

 Artigo original

PREVALÊNCIA DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM NUTRIÇÃO DESEQUILIBRADA EM HIPERTENSOS

Marília Araripe Ferreira¹, Annah Maria Couto Bezerra Carneiro², Mayenne Myrcea Quintino Pereira Valente³, Virna Ribeiro Feitosa Cestari⁴, Maria Albertina Rocha Diógenes³, Léa Maria Moura Barroso Diógenes³

RESUMO: Objetivou-se investigar a prevalência do Diagnóstico de Enfermagem Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais em hipertensos. Estudo descritivo, exploratório, com abordagem quantitativa, realizado com 90 pacientes hipertensos, acompanhados em unidade de atenção secundária. A coleta de dados foi realizada em 2015, mediante questionário contendo dados sociodemográficos, antropométricos e clínicos. As variáveis categóricas foram resumidas por estatísticas descritivas de frequências (absolutas e relativas). As associações entre as características definidoras maiores e a presença do diagnóstico estudado foi avaliada pelo teste do qui-quadrado de *Pearson*. Verificou-se que o mesmo esteve presente em 82 (91,1%) dos participantes, tendo em vista que eles apresentavam pelo menos uma das duas características definidoras maiores: “dobra do tríceps alterada” ($p < 0,001$) ou “sobrepeso 20% acima do ideal” ($p < 0,001$). Evidenciou-se a importância do enfermeiro promover estratégias que visem às mudanças comportamentais na alimentação e prática de atividade física, contribuindo para a redução do diagnóstico.

DESCRIPTORIOS: Hipertensão; Diagnóstico de enfermagem; Obesidade; Alimentação; Processos de enfermagem.

PREVALENCE OF NURSING DIAGNOSIS IMBALANCED NUTRITION IN HYPERTENSIVE PATIENTS

ABSTRACT: The present study aimed to investigate the prevalence of Nursing Diagnosis Imbalanced Nutrition: more than body requirements in hypertensive patients. Exploratory, descriptive study, with a quantitative approach, with 90 hypertensive patients monitored in a secondary care unit. Data collection was performed in 2015 through the administration of a questionnaire on sociodemographic, anthropometric and clinical characteristics of the patients. Categorical variables were summarized by descriptive statistics of frequencies (absolute and relative). Associations between major defining characteristics and diagnosis of imbalanced nutrition were assessed by Pearson's chi-square test. The referred diagnosis was observed in 82 (91.1%) of the participants, since they presented at least one of the two major defining characteristics: “tricepsskinfold thickness” ($p < 0.001$) or “overweight (20% over their ideal weight)” ($p < 0.001$). The role of nurses in the promotion of strategies aimed to introduce changes in nutritional behavior and the practice of physical activity, contributing to reducing the rates of the referred nursing diagnosis, was demonstrated.

DESCRIPTORS: Hypertension; Nursing diagnosis; Obesity; Nutrition; Nursing processes.

PREVALENCIA DEL DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NUTRICIÓN DESEQUILIBRADA EN HIPERTENSOS

RESUMEN: El objetivo del estudio fue investigar la prevalencia del Diagnóstico de Enfermería Nutrición desequilibrada: más que las necesidades corporales en hipertensos. Estudio descriptivo, exploratorio, con abordaje cuantitativo, realizado con 90 pacientes hipertensos, acompañados en unidad de atención secundaria. Los datos fueron obtenidos en 2015, por medio de cuestionario con informaciones sociodemográficas, antropométricas y clínicas. Las variables categóricas fueron resumidas por estadísticas descriptivas de frecuencias (absolutas y relativas). Las asociaciones entre las características de mayor definición y la presencia del diagnóstico estudiado fue evaluada por prueba de chi-cuadrado de *Pearson*. Se observó que este estuvo presente en 82 (91,1%) de los participantes, considerando que ellos presentaban por lo menos una de las dos características definidoras mayores: “pliegue del tríceps alterado” ($p < 0,001$) o “sobrepeso 20% mayor que el ideal” ($p < 0,001$). Se evidenció la importancia del enfermero para promover estrategias de cambios comportamentales en la alimentación y práctica de actividad física, contribuyendo para la reducción del diagnóstico.

DESCRIPTORIOS: Hipertensión; Diagnóstico de enfermería; Obesidad; Alimentación; Procesos de enfermería.

¹Enfermeira. Residente Multiprofissional na Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil.

²Enfermeira. Universidade de Fortaleza. Fortaleza, CE, Brasil.

³Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente de Enfermagem da Universidade de Fortaleza. Fortaleza, CE, Brasil.

⁴Enfermeira. Mestranda em Enfermagem. Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil.

Autor Correspondente:

Marília Araripe Ferreira

Universidade de Fortaleza

R. Amâncio Valente, 1673 - 60822-155 - Fortaleza, CE, Brasil

E-mail: mariliararipedef@outlook.com

Recebido: 07/03/2016

Finalizado: 06/07/2016

● INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma Doença Crônica Não Transmissível (DCNT) com influências multifatoriais, caracterizada por níveis elevados da pressão arterial⁽¹⁾. A HAS pode decorrer de outras doenças ou de uma forma isolada, associando-se a diversas complicações ou até incapacidades, culminando em um grupo gerador de aposentadorias precoces, e por consequência um elevado custo para o governo⁽²⁾.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), existem 600 milhões de hipertensos no mundo, fato que os tornam o terceiro principal fator de risco associado à mortalidade mundial. No Brasil, as doenças cardiovasculares constituem a primeira causa de óbito, pois, além de apresentar um grave problema de saúde pública, a prevalência da hipertensão varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos. Na cidade de Fortaleza, a prevalência representa 22,6%⁽³⁾.

A consulta de enfermagem ao paciente hipertenso consiste na investigação de fatores de risco e hábitos de vida, bem como no exame físico, realizado por meio da aferição da pressão arterial, verificação da altura, peso, circunferência abdominal e do quadril seguido do cálculo de Índice de Massa Corporal (IMC). Também inclui as orientações sobre a doença, uso regular dos medicamentos e hábitos de vida saudáveis, os quais englobam a prática de exercícios físicos e alimentação saudável. A realização dessa rotina é norteada e embasada pela Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)⁽⁴⁾.

A SAE é um instrumento privativo do enfermeiro e constitui-se no planejamento das ações de enfermagem para solucionar os problemas do paciente e promover o cuidado individualizado⁽⁵⁾. Dentre as etapas da SAE, destaca-se o Diagnóstico de Enfermagem (DE), definido como características necessárias para diagnosticar as respostas humanas a determinados problemas de saúde. A taxonomia de diagnósticos de enfermagem, reconhecida oficialmente no mundo e mais difundida no Brasil, é a North American Nursing Diagnosis Association - NANDA Internacional⁽⁶⁾.

O DE "Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais" consiste na ingestão de nutrientes que excedem às necessidades metabólicas, tendo como características definidoras: "comer em resposta a estímulos externos"; "comer em resposta a estímulos internos que não a fome"; "dobra da pele do tríceps maior que 25 mm em mulheres e maior que 15 mm em homens"; "ingestão de alimentos concentrados no final do dia"; "estilo de vida sedentário"; "padrão de alimentação disfuncional"; "peso 20% acima do ideal para altura e compleição". Existem ainda, fatores relacionados: "ingestão excessiva em relação à atividade física" e "ingestão excessiva em relação às necessidades metabólicas"⁽⁶⁾.

A relevância deste estudo consiste em pesquisar um problema vivenciado constantemente pelos hipertensos, qual seja, "nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais", bem como acrescentar conhecimentos ao enfermeiro por meio de ações baseadas no diagnóstico de enfermagem, aspecto primordial da SAE. A identificação das características definidoras e dos fatores relacionados serão relevantes para constatar as principais causas e os sintomas enfrentados por esse grupo de pessoas, a fim de nortear o planejamento e a implementação de ações que possam incentivar os pacientes a melhorarem suas dietas.

Diante do exposto, a realização da presente pesquisa teve o intuito de responder os seguintes questionamentos: Qual a prevalência do DE em estudo em hipertensos? Quais as principais características definidoras e fatores relacionados ao DE? Assim, objetivou-se avaliar a prevalência do DE "Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais" em hipertensos.

● MÉTODO

Trata-se de um estudo de caráter descritivo-exploratório, com abordagem quantitativa, desenvolvido em uma unidade de referência em atendimento a indivíduos com diabetes e hipertensão, situado em Fortaleza, Ceará, Brasil.

O tamanho da amostra foi calculado pela fórmula: $n = (z^2 \alpha \cdot P \cdot Q \cdot N) / [z^2 \alpha \cdot P \cdot Q + (N - 1) \cdot E^2]$, sendo $Z \alpha =$

1,96, considerando-se um coeficiente de confiança de 95%, $N = 1300$, E (erro aleatório) = 0,1 (10%), prevalência (P) = 50, totalizando um “ n ” amostral de 90 pessoas. Esta prevalência foi definida e utilizada em virtude da ausência de conhecimento sobre a variável em estudo.

A amostra foi constituída por 90 pacientes com hipertensão que obedeceram aos seguintes critérios de inclusão: ser cadastrado e acompanhado na referida instituição e ter o diagnóstico confirmado de HAS. Foram excluídos da amostra hipertensos que apresentavam comorbidade associada, como diabetes *mellitus*.

Os dados foram coletados em setembro de 2015, com um questionário contendo dados socioeconômicos, demográficos, antropométricos e clínicos. Os dados socioeconômicos e demográficos incluíram idade, estado civil, escolaridade, renda familiar, número de pessoas na família e ocupação. Já os dados antropométricos incluíram peso, altura, Circunferência Abdominal (CA), Índice de Massa Corporal (IMC) e Dobra da Pele do Tríceps. Os dados clínicos foram a Pressão Arterial (PA) e dados referentes ao diagnóstico de enfermagem em estudo: “Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais”.

Ressalta-se que a alimentação diária habitual corresponde àqueles alimentos que fazem parte da rotina diária do indivíduo, desde o café da manhã até o deitar-se, tendo como base o alimento consumido pelo menos quatro vezes por semana⁽⁷⁾.

O diagnóstico em análise foi determinado de acordo com a presença das características definidoras maiores: obesidade (peso 20% acima do ideal para altura e estrutura) e dobra da pele do tríceps maior que 25 mm em mulheres e maior que 15 mm em homens, visto que a presença de uma ou mais destas características definidoras é suficiente para estabelecer o diagnóstico em estudo⁽⁸⁾.

Para armazenamento, processamento e análise estatística dos dados foi utilizado o programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 20.0. As variáveis categóricas foram resumidas por estatísticas descritivas de frequências (absolutas e relativas). A associação entre as características definidoras maiores e a presença do DE estudado foi avaliada pelo teste do qui-quadrado de *Pearson*, sendo considerado estatisticamente significativo o valor de $p < 0,05$, e a força dessa associação pelo cálculo das razões de chances *OddsRatio* - OR.

Foram seguidas as recomendações da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS)⁽⁹⁾. O projeto de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade de Fortaleza (UNIFOR) foi aprovado em agosto conforme parecer nº 1.207.985.

● RESULTADOS

Neste estudo, dentre 90 pacientes com HAS, observou-se predominância do sexo feminino, 55 (61,1%). A idade variou de 40 a 87 anos, com média de $62,5 \pm 10,22$ anos. Em relação à renda familiar, houve uma variação de R\$ 394,00 a R\$ 15.760,00, com média de $R\$ 2.530,42 \pm 2.040,90$, preponderando a renda de R\$ 788,00, ou seja, valor correspondente ao salário mínimo nacionalmente vigente no período do estudo. O número de pessoas na família variou de um a oito e a renda per capita teve uma média de $R\$ 673,42 \pm 881,85$.

Foram identificados 62 (68,9%) participantes casados ou em união consensual. Sobre a ocupação, obteve-se predominância de pacientes aposentados representados por 53 (58,9%). Quanto à escolaridade, esta variou entre pessoas que não possuíam estudo àquelas que detinham ensino superior completo, predominando o ensino fundamental incompleto em 30 (33,3%) dos participantes.

O IMC mostrou que 33 (36,7%) dos pacientes encontravam-se em sobrepeso, 29 (32,2%) em obesidade grau I, nove (10%) em obesidade grau II e apenas 19 (21,1%) eram eutróficos. A média de IMC foi de $28,51 \pm 4,27$ kg/m². Com relação à dobra da pele do tríceps, esta variou de 10 a 40 mm no sexo masculino e de 10 a 50 mm no feminino, a média foi de $25,51 \pm 4,74$ mm para o homem e $28,22 \pm 5,90$ para a mulher. Observou-se que 40 (72,7%) mulheres e 33 (94,3%) homens apresentavam a dobra da pele do tríceps alterada, parâmetro que define a presença do DE investigado.

A dobra do tríceps alterada estava presente em 73 (81,1%) e o sobrepeso/obesidade 71 (78,8%).

Conclui-se, portanto, que o DE em estudo: “Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais” esteve presente em 82 (91,1%) dos pacientes da amostra do estudo (Figura 1).

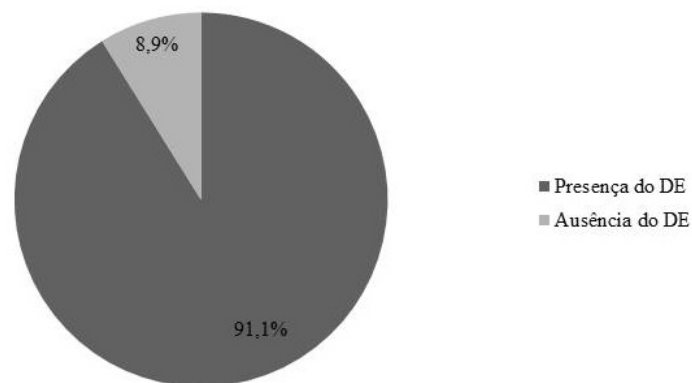


Figura 1 - Presença do DE “Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais em pacientes hipertensos” de acordo com as variáveis antropométricas IMC e dobra do tríceps. Fortaleza, CE, Brasil, 2015

O DE em estudo diagnóstico esteve associado ao sobrepeso ($p < 0,001$) e dobra do tríceps ($p < 0,001$), confirmando sua posição de características definidores maiores do diagnóstico. Quanto à análise da razão de chances, verificou-se que a chance de ter o DE era superior entre indivíduos hipertensos com sobrepeso (1,615) e com a dobra do tríceps alterada (1,667) (Tabela 1). O DE em estudo diagnóstico esteve associado ao sobrepeso ($p < 0,001$) e dobra do tríceps ($p < 0,001$), confirmando sua posição de características definidores maiores do diagnóstico. Quanto à análise da razão de chances, verificou-se que a chance de ter o DE era superior entre indivíduos hipertensos com sobrepeso (1,615) e com a dobra do tríceps alterada (1,667) (Tabela 1).

Tabela 1 - Associação entre o DE: “Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais” e as variáveis antropométricas sobrepeso e a dobra do tríceps. Fortaleza, CE, Brasil, 2015

	Diagnóstico de Enfermagem				Valor de p*	OR (IC 95%)**
	Presente		Ausente			
	n	%	n	%		
Sobrepeso					<0,001	
Sim	69	76,7	0	0		1,615 (1,115-2,259)
Não	13	14,4	8	8,9		1
Dobra do tríceps					<0,001	
Alterada	70	77,8	0	0		1,667 (1,165-2,384)
Não alterada	12	13,3	8	8,9		1

*p: teste Qui-quadrado de *Pearson*;

**OR: razões de chances – *Odds Ratio*.

No que tange às demais características definidoras e ao fator relacionado ao DE “Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais em pacientes hipertensos”, apresentados na Tabela 2, verificou-se que a inatividade física esteve presente em 52 (57,7%) dos pacientes. Dos 38 (42,2%) que realizavam atividade física, a caminhada foi a mais referida, com frequência de cinco vezes por semana.

Com relação à característica definidora de alimentar-se em resposta a estímulos internos além da fome, observou-se que foi predominante na amostra a não correlação a nenhuma sugestão interna, 62 (68,8%). No que se refere às sugestões externas, verificou-se que os pacientes deste estudo não tinham o costume de alimentar-se sem estar com fome, 59 (65,5%).

Tabela 2 - Distribuição dos indivíduos com hipertensão arterial segundo características definidoras e fator relacionado ao DE em estudo. Fortaleza, CE, Brasil, 2015

Características definidoras e fator relacionado	n	%
Atividade física (praticada ≥ 50 min e no mínimo 3 vezes por semana)		
Sim	38	42,2
Não	52	57,8
Alimenta-se em relação a sugestões internas além da fome		
Ansiedade	20	22,2
Estresse	11	12,2
Preocupação	18	20
Nenhum	62	68,8
Alimenta-se em resposta a sugestões externas		
Horário padrão da refeição	23	25,5
Situação social	14	15,5
Evento social	0	0
Nenhum	55	61,1
Associado a quais atividades costuma alimentar-se		
Televisão	40	44,4
Trabalho	1	1,1
Afazeres domésticos	4	4,4
Não associa a atividades	46	51,1
Alimenta-se além das necessidades metabólicas (mesmo sem fome ou continua a alimentar-se após sensação de completude)		
Não	59	65,5
Sim	31	34,5

Sobre a associação da alimentação com outras atividades, 46 (51,19%) responderam que nenhuma atividade era relacionada ao ato de alimentar-se; 40 (44,4%) alimentavam-se assistindo à televisão; quatro (4,4%) se alimentavam no momento que realizavam os afazeres domésticos e, apenas um (1,1%) se alimentava ao trabalho.

Em análise à alimentação diária habitual dos participantes do estudo, no café da manhã observou-se a predominância de consumo de alimentos dos grupos A (61: 67,7%), e E (54: 60%); no lanche da manhã: grupo B (48: 53,3%); almoço: grupos A (90: 100%) e D (79: 87,7%); lanche da tarde: grupo A (38: 42,2%); no jantar: grupos A (40: 44,4%) e C (24: 26,6); e na ceia: grupos B (14: 15,5%) e E (24: 26,6%) (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição do número de hipertensos, segundo alimentação diária habitual. Fortaleza, CE, Brasil, 2015

Refeições	*Grupo A		*Grupo B		*Grupo C		*Grupo D		*Grupo E		*Grupo F	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Café da manhã	61	67,7	14	15,5	-	-	-	-	54	60	-	-
Lanche da manhã	4	4,4	48	53,3	-	-	-	-	2	2,2	-	-
Almoço	90	100	43	47,7	73	81,1	79	87,7	-	-	-	-
Lanche da tarde	38	42,2	28	31,1	-	-	-	-	13	14,4	-	-
Jantar	40	44,4	11	12,2	24	26,6	14	15,5	13	14,4	-	-
Ceia	5	5,5	14	15,5	-	-	-	-	24	26,6	-	-

* Classificação segundo os grupos de alimentos da pirâmide alimentar: Grupo A: pão, arroz, cereais e massas; Grupo B: vegetais e frutas; Grupo C: carnes, aves, peixes e ovos; Grupo D: feijão e nozes; Grupo E: leite, iogurte e queijo; Grupo F: gorduras, óleos e doces.

A “técnica de alimentação diária habitual” foi utilizada para avaliar a ingestão de alimentos concentrados no final do dia, característica definidora do DE em estudo. Através dos achados se observou que os hipertensos tiveram uma predominância de 45 (50%) de alimentos do grupo A no final do dia, considerados alimentos energéticos e fornecedores de carboidratos e um baixo consumo de alimentos do grupo B, que incluem as frutas e as hortaliças. Sendo assim, encontrou-se na amostra uma ingestão de alimentos concentrados no final do dia.

● DISCUSSÃO

Uma das características definidoras do DE é o peso 20% acima do ideal para altura e compleição. A prevalência do presente estudo foi de participantes com sobrepeso 33 (36,7%). Existem várias maneiras de mensurar a obesidade, dentre elas destacam-se a realização do IMC e a aferição da CA, medidas objetivas, de baixo custo e de simples obtenção. Em outra pesquisa descritivo-analítica, de abordagem quantitativa realizada em uma Unidade da Estratégia de Saúde da Família de um município localizado no Sul de Minas Gerais, foi observado que os números de sobrepeso e obesidade também apareceram na grande maioria dos participantes com 158 (39,8%) e 141 (35,5%), respectivamente⁽¹⁰⁾.

Dentre as variáveis antropométricas, a CA foi superior para o sexo feminino, cerca de 50 (90,0%) das mulheres apresentaram alterações. Uma pesquisa realizada em Botucatu, estado de São Paulo, entre os anos de 2004 a 2008, encontrou que os participantes hipertensos apresentaram elevadas taxas de IMC, gordura corporal e CA⁽¹¹⁾.

Outra característica que define o diagnóstico é a “dobra do tríceps maior que 25 mm em mulheres e 15 mm em homens”. A dobra de pele do tríceps mostrou-se alterada na maioria dos participantes, principalmente naqueles do sexo feminino 40 (72,7%), sendo este um dos parâmetros que define a presença do DE investigado. A Dobra Cutânea Tricipital (DCT) é mais fidedigna do que o IMC no que se refere ao acúmulo de adiposidade, apontando, inclusive, o acúmulo de gordura periférica⁽¹²⁾.

Sabe-se que a obesidade, característica definidora importante, é revertida com mudança de estilo de vida, isto é, alimentação saudável e prática de exercícios físicos; atividades que devem ser estimuladas pelo enfermeiro durante a consulta de enfermagem, a fim de potencializar o tratamento do indivíduo⁽²⁾.

No que se refere à alimentação diária habitual, observou-se um elevado consumo de alimentos do grupo A, constatando a característica definidora padrão de alimentação disfuncional, tendo em vista que estes são alimentos que compõem a base da pirâmide alimentar, fontes de carboidratos, que devem ser consumidos em maior quantidade em relação aos demais grupos; entretanto, com equilíbrio, pois induzem o sobrepeso/obesidade por serem altamente energéticos⁽¹³⁾.

O consumo de carboidrato está inteiramente associado ao aumento da PA, pois estimula um aumento da insulina que, somado a reabsorção renal de sódio, ocasiona a hipertensão. Ademais, a obesidade pode estar associada à resistência à insulina e a hiperinsulinemia, aumentando a atividade do sistema nervoso simpático e da reabsorção tubular de sódio, influenciando os níveis da PA⁽¹¹⁾.

Verificou-se, também, o consumo relativamente baixo de frutas e hortaliças. Dado este preocupante, pois as frutas e as hortaliças são fontes ideais de vitaminas, minerais e fibras que ajudam na regulação de várias reações do organismo⁽⁹⁾. Estudos evidenciam que uma alimentação rica em hortaliças, frutas e laticínios oferecem nutrientes como potássio, fibras e cálcio, satisfatórios na redução da PA. No entanto, o consumo de gorduras saturadas, sódio e carboidrato refinado (carne e carboidratos) apresentaram insatisfatórios em sua redução⁽¹¹⁾.

Estudo realizado na cidade de Ibatiba que avaliou o consumo alimentar da população adulta identificou que os problemas da alimentação inadequada expõe a população à ocorrência de enfermidades crônicas como as doenças cardiovasculares. A dieta habitual dos adultos analisados consistia em gorduras animais, açúcar e alimentos refinados, em detrimento ao consumo de frutas, que são fontes ricas de fibras⁽¹³⁾.

A alimentação dos hipertensos foi analisada para detectar a presença da característica definidora do DE: “ingestão de alimentos concentrados no final do dia”. Constatou-se que a predominância dos alimentos consumidos no jantar e na ceia eram, respectivamente, do Grupo A 40 (44,4 %) e do Grupo

E 24 (15,5 %) e baixo consumo de alimentos do Grupo B, isto é, a alta incidência de alimentos ricos em carboidratos e o baixo consumo de frutas e hortaliças, afirmando a característica definidora.

Com relação à característica definidora “sugestões externas a estímulos alimentares”, obteve-se que 55 (61,1%) não se alimentavam em resposta a estímulos externos; apenas 23 (25,5%) respeitavam um horário padrão da refeição; enquanto 14 (15,5%) comiam em estímulo a situações sociais. Quando questionados, a maioria dos participantes expôs que se alimentava apenas quando tinha fome. No tocante aos estímulos internos; 62 (68,8%) não apresentavam diferença na alimentação quando expostos aos estímulos; apenas 20 (22,2%) ingeriam mais alimentos quando se sentiam ansiosos; 11 (12,2%) estressados e 18 (20%) preocupados. Alguns participantes afirmaram que os sentimentos descritos agiam como depressores da fome, atuando de maneira contrária do esperado. Portanto, as características definidoras “comer em respostas a estímulos externos” e “comer em resposta a estímulos internos que não a fome” não foram prevalentes neste estudo.

Um estudo realizado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de Porto Firme, estado de Minas Gerais, com 26 hipertensos, encontrou que estes apresentavam efeitos psicológicos negativos, tais como: sensação de medo e preocupação pelas possíveis complicações da doença e, principalmente, pela imposição da mudança no estilo de vida. Aproximadamente 70% dos indivíduos apresentaram sintomas relacionados ao nervosismo. Cerca de 30% destes faziam uso de antidepressivos regularmente. Os participantes apontavam aspectos positivos na mudança de estilo de vida e na prática de alimentação saudável, visto que diminuía os sintomas da doença. Foi evidenciado, inclusive, que o apoio familiar estimula a aderência à alimentação adequada, principalmente quando a família adere ao hábito juntamente com o paciente⁽¹⁴⁾.

Com relação à característica definidora de associação da alimentação com outras atividades, 40 (44,4%) alimentavam-se assistindo televisão; quatro (4,4%) realizando afazeres domésticos e 46 (51,1%) não associavam a alimentação com outras atividades.

Alimentar-se assistindo à televisão ou realizando qualquer outra atividade concomitantemente faz com que não se tenha percepção do quanto se está comendo, o que leva a um consumo maior do que o habitual, além do que a distração e o baixo envolvimento com o ato de alimentar-se reduz a sensação de saciedade percebida no sistema nervoso central⁽¹⁵⁾.

Há relatos que a televisão é uma companheira durante as refeições, principalmente porque os integrantes da família não podem se reunir com frequência pela exigência do trabalho ou dificuldade em conciliar horários comuns. Portanto, as pessoas ficam a mercê de propagandas de produtos atrativos, mas nem sempre nutritivos. Vale ressaltar que as pessoas carentes de educação são mais vulneráveis à influência da mídia e, quando somados a preços acessíveis, os produtos ficam ainda mais atrativos. Um estudo observacional evidenciou que 85% dos produtos alimentícios de propagandas são ricos em açúcares, óleos e gorduras, substâncias presentes no topo da pirâmide alimentar. Observou-se também que não houve nenhum comercial incentivando o consumo de frutas e hortaliças⁽¹⁶⁾.

Com relação à característica definidora estilo de vida sedentário, esta foi predominante entre os participantes desta pesquisa, com 52 (57,8%) não realizando atividade física. A Atividade Física (AF) é definida como qualquer movimento corporal que induza um gasto energético acima dos níveis de repouso. Várias evidências científicas afirmam que a atividade física é um fator protetor para a HAS. Os estudos demonstram que a AF em intensidade moderada, variando de 150 a 285 minutos por semana, é uma boa estratégia de prevenção. Os mecanismos que promovem essa proteção são: diminuição dos níveis de insulina; redução dos níveis de catecolaminas e liberação de substâncias vasodilatadoras na circulação⁽¹⁷⁾.

Como descrito nos resultados, 82 (91,1%) dos participantes apresentavam o DE. Um estudo realizado com 67 idosos residentes no interior paulista teve como objetivo evidenciar os principais diagnósticos de enfermagem, dentre eles destacou-se a Nutrição desequilibrada mais do que as necessidades corporais com a prevalência de 32 (47,7%) dos participantes e a tristeza crônica 24 (35,8%), entre outros. Comprovando assim, a importância da atuação do enfermeiro no manejo da obesidade, sedentarismo e avaliação dos fatores que os determinam, como os sentimentos que potencializam a não adesão ao regime terapêutico, culminando em um maior risco de mortalidade⁽¹⁸⁾.

● CONCLUSÃO

No presente estudo, o DE esteve presente na maioria dos entrevistados e as características definidoras maiores evidenciaram associação significativa com o DE através dos cálculos estatísticos. Dentre as limitações enfrentadas no estudo, as principais foram a escassez literária sobre as características, bem como sobre o diagnóstico em estudo.

Sugere-se que estudos futuros possam ser realizados tomando como objeto de investigação este diagnóstico de enfermagem ainda pouco explorado, de modo a superar as limitações apresentadas neste estudo, com amostras mais representativas e estudos longitudinais que possam explicar as associações encontradas neste estudo.

Portanto, conclui-se que os hipertensos necessitam de melhor monitoramento do ganho ponderal, orientação alimentar mais eficaz, maior incentivo para a prática de atividade física e maior atenção por parte dos enfermeiros durante a consulta. Dessa forma, poder-se-á reduzir as características definidoras e os fatores relacionados e, conseqüentemente, o DE: “nutrição desequilibrada mais do que as necessidades corporais” em pacientes hipertensos.

● REFERÊNCIAS

1. Pires CGS, Mussi FC. Crenças em saúde sobre a dieta: uma perspectiva de pessoas negras hipertensas. *Rev. esc. enferm. USP.* 2012; 46(3): 580-9.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
3. Agena F, da Silva GCA, Pierin AMG. Monitorização residencial da pressão arterial: atualidades e papel do enfermeiro. *Rev. esc. enferm. USP.* 2011; 45(1): 258-63.
4. Borges JWP, Pinheiro NMG, de Souza ACC. Hipertensão comunicada e hipertensão compreendida: saberes e práticas de enfermagem em um Programa de Saúde da Família de Fortaleza, Ceará. *Ciênc. saúde coletiva.* 2012; 17(1): 179-89.
5. Alfaro-LeFreve R. Aplicação do processo de enfermagem: fundamento para o raciocínio clínico. 8ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.
6. NANDA Internacional. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017. 10ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2015.
7. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Guia alimentar para a população brasileira. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
8. Carpenito-Moyet JL. Manual de Diagnósticos de enfermagem. 13ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.
9. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília; 2012.
10. da Silva PCS, Fava SMCL, Machado JP, Bezerra SMMS, Gonçalves MPT, Veiga EV. Alimentação e qualidade de vida relacionada à saúde de pessoas com hipertensão arterial sistêmica. *Rev Rene.* 2014;15(6):1016-23.
11. de Oliveira EP, de Camargo KF, Castanho GKF, Nicola M, Portero-mclellan KC, Burini RC. Variedade da Dieta é Fator Protetor para a Pressão Arterial Sistólica Elevada. *Arq. Bras. Cardiol.* 2012; 98(4): 338-43.
12. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Caderno de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Obesidade. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
13. Carvalho EO, da Rocha EF. Consumo alimentar de população adulta residente em área rural da cidade de Ibatiba. *Ciênc. saúde coletiva.* 2011; 16(1): 179-85.

14. Ribeiro AG, Cotta RMM, Ribeiro SMR, Dias CMGC, Araújo RMA. Representações sociais de mulheres portadoras de hipertensão arterial sobre sua enfermidade: desatando os nós da lacuna da adesão ao tratamento na agenda da Saúde da Família. *Physis*. 2011; 21(1): 87-112.
15. Sena RA, Prado SRLA. Obesidade infantil relacionado a hábitos de vida e práticas alimentares. *Rev Enferm UNISA*. 2012; 13(1): 69-73.
16. Santos CC, Stuchi RAG, Arreguy-sena C, Pinto NAVD. A influência da televisão nos hábitos, costumes e comportamento alimentar. *Cogitare Enferm*. [Internet] 2012; 17(1) [acesso em 22 nov 2015]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v17i1.26376>.
17. Pitanga FJG, de Almeida LAB, Freitas MM, Pitanga CPS, Beck CC. Atividade física como discriminador da ausência de hipertensão arterial em homens adultos. *Rev Bras Med Esporte*. 2014; 20(6): 456-60.
18. Marin MJS, Rodrigues LCR, Druzian S, Cecílio LCO. Diagnóstico de enfermagem de idosos que utilizam múltiplos medicamentos. *Rev. esc. enferm. USP*. 2010; 44(1): 47-52.