



ISSN: 2230-9926

Available online at <http://www.journalijdr.com>

IJDR

International Journal of Development Research
Vol. 12, Issue, 07, pp. 57450-57454, July, 2022
<https://doi.org/10.37118/ijdr.24877.07.2022>



RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PESSOA COM OBESIDADE MÓRBIDA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Ana Patricia do Egito Cavalcanti de Farias^{1*}, Anna Karine Dantas de Souza², Ana Paula Feles Dantas Melo², Fernanda Kelly Oliveira de Albuquerque², Flávio Silva Nóbrega², Helaine Cristina Lins Machado Gerbasi², Maria de Fátima Oliveira da Silva², Nadja Karla Fernandes de Lima², Pauliana Caetano Lima³, Vanessa Juliana Cabral Bruno de Moura² and Wislane Shirley de Araújo²

¹Enfermeira, Mestra em Gerontologia pelo Programa de Mestrado Profissional de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa (PB), Brasil; ²Enfermeiro(a), Hospital Universitário Lauro Wanderley, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa (PB), Brasil; ³Enfermeira, Mestranda pelo Programa de Mestrado Profissional de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa (PB), Brasil

ARTICLE INFO

Article History:

Received 05th April, 2022
Received in revised form
19th May, 2022
Accepted 28th June, 2022
Published online 28th July, 2022

Key Words:

Cuidados de Enfermagem,
Diagnóstico de Enfermagem,
Obesidade, Processo de Enfermagem.

*Corresponding author: Ana Patricia do Egito Cavalcanti de Farias

RESUMO

Objetivo: Identificar os diagnósticos e intervenções de enfermagem no indivíduo com obesidade mórbida bem como descrever através de experiências vivenciadas pela equipe, a assistência de enfermagem prestada ao indivíduo com obesidade mórbida em uma unidade de clínica médica. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, tipo relato de experiência, baseado nos cuidados prestados a pacientes com obesidade mórbida, internados em unidade de clínica médica, seguindo-se as fases do Processo de Enfermagem. **Resultados e Discussão:** Diante das peculiaridades do paciente com obesidade mórbida, o profissional enfermeiro é possível identificar os diagnósticos de enfermagem e a partir dos mesmos lançar mão das intervenções que mais se adequam a necessidade do paciente. Os diagnósticos identificados foram: Nutrição desequilibrada; Deambulação prejudicada; Risco de intolerância a atividade; Distúrbio da imagem corporal; Ansiedade; Risco de quedas; Risco de lesão por pressão; Mobilidade física prejudicada; Fadiga; Déficit no autocuidado; Baixa autoestima crônica; Insônia. **Conclusão:** O profissional de enfermagem identifica os problemas, seleciona os diagnósticos e elabora um plano de intervenções voltado para atender as necessidades do paciente. É imprescindível desenvolver ações capazes de melhorar a condição e a qualidade de vida, é necessário também avaliar a resposta às intervenções propostas e reformulá-las quando necessário.

Copyright © 2022, Ana Patricia do Egito Cavalcanti de Farias et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Citation: Ana Patricia do Egito Cavalcanti de Farias, Anna Karine Dantas de Souza, Ana Paula Feles Dantas Melo et al. "Assistência de enfermagem a pessoa com obesidade mórbida: um relato de experiência". *International Journal of Development Research*, 12, (07), 57450-57454.

INTRODUÇÃO

A obesidade é uma doença crônica não transmissível de etiologia multifatorial decorrente das interações genéticas, ambientais, emocionais e alterações endócrinas e metabólicas atrelado a um estilo de vida sedentário e hábitos alimentares pouco saudáveis. Caracterizada por um excessivo acúmulo de gordura corporal que pode levar a um comprometimento da saúde (WHO, 2017; Melo; Delmondes; Name, 2019; Baothman et al., 2016). Além disso, está relacionada a um risco aumentado de desencadear diversas doenças como diabetes mellitus, hipertensão arterial, infarto do miocárdio, trombose, coronariopatias, doenças respiratórias, doenças articulares,

degenerativas, apnéia do sono e distúrbios psicológicos (Brasil, 2014). Considerada uma epidemia global, vêm aumentando exponencialmente atingindo milhares de pessoas no mundo inteiro em todas as faixas etárias, de ambos os sexos e em todos os níveis de renda. Estima-se que até 2025, 21% das mulheres e 18% dos homens serão obesos e a obesidade grave (IMC ≥ 35 kg/m²) pode chegar a aproximadamente 10% da população mundial (NCD, 2016). Em países como Austrália, Canadá, Chile, África do Sul e Reino Unido mais de um em cada quatro adultos são obesos (OECD, 2017). Nos Estados Unidos, segundo dados do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco Comportamentais, as taxas de obesidade adulta ultrapassam 35% em sete estados, 30% em 29 estados e 25% em 48 estados (CDC, 2017).

No Brasil, entre 2003 e 2019, a proporção de obesos na população com 20 anos ou mais de idade do país mais que dobrou, passando de 12,2% para 26,8%. Nesse período, a obesidade feminina passou de 14,5% para 30,2% e se manteve acima da masculina, que subiu de 9,6% para 22,8% (IBGE, 2020). A obesidade é classificada segundo o Índice de Massa Corpórea (IMC), dividindo o peso corporal em kg pelo quadrado da altura em m², sendo considerada obesidade grau I quando o IMC está entre 30 a 34,9 kg/m², grau II é quando o IMC é entre 35 a 39,9kg/m² e grau III é quando o IMC é maior que 40 kg/m² (ABESO, 2016). A obesidade mórbida é a evidência desse agravamento processual da doença, caracteriza-se por várias complicações que podem levar a morte e a assistência ao indivíduo hospitalizado requer abordagem multiprofissional qualificada que conduza a um acolhimento, acompanhamento e tratamento adequado, estabelecendo ações para controle de complicações (Jones, Sundalwall, 2016; Nicolau, Santo, Chibante, 2017). O enfermeiro enquanto membro integrante da equipe multiprofissional é responsável por assistir e implantar medidas que contribuam no manejo e na assistência ao indivíduo com obesidade mórbida, onde a aplicação da sistematização da assistência de enfermagem(SAE), é uma estratégia eficaz pois permite que possa elencar os principais diagnósticos de enfermagem ofertando uma assistência planejada, organizada e individualizada as reais necessidades do paciente através da implementação de ações refletindo na melhoria e qualidade de cuidado oferecido (Neves *et al.*, 2018).

Deste modo esse estudo tem por objetivo identificar os diagnósticos e intervenções de enfermagem no indivíduo com obesidade mórbida bem como descrever através de experiências vivenciadas pela equipe, a assistência de enfermagem prestada ao indivíduo com obesidade mórbida em uma unidade de clínica médica.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, tipo relato de experiência, baseado nos cuidados prestados a pacientes com obesidade mórbida, internados em unidade de clínica médica, seguindo-se as fases do Processo de Enfermagem.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A obesidade mórbida é um problema que preocupa os sistemas de saúde públicos e privados em todo o mundo, em decorrência das repercussões sistêmicas físicas, sociais e psicológicas desencadeadas por este problema de saúde. Esse problema é cada vez mais comum, repercutindo em altos custos de tratamento hospitalares, complicações decorrentes do excesso de peso e sem contar os danos psicossociais envolvidos nesta conjuntura. O paciente apresenta labilidade emocional, traumas psíquicos e personalidade integralmente afetadas

Tabela 1. Principais diagnósticos e as Intervenções de Enfermagem para o paciente com obesidade morbid

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
<p>Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais relacionados comIngestão de nutrientes que excedem as necessidades metabólicas, devido:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Comer em resposta a estímulos externos (hora do dia) ou em resposta a estímulos internos (ansiedade); -Ingestão de alimentos concentrada no final do dia; -Nível de atividade sedentário. 	<ul style="list-style-type: none"> - Investigar sentimentos demonstrados pelo paciente em momentos de hiperfagia (identificar causa do descontrole alimentar); - Aumentar o número de refeições, diminuindo a quantidade das porções ingeridas (fracionar alimentação); - Orientar quanto a não ingesta de líquidos durante as refeições; - Orientar quanto ao consumo de alimentos adequados; - Solicitar apoio do serviço de nutrição.
<p>Deambulação prejudicada</p> <ul style="list-style-type: none"> - Capacidade do indivíduo de andar prejudicada, devido ao excesso de peso. 	<ul style="list-style-type: none"> - Auxiliar em movimentos do paciente; - Orientar acompanhamento por fisioterapeuta; - Promover ambiente adequado que facilite a deambulação.
<p>Risco de intolerância a atividade</p> <ul style="list-style-type: none"> -Não condicionamento físico; -Presença de problemas circulatório-respiratórios; OBS Pacientes muito obesos possuem dificuldades de realizar atividades cotidianas trocar de roupa,tomar banhos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Elevar tórax em posição supina quando necessário (o paciente obeso hospitalizado possui dificuldades respiratórias importantes); - Incentivar deambulação (imobilidade gera problemas como pneumonia, úlceras por pressão, Tromboses); - Manter sempre roupas secas e folgadas que facilitem a mobilidade.
<p>Distúrbio da imagem corporal</p> <ul style="list-style-type: none"> -Estado no qual o indivíduo experimenta mudança na maneira de perceber sua própria imagem corporal. 	<ul style="list-style-type: none"> - Incentivar paciente a observar pontos positivos de si mesmo como humor, inteligência, características de personalidade; - Procurar auxílio do serviço de psicologia.
<p>Ansiedade</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estado subjetivo no qual o indivíduo experimenta um sentimento de incômodo e inquietação, cuja fonte é, frequentemente, inespecífica ou desconhecida por ele. Frequentemente o estado de ansiedade leva o indivíduo a alimentar-se mesmo sem a sensação de fome, utilizando-o como mecanismo de compensação. 	<ul style="list-style-type: none"> - Incentivar paciente a expressar os motivos de sua ansiedade; - Buscar informações com família; - Buscar apoio do serviço de psicologia; - Buscar apoio do serviço de terapia ocupacional; - Reduzir ou eliminar estímulos geradores de medo ou ansiedade; - Identificar pessoas significativas cuja presença pode ajudar o paciente; - Tranquilizar o paciente sobre segurança ou proteção pessoal; - Permanecer com o paciente; - Usar atividades lúdicas, conforme apropriado; - Usar abordagem calma e tranquilizadora; - Esclarecer as expectativas de acordo com o comportamento do paciente; -Explicar todos os procedimentos, inclusive sensações que o paciente possa ter durante o procedimento; -Tentar compreender a perspectiva do paciente em relação à situação temida; - Oferecer informações reais sobre diagnóstico, tratamento e prognóstico; -Permanecer com o paciente para promover segurança e diminuir o medo; -Encorajar a família a permanecer com o paciente, conforme apropriado; -Oferecer objetos que simbolizem segurança; -Escutar o paciente com atenção; -Reforçar comportamentos, conforme apropriado; -Criar uma atmosfera que facilite a confiança.
<p>Risco de Quedas</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Identificar as necessidades de segurança do paciente com base no nível de capacidade física e cognitiva e no histórico comportamental anterior; - Identificar perigos à segurança no ambiente (p.ex., físicos, biológicos e químicos); - Remover os perigos do ambiente, quando possível; - Modificar o ambiente para minimizar perigos e riscos; - Providenciar dispositivos de adaptação (p. ex., escadinha com degraus e corrimãos) de modo a aumentar a segurança no ambiente; - Usar dispositivos protetores (p. ex., contenção, laterais da cama).

.....Continue

<p>Risco de Lesão por pressão</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Usar um instrumento conhecido de avaliação de riscos para monitorar os fatores de risco individuais (p. ex., escala de Braden). - Usar métodos para medir a temperatura da pele determinando o risco de lesão por pressão, conforme o protocolo da instituição - Documentar todas as incidências anteriores de formação de lesão por pressão; - Documentar peso e trocas de peso; - Documentar a condição da pele na admissão e diariamente; - Monitorar o surgimento de áreas avermelhadas atentamente; - Remover umidade excessiva da pele que resulta de transpiração, drenagem do ferimento e incontinência urinária e fecal; - Aplicar barreiras de proteção, como cremes ou compressas que absorvem umidade, para remover umidade excessiva; - Mudar o decúbito a cada duas horas; - Mudar o decúbito com cuidado (p. ex., evitar cisalhamento) para evitar lesão a uma pele fragilizada; - Deixar visível o horário das viradas junto ao leito, como convier; - Examinar a pele sobre as saliências ósseas e outros pontos de pressão ao reposicionar, pelo menos, diariamente; - Evitar massagem sobre saliências óssea; - Posicionar com travesseiros para afastar da cama pontos de pressão. - Manter limpa, seca e sem rugas a roupa de cama; - Usar camas e colchões especiais, como convier; - Evitar dispositivos tipo “rosca” para a área do sacro; - Hidratar a pele seca e compacta; - Monitorar surgimento de fontes de pressão e atrito; - Aplicar protetores nos cotovelos e calcanhares, como convier; - Facilitar pequenas trocas do peso do corpo, com frequência; - Providenciar um trapézio para ajudar o paciente a mudar o peso do corpo com frequência; - Monitorar a mobilidade e a atividade individuais; - Garantir uma ingestão adequada de alimentos, em especial, proteínas, vitamina B e C, ferro e calorías, usando suplementos, como convier.
<p>Mobilidade física prejudicada - Limitação no movimento independente e voluntário do corpo ou de uma ou mais extremidades.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Determinar as limitações do movimento articular e o efeito sobre o funcionamento; - Cooperar com o fisioterapeuta no desenvolvimento e execução de um programa de exercícios; - Determinar o nível motivacional do paciente para manter ou restaurar o movimento das articulações; - Explicar ao paciente/familiares a finalidade e o plano dos exercícios para as articulações; - Monitorar o local e a natureza do desconforto ou da dor durante o movimento/atividade; - Iniciar medidas de controle da dor antes do início dos exercícios articulares; - Vestir o paciente com roupas folgadas; - Proteger o paciente contra trauma durante o exercício; - Auxiliar o paciente a posicionar o corpo da melhor maneira para os movimentos articulares passivos/ativos; - Encorajar exercícios ativos de amplitude de movimentos, conforme um programa regular e planejado; - Fazer exercícios de amplitude de movimentos passivos ou assistidos, conforme indicação; - Orientar o paciente/família sobre a maneira de realizar, sistematicamente, exercícios de amplitude de movimentos ativos, passivos ou assistidos.
<p>Fadiga - Sensação opressiva e prolongada de exaustão e capacidade diminuída de realizar trabalho físico e mental no nível habitual.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Investigar a condição fisiológica do paciente quanto a deficiências que resultem em fadiga no contexto da idade e do desenvolvimento; - Encorajar a expressão de sentimentos sobre as limitações; - Usar instrumentos válidos para medir a fadiga, se indicado. - Determinar a percepção das causas da fadiga pelo paciente/pessoa significativa; - Corrigir déficits na condição fisiológica (p. ex., anemia induzida por quimioterapia) como itens prioritários; - Selecionar as intervenções para reduzir a fadiga usando combinações de categorias farmacológicas e não farmacológicas, conforme apropriado; - Determinar quais atividades e quanto são necessárias para desenvolver a resistência; - Monitorar a ingestão nutricional para garantir recursos energéticos adequados; - Consultar o nutricionista sobre formas de aumentar a ingestão de alimentos altamente energéticos; - Negociar horários desejáveis para as refeições que possam ou não coincidir com os horários hospitalares padronizados; - Monitorar o paciente quanto a evidências de fadiga física e emocional excessiva; - Monitorar a resposta cardiorrespiratória à atividade (p. ex., taquicardia, outras disritmias, dispnéia, sudorese, palidez).
<p>Déficit no autocuidado para banho - Incapacidade de completar as atividades de limpeza do corpo de forma independente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Levantar em conta a cultura do paciente ao promover atividades de autocuidado; - Levantar em conta a idade do paciente ao promover atividades de autocuidado; - Determinar quantidade e tipo de assistência necessários; - Colocar toalhas, sabonete, desodorante, material de barba e outros acessórios necessários à cabeceira ou no banheiro; - Providenciar os itens pessoais desejados (p. ex., desodorante, escova de dentes, sabonete de banho, xampu, loção e produtos para aromaterapia); - Oferecer um ambiente terapêutico, garantindo uma experiência de calor, relaxamento, privada e personalizada; - Facilitar ao paciente a escovação dos dentes, conforme apropriado; - Facilitar que o paciente tome o banho sozinho, conforme apropriado; - Monitorar a limpeza das unhas conforme a capacidade de autocuidado do paciente; - Monitorar a integridade da pele do paciente; - Manter rituais de higiene;

.....Continue

	<ul style="list-style-type: none"> - Auxiliar banho do paciente em cadeira de banho, na banheira, no leito, de pé no chuveiro ou em banho de assento, conforme apropriado ou desejado; - Lavar os cabelos, conforme a necessidade e a vontade; - Banhar o paciente em água com temperatura agradável; - Auxiliar nos cuidados com o perineo, se necessário. - Auxiliar com as medidas de higiene (p. ex., uso de desodorante ou perfume); - Promover imersão dos pés, conforme necessário; - Barbear o paciente, quando indicado; - Aplicar unguento lubrificante e creme em áreas ressecadas da pele; - Oferecer a lavagem das mãos após uso do vaso sanitário e antes das refeições; - Aplicar pós-secantes em dobras de pele profundas; - Monitorar a condição da pele durante o banho; - Monitorar a capacidade funcional durante o banho.
<p>Déficit no autocuidado para higiene íntima</p> <p>- Incapacidade de realizar tarefas associadas à eliminação vesical e intestinal de forma independente</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Levantar em conta a cultura do paciente ao promover atividades de autocuidado; - Levantar em conta a idade do paciente ao promover atividades de autocuidado; - Remover as roupas básicas para possibilitar a eliminação; - Ajudar o paciente a chegar ao vaso sanitário/cadeira higiênica/comadre/urinol partido/urinol comum, a intervalos específicos; - Analisar a reação do paciente à falta de privacidade; - Proporcionar privacidade durante a eliminação; - Facilitar a higiene íntima ao final da eliminação; - Recolocar as roupas do paciente após a eliminação. - Instituir uma agenda de eliminação, conforme apropriado; - Orientar o paciente/outras pessoas sobre a rotina de eliminação; - Instituir rondas ao banheiro, conforme apropriado e sempre que necessário.
<p>Déficit no autocuidado para vestir-se</p> <p>- Incapacidade de vestir e retirar as roupas de forma independente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Levantar em conta a cultura do paciente ao promover atividades de autocuidado; - Levantar em conta a idade do paciente ao promover atividades de autocuidado; - Informar o paciente sobre as roupas disponíveis para seleção. - Oferecer as roupas de modo que o paciente tenha acesso a elas (p. ex., junto ao leito); - Disponibilizar as próprias roupas, conforme apropriado; - Estar disponível para ajudar a vestir o paciente, se necessário; - Facilitar que o paciente penteie o cabelo, conforme apropriado; - Facilitar ao paciente o barbear-se, conforme apropriado; - Manter a privacidade enquanto o paciente se veste; - Ajudar a amarrar, abotoar e usar fechos, se necessário.
<p>Baixa autoestima crônica</p> <p>- Avaliação e/ou sentimentos negativos sobre as próprias capacidades, com duração de pelo menos 3 meses.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorar as declarações de autovalorização do paciente; - Determinar a confiança do paciente no próprio julgamento; - Encorajar o paciente a identificar os pontos fortes; - Encorajar o contato com os olhos na comunicação com os outros; - Reforçar os pontos positivos pessoais identificados pelo paciente; - Proporcionar experiências que aumentem a autonomia do paciente, conforme apropriado; - Ajudar o paciente a identificar reações positivas dos outros. - Evitar críticas negativas; - Evitar provocações; - Transmitir confiança na capacidade do paciente para lidar com a situação; - Ajudar a estabelecer metas realistas para atingir uma autoestima maior; - Auxiliar o paciente a aceitar a dependência dos outros, conforme apropriado; - Ajudar o paciente a reexaminar percepções negativas de si mesmo; - Encorajar uma maior responsabilidade por si mesmo, conforme apropriado; - Ajudar o paciente a identificar o impacto do grupo de amigos nos sentimentos de autovalorização; - Investigar conquistas positivas anteriores; - Investigar as razões da autocrítica e da culpa; - Encorajar o paciente a avaliar o próprio comportamento; - Encorajar o paciente a aceitar novos desafios; - Recompensar ou elogiar o progresso do paciente na direção das metas; - Facilitar um ambiente e atividades que aumentem a autoestima.
<p>Insônia</p> <p>-Distúrbio na quantidade e qualidade do sono que prejudica o desempenho normal das funções da vida diária.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Determinar o padrão de sono/vigília do paciente; - Aproximar o ciclo regular de sono/vigília do paciente no planejamento dos cuidados; - Explicar a importância do sono adequado; - Determinar os efeitos dos medicamentos do paciente sobre o padrão do sono; - Monitorar/registrar o padrão de sono e o número de horas de sono do paciente; - Adaptar o ambiente (p. ex., iluminação, ruído, temperatura, colchão e cama) para promover o sono; - Encorajar o paciente a estabelecer uma rotina para a hora de dormir para facilitar a transição da vigília para o sono; - Ajudar a eliminar situações estressantes antes de dormir; - Oferecer folhetos com informações sobre técnicas para melhorar o sono. Se identificado períodos de apnéia do sono, solicitar ao fisioterapeuta a avaliação para uso do Bipap.

por estigmas cultivados no decorrer da sua vida inteira que culminam em compulsão e péssimos hábitos alimentares. A compensação diante dos conflitos da vida cotidiana, é efetivada no excesso de ingestão de alimentos além das necessidades corporais aliada a alimentação repleta de calorias vazias, nutrientes não funcionais e carboidratos de cadeia longa ou ramificada colaboram para acelerar o ganho extraordinário de peso. Trabalhar o controle das compulsões nestes pacientes é de extrema importância, mas caso ele não seja capaz de impulsionar um engajamento espontâneo e comprometimento em mudar os hábitos de vida deletérios que desencadearam as repercussões que comprometem a sua qualidade de vida, de nada

servirão para resgate de estima, preocupação com a sua saúde e dinâmica de resolução de problemas psíquicos e de luta interna diante dos infortúnios da vida moderna. A assistência de enfermagem diante desta problemática permeiam doenças cutâneas, riscos de desencadear ou presença de Lesões por Pressão (LPP) extensas, oscilações de humor, agressividade nas relações paciente-enfermagem-companhante, não adesão ao tratamento imposto durante a internação na unidade hospitalar, pois restringem além do quantitativo de nutrientes, acesso e retirada radical de alimentos rotineiramente ingeridos, prática de exercícios físicos e em sintonia com o trabalho dos profissionais de fisioterapia para minimizar os danos

osteomusculares desencadeados pelo excesso de sobrecarga nestas estruturas. Percebe-se o aumento das angústias, cobranças, exaustão físico-psíquica e comportamental diante dos resultados numéricos da pesagem, circunferências corporais mensuradas e parâmetros utilizados para o acompanhamento da evolução do seu tratamento. Todas as equipes que lidam com estes pacientes promovem uma soma de esforços multi e interprofissionais com a finalidade de promover uma assistência mais integral e universal possível, demonstrando a cada etapa do tratamento um comprometimento e um respeito as escolhas feitas pelo paciente, dando apoio, impulsionando, encorajando ou sugerindo novos caminhos para se chegar na meta preterida em comum acordo com a equipe-paciente. Diante das peculiaridades do paciente com obesidade mórbida e baseado na taxonomia da NANDA 2018-2020 e na Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC 2016), o profissional enfermeiro é possível identificar os diagnósticos de enfermagem relacionados no quadro abaixo e a partir dos mesmos lançar mão das intervenções de enfermagem que mais se adequam a necessidade do paciente, conforme tabela 1. (Herdman; Shiguemi, 2018; Bulechek *et al.*, 2016).

CONCLUSÃO

O relato nos permitiu perceber a importância da assistência da equipe de enfermagem ao paciente com obesidade mórbida. A enfermagem como parte da equipe multidisciplinar que presta assistência ao indivíduo com obesidade morbida desempenha papel de grande importância no tratamento deste. O profissional de enfermagem sob a liderança do enfermeiro identifica os problemas, seleciona os diagnósticos de enfermagem, e elabora um plano de Intervenções voltado para atender as necessidades do paciente. É imprescindível desenvolver ações capazes de melhorar a condição e a qualidade de vida, é necessário também avaliar a resposta às intervenções propostas e reformulá-las quando necessário.

REFERÊNCIAS

ABESO. 2016. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Diretrizes brasileiras de obesidade. 4a ed. São Paulo, SP.

- Baotherman OA *et al.* 2016. The role of gut microbiota in the development of obesity and Diabetes. *Lipids in Health and Disease*. Vol. 15. Num. 1. p.1-8.
- Bulechek GM *et al.* 2016. Classificação das Intervenções de Enfermagem - NIC. 6. ed. São Paulo: Elsevier.
- Brasil. 2014. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. 1ª ed. Brasília.
- CDC. 2017. Center for Disease Control and Prevention. Prevalence of self-reported obesity among U.S. adults by State and Territory, BRFSS, [Internet]. New York.
- IBGE. 2020. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Obesidade mais do que dobra na população com mais de 20 anos. [Internet]
- Herdman TH, Shiguemi K. 2018. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificações 2018-2020. 11 ed. Porto Alegre: Artmed.
- Jones JL, Sundwall D. 2016. Health care systems and national policy role of leadership in the obesity crisis. *Prim Care*. 43 1 :19-37.
- Neves, E. *et al.* 2018. A Relevância do Enfermeiro no Acompanhamento de Pacientes no Pós-Operatório Submetidos à Cirurgia Bariátrica: Revisão De Literatura. *Braz. J. Surg. Clin. Res.* V.24, n.2, pp. 112-118.
- Nicolau IR, Santo FHE, Chibante CLP. 2017. Tratamento multiprofissional para adultos obesos grau III. *Revista Cubana de Enfermería*. 33 2 :386-403.
- NCD. 2016. Risk Factor Collaboration NCD-RisC ; Woodward, M. Trends in adult body-mass index in 200 countries from 1975 to 2014: a pooled analysis of 1698 population-based measurement studies with 19.2 million participants. A pooled analysis of 1698 population-based measurement studies with 19.2 million participants. *Lancet*. Vol. 387. Num. 10026. p.1377-1396.
- Melo AD, Delmondes SGS, Name KPO. 2019. A atuação do enfermeiro na obesidade infantil. *ReBIS*. 13 : 12-6.
- OECD. 2017. Organization for Economic Co-operation and Development. Obesity Update [Internet]. Paris.
- WHO. 2017. World Health Organization. Obesity and overweight. [Internet].
