuidado de las personas. **Descritores:** obesidad; socioeconómico; auto-cuidado; enfermería.

<sup>1</sup>Enfermeira Especialista em Enfermagem em Alta Complexidade pela Universidade Gama Filho/RJ. Residência em Enfermagem em Cirurgia Cardiovascular pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro/UERJ. Mestranda do Programa de Pós-Graduação da UERJ. Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: [carlinhasoares@yahoo.com.br](mailto:carlinhasoares@yahoo.com.br); <sup>2</sup>Professora Doutora do Departamento Fundamentos de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro/UERJ. Bolsista de Produtividade do CNPq. E-mail: [iraci.s@terra.com.br](mailto:iraci.s@terra.com.br); <sup>3</sup>Professora Doutora do Departamento Enfermagem Médico Cirúrgica e coordenadora do Núcleo de Extensão Universitária, da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro/UERJ. E-mail: [l.m.b@uol.com.br](mailto:l.m.b@uol.com.br)

## INTRODUÇÃO

Atualmente, a obesidade é considerada uma epidemia mundial oriunda dos problemas sociais, econômicos e culturais enfrentado por países em desenvolvimento, assim como, por indivíduos de todas as idades e classes sociais. Possui etiologia hereditária e constitui um estado de má nutrição em decorrência de um distúrbio no balanceamento dos nutrientes, induzido entre outros fatores pelo excesso alimentar.<sup>1</sup>

A obesidade pode ser definida como um acúmulo anormal ou excessivo de gordura prejudicial à saúde, sendo um dos maiores desafios da saúde pública do século XXI.<sup>2</sup> Além de ser uma doença complexa com possível origem genética, metabólica, ambiental e comportamental, com consequências sociais e psicológicas graves<sup>3</sup>, reduz a qualidade de vida e tem altas taxas de morbidade e mortalidade.

A causa fundamental da obesidade e do sobrepeso é o desequilíbrio entre a ingestão e o gasto calórico. A mudança de uma dieta com aumento da ingestão de alimentos hipercalóricos, rico em gorduras e açúcares e escasso em vitaminas e mineral, assim como a diminuição da atividade física, devido à natureza cada vez mais sedentária de diversas ocupações de adultos, adolescentes e crianças, são os principais fatores que contribuem para esse problema. Demonstrando-se que até 2005, havia no mundo 400 milhões de adultos obesos, e pelo menos 20 milhões de crianças menores de cinco anos com sobrepeso.<sup>2</sup>

Essa epidemia foi considerada, por muito tempo, uma doença exclusiva dos países ricos e desenvolvidos, porém está aumentando exponencialmente naqueles subdesenvolvidos e em desenvolvimento, especialmente no meio urbano. Desde a década de 80, o número de obesos triplicou, e continua aumentando, principalmente entre as crianças.

Trata-se de doença crônica, constituindo um importante fator de risco para o aparecimento, desenvolvimento e agravamento de outras, como as cardiovasculares, diabetes, artroses, e de alguns tipos de câncer (endométrio, mama e colo de útero).<sup>2</sup>

Estudos demonstram que a obesidade agrega em seu desenvolvimento reflexos psicológicos do comportamento alimentar, referindo que o funcionamento psíquico do ser humano determinará a relação que ele terá com o alimento, suas preferências e como organiza a rotina de suas refeições. Enquanto

o contexto sociocultural contribuirá com usos, costumes, tipo de alimento, tradições no preparo, e mediará a oferta e disponibilidade dos alimentos.<sup>3</sup>

Na cultura ocidental capitalista contemporânea, a oferta de alimentos é excessiva e muito facilitada pelo estilo de vida. A cultura é permeada pelas relações de consumo, criando necessidades para gerar uma demanda de consumo, sendo a ingestão alimentar encarada como uma fonte de consumo, sobrepondo-se à necessidade fisiológica.<sup>3</sup>

Nesse sentido, vários esforços têm se voltado aos fatores comportamentais, enquanto tratamento não-farmacológico da obesidade, visando intervenções educacionais que venham instrumentar a mudança no estilo de vida para adoção de hábitos de vida saudáveis, envolvendo dieta alimentar balanceada e prática regular de atividades físicas.

O enfermeiro, por estar constantemente mais próxima do cliente e na sua prática de cuidar/educar cria possibilidades, e se compromete em prover-lhe informações que o levam à reflexão, à tomada de consciência, às interferências sobre o seu estilo de vida e à autonomia para o autocuidado.<sup>4</sup>

As ações de autocuidado são importantes porque constituem a prática de atividades que os indivíduos desempenham de forma deliberada em seu próprio benefício com o propósito de manter a vida, a saúde e o bem-estar. Essas ações são voluntárias e intencionais, envolvem a tomada de decisões, e têm o propósito de contribuir de maneira específica para a integridade estrutural, o funcionamento e o desenvolvimento humano.<sup>5</sup>

Nesse contexto, durante as consultas de enfermagem nos deparamos com diferentes tipos de problemas com a clientela, como a baixa escolaridade, nível sócio, econômico e cultural baixo, desinformação, Índice de Massa Corporal (IMC) elevado, susceptibilidade ao risco para desenvolver obesidade, clientes com história de hipertensão e diabetes sem aderência ao tratamento medicamentoso, vida sedentária, mulheres grávidas e na menopausa.

Portanto, as ações de autocuidado tornam-se um desafio para o enfermeiro que se depara com diferentes situações influenciando a orientação para o autocuidado do cliente em acompanhamento ambulatorial, bem como e essencialmente suas práticas educativas, afinal, educar é cuidar.<sup>6</sup>

Visto que a enfermagem se propõe a desenvolver junto com cliente um cuidado

seguro, diferenciado e integrativo, associando-o ao educar, formula-se o problema: Quais são as necessidades de orientação para o autocuidado entre clientes em acompanhamento ambulatorial? Nesse sentido, este trabalho tem como objetivo: identificar características socioeconômicas de clientes, em tratamento ambulatorial para doença arterial coronariana, associando-as aos fatores de risco para obesidade.

## FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A obesidade é definida por índice de massa corpórea (IMC) maior que 30 kg/m<sup>2</sup> e o sobrepeso, por índice de massa corpórea maior que 25 kg/m<sup>2</sup>. No Brasil, a prevalência de obesidade é de cerca de 8,9% para os homens e de 13,1% para as mulheres; ao se somar obesidade com sobrepeso, esse número eleva-se para 41,1% e 40%, respectivamente.<sup>7</sup>

Nos Estados Unidos, esse índice é de cerca de 64,5% e 30,5%, respectivamente, ou seja, mais da metade da população norte-americana apresenta sobrepeso ou obesidade.<sup>7</sup>

No Brasil, de acordo com o Ministério da Saúde, levantamentos realizados desde a década de 1970 mostram que, seguindo a tendência mundial, a prevalência de sobrepeso e obesidade está aumentando. Pesquisa realizada em associação ao Instituto Nacional de Câncer (INCA) nas capitais do país mostra prevalências de excesso de peso (sobrepeso e obesidade) ligeiramente maiores no Sul e Sudeste. De acordo com o estudo, o maior índice de obesidade está no Rio de Janeiro (RJ), com 12,9%, enquanto os menores estão em Aracaju (SE) e Vitória (ES), com 8,1% e 8,2%, respectivamente. Já a prevalência de sobrepeso nas capitais variou de 23%, em Natal (RN), a 33,5%, no Rio de Janeiro.<sup>7</sup>

Em relação à faixa etária, todas as capitais apresentaram o mesmo comportamento quanto à prevalência de excesso de peso. O estudo mostrou que os brasileiros maiores de 50 anos são os mais atingidos por esse problema. Apenas quatro cidades tiveram prevalências inferiores a 50% nessa faixa etária: Belém (47,6%), Natal (47%), João Pessoa (49,5%) e Vitória (46%). Em São Paulo e Florianópolis, a prevalência de excesso de peso após os 50 chegou aos 60%.<sup>7</sup>

A prevalência e o número de novos casos com excesso de peso corporal vêm crescendo de forma alarmante nos últimos anos, apresentando-se como um dos principais fatores de risco para morbimortalidade cardiovascular.<sup>8</sup>

Comparativamente à análise do índice de massa corpórea, a obesidade abdominal ou central (gordura visceral) é a que mais se correlaciona com disfunções metabólicas. A simples medida da circunferência da cintura é critério adequado para definir a obesidade abdominal. Os valores de circunferência considerados normais são menores que 90 cm para homens e menores que 80 cm para mulheres.<sup>9</sup>

A obesidade do tipo visceral reproduz um acúmulo excessivo de gordura abdominal e está associado com diversas alterações metabólicas, configurando a Síndrome Metabólica. Esta é constituída por três ou mais associações entre os seguintes fatores: hipertensão arterial, obesidade abdominal, dislipidemia aterogênica, alteração do mecanismo da glicose e microalbuminúria.<sup>9</sup>

### • Orientação de enfermagem: refletindo sobre o autocuidado

No processo de reestruturação das práticas de saúde e da ampliação do processo saúde-doença, muito se tem pensado sobre o conceito e aplicabilidade do autocuidado ao longo do desenvolvimento das práticas educativas. As próprias estratégias globais de saúde vêm propor uma transição no modo de se pensar em organizações de saúde, valorizando os instrumentos do cuidado de enfermagem, como parte integrante do processo de sobrevivência da vida humana. Sendo assim, ele é considerado como a essência da profissão e pertence a duas esferas distintas: uma objetiva, que se refere ao desenvolvimento de técnicas e procedimentos, e uma subjetiva, que se baseia em sensibilidade, criatividade e intuição para cuidar do outro ser. Com relação ao modo de se fazer enfermagem, destaca-se:

*O cuidado de enfermagem baseia-se em ações que se estendem ao longo da construção da cidadania, porque potencializa a expressão do cidadão em sua existência social. O cuidado ao longo da vida social fomenta autonomia e dignifica o ser e ao readquirir a autonomia do ponto de vista do estar saudável, a enfermagem promove e se insere na humanização da vida.*<sup>4: 271-81</sup>

Dessa maneira, a enfermagem no momento em que orienta a clientela e estimula o autocuidado faz aproximação destes, excluídos do acesso à informação, à educação, à cultura e à cidadania, provenientes de diferentes culturas, ao cuidado através das ações de saúde. A estratégia de educação em saúde procura estimular a clientela ao aprendizado do cuidado de si mesmo e ainda, a sua conscientização como agentes multiplicadores de vida saudável, difusores

dos saberes do cuidado, no sentido de assegurarem a vida dos grupos humanos 10.

Sendo a cidadania algo que assegura a singularidade, o direito de exercê-la, ela pode ser caracterizada como um fenômeno de inclusão, auto-respeito, envolvimento social.<sup>10</sup>

Portanto, o enfermeiro envolvido com comunidades que educa para o autocuidado desenvolve um papel diretamente político, ao facilitar a autonomia de grupos sociais geralmente alvos de políticas públicas assistencialistas, que as mantém na dependência das falhas do sistema de saúde. Na perspectiva de cidadania, os autores afirmam que o compromisso ético orienta a atuação de enfermeiras educadoras:

*Quando se trata de cuidar em enfermagem, a relação educativa está sempre presente: o cuidando de ti, tenho a obrigação moral de te ensinar a te cuidar a ti mesmo, a não ser que eu queira te manter na dependência do meu saber, do meu poder, o que seria contrário à própria definição do cuidar.*<sup>11:</sup>

123-42

A educação funciona como um agente de transformação da realidade porque confere movimento reflexivo, emergindo sobre a consciência dos indivíduos atitudes e ações que irão evoluir sobre suas condições de saúde ou doença, resultando em autonomia. Ao se permitir e perceber sendo responsável por si mesmo, o indivíduo exerce o autocuidado, visando o seu bem-estar. Fato já observado em pesquisa experimental sobre práticas educativas de autocuidado, realizadas com familiares e idosos hospitalizados:

*É uma prática essencialmente educativa participativa que mobiliza pessoas a tomar consciência do novo, do desconhecido, na medida em que temas emergem na discussão podem levar o grupo como um todo, e cada um como participante, a novas tomadas de consciência. Estas podem provocar mudanças de atitude e comportamento mais saudáveis, resultando em autonomia, independência e interdependência para um viver cuidando em família de modo mais satisfatório possível.*<sup>12:(271-279)</sup>

Pensando sobre a educação em saúde, ressalta-se que esse movimento envolve a transmissão de informações relativas à saúde, visando à mudança de comportamento e à adoção de estilo de vida saudável. O incentivo à autonomia para o autocuidado não significa apenas uma idéia reducionista à adesão terapêutica e responsabilização do sujeito, a partir das práticas educativas realizadas pelo profissional de saúde envolvido.

O educar junto às pessoas adultas pressupõe uma aprendizagem mais significativa. Isso porque o adulto é entendido

como o ser histórico que, herdeiro da sua infância, saído da adolescência, a caminho da velhice, continua o processo de socialização do seu ser e da sua personalidade, e que procura acabar-se, completar-se a cada dia, exatamente por ser um homem um ser inacabado.<sup>13</sup>

Esses educandos são seres que querem saber porque precisam aprender, têm opinião própria e se responsabilizam por seus próprios atos e decisões. Possuem diferentes experiências de vida, quantitativa e qualitativamente acumuladas. Tornam-se prontos para o aprendizado quando julgam que está na hora de aprender, onde a motivação deriva das forças internas necessárias para sua qualidade de vida e reforço da autoestima.<sup>13</sup>

A sua adesão à saúde ocorrerá (ou não) na dependência do compromisso do profissional com a saúde. Alguns autores, ao referirem as razões pela não adesão ao tratamento de usuários num Programa de Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), advertem que, quando os clientes sofrem o descaso no atendimento, subestimação das enfermidades, mau acompanhamento dos casos, ou discordam com a terapêutica proposta claramente equivocada, eles não dão continuidade às orientações demandadas. Não pela ausência do autocuidado, mas pela falta do cuidado dos profissionais com que eles se inter-relacionaram.<sup>13-4</sup>

A consulta de enfermagem é uma atividade que proporciona ao enfermeiro, condições para atuar de forma direta e independente com o cliente. Esta operacionaliza a prática profissional, pois é o instrumento para efetivação do processo de enfermagem.<sup>3</sup>

Desse modo, será possível identificar os diagnósticos para proceder a orientação de enfermagem junto ao cliente obeso com DAC, haja vista seu autocuidado no sentido da promoção de sua qualidade de vida, mesmo na situação de acompanhamento do tratamento para recuperação da saúde em regime ambulatorial.

## MÉTODO

Este artigo refere-se ao recorte de Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, cujo Projeto foi aprovado pelo Protocolo nº 223328 do Comitê de Ética do Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

A pesquisa de campo foi implementada de dezembro de 2008 a julho de 2009, no

Ambulatório do Serviço de Cardiologia da citada instituição de ensino e saúde, cuja Chefia cedeu um consultório para realização da consulta de enfermagem, objetivando a produção de dados. Utilizou-se o método descritivo, transversal, retrospectivo por sua propriedade para descrever uma situação, ou as relações entre os fenômenos em um ponto fixo, pois se inicia com uma variável dependente e olha para trás relacionando a sua causa.<sup>15</sup>

Para a composição do instrumento de coleta de dados foram selecionadas variáveis do problema formulado, a saber: Características socioeconômicas (independente): profissão/ocupação, escolaridade, renda familiar, número de dependentes, tipo de residência, saneamento básico; Fatores de risco para obesidade (dependente): IMC, circunferência abdominal, associação de fator de risco; Fatores intervenientes (dependente): qualidade da dieta e atividade física.

Compondo uma amostra intencional, foram selecionados 30 clientes que atenderam ao critério de inclusão: serem cadastrados no Ambulatório, campo da pesquisa, em tratamento clínico para doença arterial coronariana; ambos os sexos com idade entre 50 e 70 anos; assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participar da pesquisa, após ler e compreender seu objetivo, vantagens e desvantagens; comparecerem à consulta de enfermagem específica para produção de dados, visando a orientação para o autocuidado; concordarem, por escrito, com a divulgação científica de suas respostas. O critério de exclusão refere-se ao não comparecimento do cliente no horário apazado para consulta de enfermagem. Atendeu-se, portanto, a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde referente às Normas de Pesquisa envolvendo Seres Humanos.

Para o tratamento dos dados obtidos foram organizados bancos criados a partir de planilhas do programa Excel. A análise de dados estatísticos se deu pelo Crosstab ou tabela cruzada, correspondente à técnica estatística que descreve duas ou mais variáveis simultaneamente, originando tabelas que refletem a distribuição conjunta de duas ou mais variáveis com um número limitado de categorias ou valores distintos.<sup>16</sup>

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Descrevem-se, inicialmente, os conhecimentos produzidos referentes às variáveis que demarcam a presença da

obesidade nos sujeitos da pesquisa, desde os quantitativos dos principais fatores de risco. Posteriormente, evidenciam-se as necessidades de autocuidado emergidas a partir de diferentes percepções da própria clientela e como as características socioeconômicas podem influenciar na ocorrência desse problema de saúde pública, já com definição de epidemia mundial.<sup>1-4</sup>

Ao utilizar critérios de obesidade, sobrepeso ou normalidade segundo Índice de Massa Corporal (IMC), evidenciou-se na consulta de enfermagem, com estratégia para produção de dados, que do total de 30, 20% dos clientes com doença arterial coronariana, em tratamento ambulatorial, atendem critérios para obesidade. Enquanto, 33,3% atendem para sobrepeso, correspondendo a mais da metade desse total apresentando padrões acima do peso conceituado como normal. Tal fato alerta para a necessidade de orientação para o autocuidado a fim de coibir o crescente quantitativo de pessoas nessa situação que leva ao desequilíbrio das dimensões corporais, destacando-se a emocional, além de outras doenças crônicas.<sup>2-4</sup>

Considerando a avaliação segundo a circunferência abdominal esse dado é ainda mais alarmante, correspondendo a 93,3% dos sujeitos consultados com critérios para obesidade abdominal. Seu descontrole conduz principalmente à morbimortalidade cardiovascular em função das importantes alterações metabólicas provocadas pelo excesso de gordura abdominal.<sup>9</sup>

Tal desequilíbrio tem proporcionado medidas corretivas através de educação alimentar que, se mal sucedidas, culminam em dispendiosas e traumatizantes cirurgias estéticas, independente do sexo da pessoa obesa, que pretende se adequar aos padrões estéticos considerados normais. Pois seus valores situam-se além dos recomendáveis para homens e mulheres.<sup>9</sup>

Associando outros fatores de risco à ocorrência de obesidade nos sujeitos da pesquisa identificou-se que 80% deles apresentam hipertensão arterial sistêmica. Apenas 13,3% referiram tabagismo, 20% relataram serem diabéticos, 66,6% afirmaram não exercer atividade física ou exercer atividade física de forma irregular, 6,6% mantêm etilismo e 46,6% tem diagnóstico de dislipidemia.

Ratifica-se, que a obesidade do tipo visceral devido à compressão excessiva de gordura na região abdominal pode conduzir a Síndrome Metabólica, constituída de hipertensão arterial, dislipidemia aterogênica,

alteração do mecanismo da glicose e microalbuminúria entre outras alterações.<sup>9</sup>

Identificou-se, que 86,6% dos clientes com doença arterial coronariana possuem mais de um fator de risco associado, sendo que deste grupo 46,1% possuem três ou mais fatores de risco relacionados. Urge, portanto, uma política institucional de saúde, centrando o cuidado de enfermagem em ações para prevenir, adequadamente, a obesidade, incentivando as pessoas para adotar o autocuidado à saúde.<sup>3</sup>

A maioria de 61,6% dos sujeitos relata seguir a dieta recomendada pelo profissional de saúde, seja ele médico, enfermeiro ou nutrólogo, afirmando que mudaram a qualidade dos alimentos ingeridos, principalmente após manifestação clínica da doença coronariana. Nesse sentido, ressalta-se o prejuízo que a Transição Nutricional, conseqüente de transformações econômicas, sociais, demográficas e sanitárias, vem ocasionando nos padrões nutricionais das pessoas.<sup>17</sup>

O autocuidado é algo inerente à vida, à sobrevivência dos humanos, pois independe da identificação de doenças ou traumas biológicos, psicológicos, econômicos ou sociais. Constitui uma obrigatoriedade do viver, assim como o aprender a viver, sendo indispensável à sobrevivência no mundo com qualidade.<sup>18</sup>

É claro que, ao pensar em qualidade, no sentido amplo de qualidade de vida, resgatam-se conceitos subjetivos à individualidade humana. Relaciona-se às prioridades de cada indivíduo e ao seu contexto de vida, não são comuns a todos, não são únicas e se modificam.

Assim como a qualidade de vida caracteriza-se pela subjetividade, também de sua natureza multidimensional emergiu importantes fatores, validados pela Organização Mundial da Saúde, onde aqui consideramos que podem ser instrumentalizados pelo autocuidado: Física: percepção do indivíduo sobre sua dimensão física. Psicológica: percepção do indivíduo sobre sua condição afetiva e cognitiva. Relacionamento social: percepção do indivíduo sobre os relacionamentos sociais e os papéis sociais adotados na vida. Ambiente: percepção do indivíduo sobre aspectos relacionados ao ambiente onde vive.

Ao longo da consulta de enfermagem foram realizados levantamentos de informações que julgamos juntos aos clientes apresentarem interferência direta sobre a saúde e bem-estar dos indivíduos obesos ou com risco para

obesidade em tratamento clínico ambulatorial para doença coronariana, ou seja, contemplou a diversidade característica de um grupo tão específico, sendo organizados segundo os fatores supracitados.

#### • Percepção física

O comprometimento do aparelho músculo-esquelético, sem dúvida, correspondeu à uma prevalência bastante significativa. Neste caso, tivemos 56,3% dos sujeitos que expressaram um conjunto de problemas: Queixas álgicas em articulações de ombros, joelhos e calcanhar; Queixas álgicas nas regiões cervico-toraco-lombar; Queixas álgicas em articulação coxo-femural; Queixas álgicas em pelve, quadril (história pregressa de fratura pós-queda da própria altura); História de artrite ou artrose; História de tendinite; Sequela de Acidente Vascular Encefálico (AVE) prévio: claudicação, distúrbio de marcha; Postura inadequada com reflexos em marcha: queixas álgicas em membros inferiores quando cursar curtos trajetos.

Ainda com relação as percepções físicas, também foram evidenciados os seguintes problemas de saúde pelos sujeitos da pesquisa: Cefaleia persistente após traumatismo craniano leve; Sequela de AVE prévio, claudicação, fala arrastada e déficit visual importante; Má conservação do estado dentário; Epigastralgia; Mal estar acompanhado de tonteira, com histórico de labirintite; Risco para infecção urinária: ardência ao urinar, odor fétido, urina concentrada, em indivíduos com infecção urinária de repetição; Edema em membros inferiores; Tendência à constipação ou constipação crônica; Difícil controle glicêmico e dos níveis pressóricos.

Os clientes abordados ainda são reflexos de uma faixa etária (acima dos 50 anos) que sofre com os prejuízos das doenças crônicas e degenerativas, devido ao próprio estilo de vida assumido em sociedades ocidentais e contemporâneas, num país em desenvolvimento que ainda têm uma forma de se oferecer saúde através de medidas curativistas, se sobrepondo sobre as estratégias preventivas.

Para a pessoa com obesidade essas queixas são na verdade agravantes, porque é conhecido o fato de que o excesso de peso sobre a estrutura muscular e óssea causa interferência sobre a qualidade do desempenho da função da estrutura em questão, além de significar fatores de risco para graves doenças (principalmente as cardiovasculares) que se somam à obesidade.

### • Percepção psicológica

Foram encontrados indivíduos apresentando: Estresse persistente pelo convívio familiar conflituoso; Dificuldades ao lidar com a morte de ente querido; Dificuldades ao lidar com o risco de morte de ente querido.

Fatores desencadeantes do desequilíbrio emocional deflagram um sofrimento psíquico intenso e determinam a relação conflituosa entre o indivíduo e sua saúde, a medida que deixam de exercer atividades que exigem cautela e dedicação para sua adequada manutenção. Somando-se à ansiedade, preocupação, quanto mais se mantiver a oferta de alimentos, maior será a procura, a demanda por ele.

### • Percepção sobre relacionamento social

As relações e papéis sociais adotados na vida dos clientes abordados são expressos através de decisões que retratam suas condutas, comportamento, o que realmente consideram ou não importante para a saúde. Para isso, surgiram as seguintes situações: Recusa a manter uso regular da terapia medicamentosa; Ingesta hídrica diária insuficiente; Sedentarismo; Automedicação; Manutenção de dieta rica em alimentos calóricos, em detrimentos aos saudáveis.

A oferta excessiva de alimentos calóricos pela cultura ocidental é favorecida pela mídia, pelas fábricas destes produtos e é sustentada por uma sociedade consumista, que não tem discernimento para entender o que significa necessidade humana fisiológica e seus excessos. Junto a isso, nos deparamos com essa mesma cultura que pouco admite dispensar tempo e energia em atividades físicas saudáveis.

### • Percepção ambiental

As residências dos sujeitos participantes desse estudo têm o seguinte perfil: são em sua totalidade construídas com alvenaria; dos critérios de normalidade, sobrepeso ou obesidade tratados nesse estudo, de 50 à 75% possuem 5 cômodos em seus lares; dos obesos segundo IMC, 33,3% não possuem seus imóveis próprios, porém esse relação cai para 28,5% quando analisado sobre a ótica da circunferência abdominal. A maioria dos entrevistados, de fato, referiu ter residência própria.

No que se refere aos aspectos considerados sobre saneamento básico neste trabalho, todos os indivíduos afirmaram ter água encanada e apenas 7,1% de pessoas dentro do critério de normalidade segundo CA não têm um programa de coleta regular do lixo em

suas casas. Os considerados obesos em ambos os critérios, ou com sobrepeso segundo IMC não apresentaram queixas para descrever sobre as condições de saneamento em suas residências.

### • Influências das características socioeconômicas sobre a pessoa com obesidade

Concernente à realidade socioeconômica dos clientes que atenderam critério para obesidade segundo IMC, verificou-se que 66,7% não apresentam situação ocupacional, devido a: aposentadoria; ou afastamento de atividades ocupacionais por induzir à condição favorável ao adoecimento. Apenas 33,3% dos clientes obesos mantêm atividade ocupacional. Considerando a Circunferência Abdominal (CA) como referência, essa estatística não altera de forma significativa, pois 64,3% dos considerados obesos não apresentam situação ocupacional.

São preocupantes os ônus econômicos das doenças cardiovasculares e seus fatores de risco devido ao alto custo para sociedade, para a família, para os indivíduos, quando o capital social e humano é atingido por longos períodos de deficiência, mortalidade prematura, assistência e métodos diagnósticos caros; a força de trabalho da maioria dos países é afetadas por essas doenças, onde a maioria dos fatores de risco, assim como a obesidade, são conhecidamente evitáveis.<sup>19</sup>

Entretanto, reflete-se que, tanto o estresse por pressões no trabalho, quanto o ócio improdutivo podem levar ao descontrole para saciar a necessidade de alimentação oral (comida e bebida, inclusive alcoólica). Tal fenômeno carece de investigações sobre os hábitos de vida de pessoas acometidas de obesidade, visando à orientação para o autocuidado.<sup>3</sup>

Quanto à escolaridade correlacionada ao IMC, todos os clientes com obesidade têm ensino fundamental incompleto. Essa situação é a mesma dos 40,0 % não obesos segundo critérios para sobrepeso relativos ao IMC. Releva-se que, 57,1% sujeitos situados no padrão de normalidade com relação ao peso, concluíram o ensino médio.

Comparativamente relacionando à obesidade por circunferência abdominal, o quantitativo cai para 64,3% pessoas entrevistados referindo ensino fundamental completo ou incompleto, significando ainda uma expressividade importante. O risco de obesidade foi ascendente em todos os níveis de escolaridade até o final da década de 80, tendendo à ascensão máxima para ambos os sexos com maior escolaridade. A partir deste

período tendendo aos dias atuais, o aumento da obesidade foi máximo para indivíduos sem escolaridade, o que têm determinado progressão acelerada dos estratos menos favorecidos da população brasileira.<sup>20</sup>

A renda familiar de 66,7% das pessoas com obesidade segundo IMC corresponde à mais de um e à dois salários mínimos. Situando-se a minoria de 33,3% na faixa de mais de dois até cinco salário mínimos. Correlacionando à CA, esses quantitativos quase se invertem para 35,7% e 50,0%, respectivamente. Estudos sinalizaram que a obesidade predomina entre pessoas com maior renda, porém diante da relação educação e doença, indivíduos com maior escolaridade assumem melhores escolhas para sua saúde.<sup>20-1</sup>

Quanto aos dependentes da renda familiar dos sujeitos da pesquisa observou-se segundo o critério de obesidade IMC, que 66,7% referem quatro dependentes, significando que a maioria das famílias compostas por quatro pessoas dependem de uma renda variando entre mais de um salário à dois salários mínimos. No Brasil, ainda é fortemente observado a marcante desigualdade social, com forte subsídio de concentração de renda numa pequena faixa populacional em detrimentos à maioria; a pobreza, medida pela insuficiência de renda, alcança mais de um quarto da população brasileira e dissemina-se por todas as regiões e áreas do país.<sup>22</sup>

Diferente desse último dado, os indivíduos com padrão de normalidade segundo IMC, apresentam, em sua maioria, rendas familiares no intervalo: mais de dois à cinco salários mínimos (42,9%) são os que em 57,2% dos casos, apresentam até três dependentes.

Com relação às dietas recomendadas pelos profissionais nas diversas circunstâncias durante o tratamento/acompanhamento no ambulatório de cardiologia, houve algumas notas: a maioria dos clientes obesos segundo IMC ou CA afirmaram seguir a dieta recomendada pelo médico, enfermeiro, nutrólogo ou nutricionista, correspondendo à 71,4% e 66,7%, respectivamente. Da mesma forma que 80% do grupo de clientes considerados com sobrepeso também o disseram, incluem-se os que atendem critérios para normalidade sob os dois critérios, IMC e CA, significando 71,4%.

Diferentemente dessa perspectiva otimista, quando o assunto refere-se à atividade física regular, a realidade muda, pois 66,7% dos entrevistados, sejam obesos ou não, com sobrepeso ou não deixam de praticar atividade física de forma regular, no mínimo três vezes na semana. Estudiosos orientam quanto

necessidade de conceber medidas de saúde pública coerentes, que venham assegurar que todos tenham oportunidade de eleger opções mais saudáveis, no que se refere à ingestão de alimentos saudáveis e práticas de atividades físicas regulares.<sup>23-4</sup>

Atendendo às políticas públicas de saúde, a sistematização da assistência de enfermagem é imprescindível centrando-se na consulta de enfermagem para orientar as necessidades de autocuidado a esses clientes.<sup>25</sup>

## CONCLUSÃO

A obesidade, ora como doença primária, ora como fator de risco para doenças graves, inclusive arterial coronariana, é considerada uma epidemia mundial, de difícil controle, com causas multifatoriais. Foi por muito tempo associada à fartura, ao excesso, e portanto, foi relacionada às populações com nível socioeconômico mais elevado, mas atualmente, atinge indivíduos de todas as idades e classes sociais.

A obesidade abdominal, segundo mensuração de circunferência abdominal (CA) foi mais expressiva entre os sujeitos abordados do que a obesidade segundo Índice de Massa Corporal (IMC), conferindo maior risco ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares e à condução à morbimortalidade por essas doenças, em função das importantes alterações metabólicas provocadas pelo excesso de gordura abdominal e à composição da Síndrome Metabólica. Somado a isso, 86,6% dos indivíduos abordados apresentam mais de um fator de risco associado.

Embora possa parecer contraditório, a maioria dos clientes com obesidade segundo IMC ou CA refere manter dietas alimentares recomendados pelo profissional de saúde, porém também a maioria afirma não realizar regularmente atividade física.

De acordo com as percepções quanto à necessidade de autocuidado dessas pessoas, em tratamento clínico para doença arterial coronariana, observou-se que as queixas prevalentes não correspondem à especificidade da doença. As queixas físicas pouco se aproximam ou são consequências de adoecimento cardiovascular.

Porém o desequilíbrio emocional por conflitos familiares, ou ter que lidar com a morte de pessoas próximas, ou ainda, os aspectos comportamentais ainda resistentes às mudanças necessárias para obtenção de hábitos de vida saudáveis, são fatores que contribuem para a obesidade e predis põem ao surgimento de doenças graves, inclusive à

possível manifestação clínica da doença coronariana.

Embora ainda prevalente em pessoas com nível socioeconômico mais elevado, ao estabelecer a relação educação-doença, os indivíduos obesos apresentaram menor grau de escolaridade, até porque, são estes que estabelecem opções que se distanciam do autocuidado, e contribuem para a permanência do quadro de obesidade, assim como o risco do adoecimento de doenças graves.

## REFERÊNCIAS

1. Costa ACC, Ivo LM, Cantero WB, Tognini FRF. Obesidade em pacientes candidatos a cirurgia bariátrica. *Acta Paul Enferm.* 2009 Jan/Fev;22(1):80-7.
2. Organización Mundial de La Salud. Obesidad y sobrepeso. 2006; Set, nota descritiva, n. 311.
3. Perez GH, Romano BW. Comportamento alimentar e síndrome metabólica: aspectos psicológicos. *RSCESP.* 2004 Jul/Ago;14(4):65-8.
4. Santos I, Corrêa LA, Albuquerque DC. A consulta de enfermagem através da escuta sensível e diagnósticos para o autocuidado do cliente com insuficiência cardíaca. In: Santos I dos, David HMSL, Silva D, Tavares CMM. *Enfermagem e Campos de Prática em Saúde Coletiva.* São Paulo: Atheneu; 2008. p.271-81.
5. Bub MBC, Medrano C, Silva CD, Wink S, Liss PE, Santos EKA. A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. *Texto contexto-enferm.* 2006; 15 (Esp):152-57.
6. Santos I. Cuidando do educando: a sociopoética sensibilizando a formação do cuidador. *R Enferm UERJ.* 2007 Jan/Mar;15 (1):113-18.
7. Brasil. Ministério da Saúde. *Brasil saudável.* Saúde, Brasil; 2005.
8. Pachú CO, Rondinelli E, Silva R, Silva NAS. Obesidade, genes e meio ambiente na complexa rede causal da doença cardiovascular aterotrombótica. *RSCESP.* 2003 Jul/Set;16(2):204-09.
9. Azevum A, Guimarães HP; Piegas LS. Obesidade abdominal e síndrome metabólica. *RSCESP.* 2006 Jan/Mar;16(1):41-7.
10. Berardinelli LMM, Santos MLSC. Oficina pedagógica de enfermagem: uma experiência da convergência cuidado-educação. *Revista Gaúcha de Enfermagem.* 2007 Set;28(3):430-38.
11. Gauthier J, Hirata M. A enfermeira como educadora. In: Santos I, Figueiredo NMA, Duarte MJRS, Sobral VRS, Marinho AM. *Enfermagem Fundamental: Realidade, questões, soluções.* Rio de Janeiro: Atheneu; 2001.
12. Gonçalves LHT, Schier J. Grupo "Aqui e Agora": Uma tecnologia leve da ação sócio-educativa de enfermagem. *Texto contexto-enferm.* 2005 abr/jun; 14(2):271-79.
13. Cabral LC, Koerich MS, Mancia JR. Educação permanente no contexto da enfermagem e da saúde. *Rev Bras Enferm.* 2004; 57(5):605-10.
14. Borges CC, Japur M. Sobre a (não) adesão ao tratamento: ampliando sentidos do autocuidado. *Texto contexto-enferm.* 2008 Jan/Mar;17(1):64-71
15. Beck CT, Hungler BP, Polit DF. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem.* 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
16. Malhotra N. *Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada.* 3ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2001. 720 p.
17. Vasconcelos VL, Lapa TM, Carvalho EF. Prevalência de Sobrepeso e Obesidade em adolescente masculinos nas macrorregiões do Brasil, 1980-2000. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2006 Dez;10(3):417-24.
18. Santos I, Sarat CNF. Modalidades de aplicação da teoria do autocuidado de Orem em comunicação científicas de enfermagem brasileira. *R Enferm UERJ.* 2008 Jul/Set; 16(3):313-18.
19. Matos MFD, Fizman R. Estratégias de prevenção para doenças cardiovasculares e promoção da saúde. *Revista da SOCERJ.* 2003 Abr/Jun;16(2):133-39.
20. Monteiro CA, Conde WL, Castro IRR. A tendência cambiante da relação entre escolaridade e risco de obesidade no Brasil (1975-1997). *Caderno de Saúde Pública.* Rio de Janeiro. 2003;19(Sup.1):567-75.
21. Siviero IMP, Scatena MCM, Costa Junior ML. Fatores de risco numa população de infartados. *R Enferm UERJ.* 2005;13:319-24.
22. Monteiro CA. A dimensão da pobreza, da desnutrição e da fome no Brasil: implicações para políticas públicas. São Paulo. *Estudos Avançados.* 2003;17(48):7-20.
23. Koury JC, Carvalho CNM. A obesidade como problema de saúde pública. In: Santos I dos, David HMSL, Silva D, Tavares CMM. *Enfermagem e campos de prática em saúde coletiva.* São Paulo: Atheneu; 2008. p.157-75.
24. Monteiro CA. Socioeconomic status and obesity in adults populations of developing countries: a review. *Public Health Reviews-bulletin of the World Health Organization.* 2004 Dec;82(12):940-46

25. Santos DS, Mazoni SR, Carvalho EC. Emprego da taxonomia da NANDA no Brasil: revisão integrativa. Rev Enferm UFPE on line [periódico na internet]. 2009 Jan/Mar [acesso em 2009 Mar 20];3(1):107-13. Disponível em: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/issue/view/14>

Sources of funding: No  
Conflict of interest: No  
Date of first submission: 2009/09/28  
Last received: 2009/12/14  
Accepted: 2009/12/15  
Publishing: 2010/01/01

**Address for correspondence**

Carla dos Santos Soares  
Endereço: Rua Barão, 23-BI 34 – Ap. 401  
Praça Seca – Jacarepaguá  
CEP: 21321-620 – Rio de Janeiro, Brasil