

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM-FFOE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

NIRLA GOMES GUEDES

ACURÁCIA DAS CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS DO DIAGNÓSTICO
DE ENFERMAGEM “ESTILO DE VIDA SEDENTÁRIO” EM
PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL

FORTALEZA

2008

NIRLA GOMES GUEDES

ACURÁCIA DAS CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS DO DIAGNÓSTICO
DE ENFERMAGEM “ESTILO DE VIDA SEDENTÁRIO” EM
PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL

Dissertação submetida à Coordenação do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Tecnologia de Enfermagem na Promoção de Saúde.

Área de concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Marcos Venícios de Oliveira Lopes

FORTALEZA

2008

NIRLA GOMES GUEDES

ACURÁCIA DAS CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM “ESTILO DE VIDA SEDENTÁRIO” EM PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL

Dissertação submetida à Coordenação do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em: 12/12/2008

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Marcos Venícios de Oliveira Lopes (Orientador)
Universidade Federal do Ceará – UFC

Profª. Dra. Maria Vilani Cavalcante Guedes
Universidade Estadual do Ceará – UECE

Profª. Dra. Thelma Leite de Araujo
Universidade Federal do Ceará – UFC

Profª. Dra. Emília Soares Chaves
Universidade de Fortaleza – UNIFOR

Dedico este trabalho a Deus, por guiar todos os meus passos e sempre renovar, em meu coração, a vontade de lutar, a força para vencer e a alegria de viver.

AGRADECIMENTOS

À minha querida mãe, Suely, por todos os sacrifícios pessoais dedicados a mim, pelo seu amor incondicional e por me mostrar que na vida podemos o quanto queremos. Mãinha, amo muito você!

Ao meu pai, Niltinho. Sei que você se sente feliz por essa conquista. Obrigada, painho!

Aos meus irmãos, Cristiane, Tatiane, Suiane, Nilton e Davi, por constituírem minha amada família e pela certeza que estaremos sempre unidos.

Ao meu amado esposo, Paulo, pela compreensão nos momentos de ausência, por compartilhar meus planos e por oferecer um amor grandioso que me faz mais feliz.

Ao professor Marcos, minha mais sincera gratidão, pelo acolhimento, compreensão, disponibilidade, e conhecimento embasador para os meus próximos objetivos.

Às minhas amigas de graduação e mestrado, Rafaella, Tahissa e Hérica, pela torcida sincera, pela amizade edificada nos mais variados momentos. Valeu, amigas!

À Larissa e Iane que gentilmente, dedicaram tempo para contribuir na coleta de dados. Muito obrigada. A ajuda de vocês foi essencial.

À Cynthia pela dedicação na construção desse trabalho. Obrigada.

À Ana Luisa, Allyne e Aline, pela disponibilidade. O apoio de vocês foi fundamental.

Às professoras Thelma Leite de Araujo, Maria Vilani Cavalcante Guedes e Emília Soares Chaves, pelas importantes contribuições para o aprimoramento desse trabalho.

À bibliotecária Norma Linhares, da Biblioteca de Ciências da Saúde da UFC, pela correção das referências bibliográficas.

Aos participantes do estudo, pela disponibilidade, confiança e colaboração imprescindível a este trabalho.

À Sra. Elsie Studart Gurgel de Oliveira que, gentilmente, fez a revisão final deste trabalho.

RESUMO

Diante da crescente preocupação global, em relação à inatividade física, a taxonomia da NANDA publicou, em 2006, o diagnóstico de enfermagem “Estilo de vida sedentário” (EVS). A identificação de indicadores clínicos (características definidoras), com boa predição, contribuirá para uma maior acurácia, melhorando a confiabilidade da inferência diagnóstica. Colocada a questão sob a ótica da relação direta entre o estilo de vida sedentário e os níveis de pressão arterial, o estudo se propôs a: identificar a prevalência do diagnóstico EVS em pacientes portadores de hipertensão arterial (HA), bem como das características definidoras (CD) e dos fatores relacionados (FR); verificar a reprodutibilidade das CD e FR, para o estabelecimento do diagnóstico EVS; determinar a sensibilidade, a especificidade e o valor preditivo das CD do diagnóstico EVS. Estudo transversal, realizado com 310 indivíduos acompanhados em um centro de atendimento ambulatorial, em Fortaleza-CE. A coleta de dados ocorreu no período de novembro/2007 a março/2008. Os critérios de inclusão foram: ter o diagnóstico médico de HA; estar cadastrado no programa; e ter idade entre 18 e 69 anos. Os dados foram coletados a partir de um formulário submetido a um pré-teste, por meio de entrevista. Os instrumentos preenchidos foram submetidos a três avaliadores que decidiram quanto à presença ou ausência do diagnóstico EVS e de seus indicadores clínicos. Os dados foram compilados no software Excel e analisados pelo programa SPSS versão 15.0. O nível de significância adotado no estudo foi 5%. Todas as recomendações éticas foram cumpridas. A população mostrou-se predominantemente feminina, aposentada, procedente da capital, de religião católica, vivendo com companheiro, apresentando excesso de peso e diabetes mellitus. Metade da amostra tinha até 56 anos, frequentou a escola não além do ensino fundamental completo, possuía renda per capita de até R\$ 253,33 e com diagnóstico de hipertensão arterial há mais de 10 anos. Na amostra, segundo classificação do IPAQ, 40% exibiam nível baixo de atividade física. Após o julgamento dos avaliadores, a CD mais frequente entre os pacientes portadores de HA foi “demonstra falta de condicionamento físico”. Os FRs de maior e menor prevalência foram “falta de treino para fazer o exercício” e “conhecimento deficiente sobre os benefícios que a atividade física traz à saúde”, respectivamente. A prevalência do EVS foi de 60%, em associação à idade, à presença de diabetes e com todas as CD e FR, à exceção do “conhecimento deficiente sobre os benefícios que a atividade física traz à saúde”. A CD mais sensível e com maior valor preditivo negativo foi “demonstra falta de condicionamento físico”, enquanto “escolhe rotina diária sem exercício físico” e “verbaliza preferência por atividade com pouco exercício físico” apresentaram-se mais específicas e com maiores valores preditivos positivos. As variáveis “demonstra falta de condicionamento físico”, “verbaliza preferência por atividade com pouco exercício físico” e “falta de treino para fazer exercícios”, em conjunto, foram identificadas como preditores com poder de identificação do EVS de 85,2%. O estudo forneceu uma direção para a eficiência diagnóstica de indicadores clínicos para o “estilo de vida sedentário”. Faz-se necessário que os enfermeiros se apropriem desse diagnóstico em diferentes contextos, facilitando a promoção de intervenções mais efetivas e, conseqüentemente, diminuindo o desenvolvimento de complicações advindas dessa resposta humana em portadores de HA.

Palavras-chave: Estilo de vida; Exercício; Hipertensão; Diagnóstico de Enfermagem.

ABSTRACT

Facing the increasing global concern related to the physical inactivity, the NANDA taxonomy published in 2006 the nursing diagnosis 'Sedentary lifestyle' (SL). The identification of clinical indicators (defining characteristics), with good prediction, will contribute to a better accuracy, improving the reliability on the diagnostic inference. Having seen the question from the view of the direct relation between the sedentary lifestyle and the pressoric levels, the study aimed to: identify the prevalence of the SL diagnosis in patients with arterial hypertension (AH), as well as the defining characteristics (DC) and the related factors (RF); verify the reproductibility of the DC and RF, to the establishment of the SL diagnosis in patients with AH; determine the sensitivity, the specificity and the predictive value of the DC in the SL diagnosis in patients with the AH. A transversal study done amongst 310 individuals accompanied in one of the ambulatory and practice centers in Fortaleza- CE. The data collection occurred within the period of November, 2007 and March, 2008. The including criteria were: have the AH medical diagnosis; be registered in the program; and be aged between 18 and 69. The data were taken from a form, which had been subjected to a pre-test, through interview. Three evaluators have taken part in the study, they have also decided whether the SL diagnosis and their clinical indicators should be absent or not. The data were compiled in the Excel software and analysed through the SPSS program 15.0 version. The level of significance adopted in the study was of 5%. All ethical recommendations were fulfilled. The population showed it was mostly feminine, retired, proceeded from the capital city, catholic, living with a partner, presented excess of diabetes mellitus. Half of the sample had been up to 56 years old, had attended school no more than the primary school years, had had *per capita* income up to R\$ 253.33 and had also been presenting the arterial hypertension diagnosis for more than 10 years. The sample showed, according to the IPAQ classification, 40% showed low level of physical activity. After the evaluators judgement, the DC that was most frequent amongst the patients with AH was "one presents lack of physical condition". The FRs with most and least prevalence were "lack of practice in order to do exercises" and "the impaired awareness about the benefits that the physical activity brings to health", respectively. The prevalence of the SL was of 60% associated to the age, to the presence of diabetes and all the DCs and RFs, apart from the "impaired awareness about the benefits that the physical activity brings to health". The most sensitive DC and the one with the greatest predictive negative values was "one presents lack of physical condition", whereas "one chooses daily routine without physical exercise" and "one verbalises preference for activity with little physical activity" were more specified and with the most predictive positive values. The variables "one presents lack of physical condition", "one verbalise preference for activity with little physical activity" and "lack of practice in order to do exercises", as a whole, were identified as predictors with the SL identifying power of 85.2%. The study gave us a direction towards the diagnostic efficiency for the clinical indicators for the "sedentary lifestyle". It is necessary that nurses take this diagnosis into account, in different contexts, in order to facilitate the promotion of more effective interventions and, consequently, having less complications derived from this response in people with AH.

Key-words: Life style; Exercise; Hypertension; Nursing diagnosis

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|-----------|
| 1. Distribuição de pessoas portadoras de hipertensão arterial atendidas em um centro especializado, segundo dados sócio-demográficos. Fortaleza, 2008 | 28 |
| 2. Distribuição dos dados clínicos de pessoas portadoras de hipertensão arterial, atendidas em um centro especializado. Fortaleza, 2008 | 29 |
| 3. Distribuição da concordância dos avaliadores, quanto a presença ou ausência do diagnóstico de enfermagem (DE) Estilo de vida sedentário, de suas características definidoras (CD), das pistas das características definidoras e dos fatores relacionados (FR). Fortaleza, 2008 | 30 |
| 4. Distribuição da presença ou ausência do diagnóstico de enfermagem (DE) Estilo de vida sedentário, de suas características definidoras (CD), dos fatores relacionados (FR) e das pistas para as características definidoras. Fortaleza, 2008 | 32 |
| 5. Distribuição dos pacientes portadores de hipertensão arterial, segundo os dados sócio-demográficos e ocorrência do diagnóstico de enfermagem Estilo de vida sedentário. Fortaleza, 2008 | 33 |
| 6. Distribuição dos pacientes portadores de hipertensão arterial, segundo os dados clínicos e ocorrência do diagnóstico de enfermagem Estilo de vida sedentário. Fortaleza, 2008 | 34 |
| 7. Distribuição da sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo, valor preditivo negativo das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Estilo de vida sedentário, em pacientes portadores de HA. Fortaleza, 2008 | 36 |
| 8. Regressão logística para fatores preditores da presença do diagnóstico de enfermagem Estilo de vida sedentário, identificado em pessoas com hipertensão arterial. Fortaleza-CE, 2008 | 36 |

LISTA DE QUADROS

1. Fórmulas para o cálculo dos gastos energéticos estimados em METs minutos por semana, segundo seções do IPAQ - forma longa, 2005..... **22**
2. Critérios para seleção de avaliadores..... **25**

SUMÁRIO

| | | |
|------------|--|----|
| | LISTA DE TABELAS | 7 |
| | LISTA DE QUADROS | 8 |
| 1 | INTRODUÇÃO | 10 |
| 2 | OBJETIVOS | 16 |
| 2.1 | Geral | 16 |
| 2.2 | Específicos | 16 |
| 3 | MATERIAIS E MÉTODOS | 17 |
| 3.1 | Desenho do estudo | 17 |
| 3.2 | Local do estudo | 17 |
| 3.3 | População e amostra | 18 |
| 3.4 | Período de coleta de dados | 19 |
| 3.5 | Formulário para coleta de dados | 20 |
| 3.6 | Organização e análise dos dados | 25 |
| 3.7 | Aspectos éticos e administrativos | 27 |
| 3.8 | Financiamento da pesquisa | 28 |
| 4 | RESULTADOS | 28 |
| 5 | DISCUSSÃO | 38 |
| 6 | CONCLUSÕES | 59 |
| | REFERÊNCIAS | 62 |
| | APÊNDICES | 76 |
| | ANEXOS | 92 |

1 INTRODUÇÃO

O sistema de classificação de diagnósticos de enfermagem da *North American Nursing Diagnosis Association* – NANDA é um dos mais divulgados e de maior aplicabilidade no âmbito mundial. Esse sistema oferece uma linguagem padronizada a ser utilizada no processo, no produto do raciocínio e no julgamento clínico acerca dos problemas de saúde ou dos processos vitais (GARCIA; NÓBREGA, 2004).

No Brasil, é crescente a preocupação em aperfeiçoar e legitimar os elementos que fazem parte da taxonomia da NANDA, bem como em aumentar sua capacidade de generalização e de predição (GARCIA, 1998). Segundo Parker e Lunney (1998), a identificação de indicadores clínicos, com boa predição para um diagnóstico de enfermagem específico, contribuirá com uma maior acurácia, aumentando, assim, a confiabilidade da inferência diagnóstica. Neste âmbito, o termo indicador clínico tem sido utilizado como sinônimo de características definidoras, evidência clínica e sinais e sintomas (CHANG; UMAN; HIRSCH, 1998).

A capacidade de predição está relacionada à acurácia de uma variável que consiste na capacidade de a mesma realmente representar o que ela deveria representar, refletindo o grau em que os achados permitem inferências corretas (HULLEY; MARTIN; CUMMINGS, 2006). No campo da pesquisa com diagnósticos de enfermagem, a acurácia é o julgamento sobre o grau com que uma afirmação diagnóstica corresponde aos dados da situação real do paciente.

Destarte, a identificação da acurácia das características definidoras procedida por enfermeiros, para estabelecer o diagnóstico, torna-se fundamental para melhor compreensão desse processo, uma vez que a escolha adequada das intervenções e a projeção segura de resultados dependem, diretamente, da acurácia dos diagnósticos enunciados (CARLSON-CATALANO, 2004). A par disso, as interpretações de baixa acurácia podem negligenciar problemas reais ou potenciais, acarretando prejuízos ao paciente (LUNNEY; PARADISO, 1995).

As características definidoras são entendidas como o conjunto de sinais e sintomas que asseguram a presença de um determinado diagnóstico. São evidências clínicas que precisam ser estudadas quanto à representação na prática (GARCIA, 1998). Para tanto, estudos em populações e situações clínicas diversas têm capital importância, uma vez que a inferência diagnóstica acurada aumenta a efetividade dos cuidados, ao prescrever ações de

enfermagem específicas e orientadas à resolução e/ou controle dos problemas identificados (TORRES ESPERÓN; PEREZ SÁNCHEZ, 2002).

Neste âmbito, faz-se necessária, a validação de categorias diagnósticas, considerando que são prováveis os problemas de linguagem, por terem sido desenvolvidos e baseados em outras culturas, carecendo, assim, de reconstrução dentro de um enfoque transcultural (CHANG; UMAN; HIRSCH, 1998). Deste modo, a análise da sensibilidade, especificidade e do valor preditivo das características definidoras são aspectos que podem contribuir para a validação desse processo.

O diagnóstico de enfermagem “Estilo de vida sedentário” foi incluído na NANDA, em 2004 e publicado em 2006, tornando-se o primeiro da taxonomia II validado por estudiosos espanhóis (GUIRAO-GORIS; PINA; CAMPO, 2000; NANDA, 2006). O interesse pela validação surgiu em decorrência da falta de etiquetas diagnósticas, nas taxonomias anteriores, que referissem respostas humanas, significativas de um hábito de vida, com atividade física insuficiente.

A validação do diagnóstico “Estilo de vida sedentário” ocorreu em 1999/ 2000, sendo realizada em três etapas, com base em opiniões de nove especialistas nessa questão, segundo o método de Fehring (1987). Na primeira etapa, foi entregue aos especialistas a documentação do estudo, contendo informações sobre a importância da atividade física, os diagnósticos de enfermagem existentes, os métodos de validação de novas categorias diagnósticas e o método de investigação a ser utilizado. Em seguida, foi entregue aos especialistas o documento de investigação, contendo três partes: 1- Definição da categoria diagnóstica: “Resposta humana que supõe um hábito de vida caracterizado por uma baixa atividade física, podendo significar risco para a saúde”. A partir dessa definição, os especialistas deveriam sugerir nomes para a categoria diagnóstica; 2- Espaço para serem enumeradas as manifestações passíveis de ocorrência com maior frequência na prática clínica (características definidoras); 3- Espaço para citação dos possíveis fatores etiológicos que poderiam mais frequentemente, desencadear essa situação na prática clínica (fatores relacionados). As sugestões foram enviadas para a equipe pesquisadora.

Na segunda etapa, após a análise e categorização das respostas, foi reenviada para cada especialista a resposta prévia, a fim de que, pós enumeração, atribuissem valores, em ordem de representatividade, às categorias diagnósticas e às características definidoras sugeridas, segundo a técnica Delphi (GRANT; KINNEY, 1992). Ademais, ao final do questionário entregue aos especialistas, foram apontados os fatores relacionados, propostos na etapa anterior, e aberto espaço para acréscimos de novas opções. A segunda etapa foi

concluída com o envio das respostas aos especialistas. Após a pontuação, realizou-se o cálculo dos pesos, obtendo-se aquilo que se denomina Validade do Conteúdo Diagnóstico (VCD) e índice de validade do conteúdo.

Na terceira etapa, foi finalizado o processo de validação, conhecendo-se, então, o consenso dos especialistas para a nomeação diagnóstica, as características definidoras e os fatores relacionados. O índice de validade do conteúdo diagnóstico foi considerado alto (0,84). Os resultados da investigação foram enviados ao Conselho Internacional de Enfermeiras, no intuito de uma possível inclusão na NANDA.

Após alguns reajustes, a taxonomia da NANDA, publicada em 2006 incluiu esse novo diagnóstico em sua taxonomia. Pertence ao domínio 4 – Atividade/Repouso, à classe 2 – Atividade/Exercício, e tem como definição: “Um hábito de vida que se caracteriza por um baixo nível de atividade física” (NANDA, 2008).

Pouco à mostra a crescente preocupação global, em relação ao sedentarismo, Damewood e Carlson-Catalano (2000), em estudo semelhante ao de validação do diagnóstico “Estilo de vida sedentário”, apontaram a necessidade de acrescentar na taxonomia da NANDA um diagnóstico que representasse melhor uma atividade física insuficiente, uma vez que as categorias existentes, tais como, “Intolerância à atividade”, “Fadiga”, “Mobilidade física prejudicada” e “Déficit para o autocuidado”, eram baseadas em indivíduos com alguma inabilidade física. De tal forma, ditos autores propuseram o “Déficit de atividade física” como categoria diagnóstica, sugerindo, também, características definidoras e fatores relacionados.

Todavia, face à recente inclusão desses elementos na taxonomia da NANDA, o número de estudos que encaram o estilo de vida sedentário, enquanto diagnóstico de enfermagem, continua restrito. Por outro lado, há preocupações mundiais quanto a este hábito de vida, uma vez que ele se constitui um indicador de risco à saúde, capaz de acarretar profundas conseqüências negativas à vida de indivíduos, famílias e comunidades.

Estimativas nacionais apontam para um alto índice de sedentarismo na população brasileira, com mais da metade das pessoas exercendo pouca ou nenhuma atividade física. Hábitos de vida sedentários têm sido a tônica de debates nos grandes centros urbanos (BRASIL, 2002).

Spinel e Püschel (2007) afirmam que a alta incidência de doenças cardiovasculares está, em parte, relacionada ao fato de ser encontrada na população, um estilo de vida que propicia o desenvolvimento de indicadores de risco, os quais contribuem para o aumento do número de indivíduos acometidos por essas doenças.

Em estudo multicêntrico, realizado em 15 capitais brasileiras, contemplando faixa etária de 15 a 69 anos, Fortaleza ocupou o quarto lugar no percentual de indivíduos insuficientemente ativos, totalizando 42%, em sua maioria do sexo feminino, entre 50 e 69 anos de idade e com ensino fundamental incompleto (BRASIL, 2003).

Sabe-se, ainda, que o estilo de vida sedentário é responsável por, aproximadamente, dois milhões de mortes no mundo. Anualmente, estima-se que ele seja responsável por 10% a 16% dos casos de câncer de cólon, mama e de diabetes e 22% das doenças isquêmicas do coração (BRASIL, 2003). Além disso, a inatividade física acarreta um alto custo econômico. Segundo os dados do Center for Disease Control and Prevention (CDC), só nos Estados Unidos, em 2000, o sedentarismo foi responsável por um gasto de 76 bilhões de dólares em custos médicos, pelo que combatê-lo deve ser uma prioridade na saúde pública (CDC, 2004).

Estimativas indicam que a mudança de hábitos sedentários para estilo de vida ativo, implica incremento médio de expectativa de vida de 2,15 anos (OLIVEIRA FILHO; SALLES; SALVETTI, 2005). Estudos controlados evidenciam que aqueles que entram em um programa de atividade física diminuem em 25% o risco de morte (ALVES *et al.*, 2005).

Apesar dessas evidências científicas, parte da humanidade assume um estilo de vida sedentário. Dados do IBGE confirmam que, no Brasil, a sua população exibe um alto nível de sedentarismo, com mais de 80% dos indivíduos adultos totalmente sedentários. Ademais, 9,2% desses são pouco ativos (praticam exercícios uma vez por semana) e somente 7,9% têm atividade física regular, três vezes por semana (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA -SBC, 2008).

Em uma revisão sistemática sobre a atividade física no Brasil, Hallal *et al.* (2007) afirmaram que os índices de sedentarismo diferiram, amplamente, entre os estudos realizados, variando conforme o instrumento utilizado, a localização do estudo, a composição da amostra e os domínios estudados (atividades físicas no trabalho; como meio de transporte; como tarefas domésticas e atenção à família; atividades física de recreação, esporte, exercício ou lazer). A prevalência de sedentarismo, entre os estudos, oscilou de 26,7% a 78,2%, considerando a atividade física em dois ou mais domínios. Quando considerada apenas a atividade física realizada no tempo de lazer, esta prevalência varia de 55,3% a 96,7%.

Em um estudo com objetivo de identificar a prevalência do sedentarismo e fatores associados, com uma amostra representativa das regiões Sul e Nordeste do Brasil, envolvendo 8063 indivíduos, 31,8% foram considerados sedentários (SIQUEIRA *et al.*, 2008). Em outro estudo, a prevalência de indivíduos classificados como inativos fisicamente foi de 57,4% (BARETTA; BARETTA; PERES, 2007). Pitanga e Lessa (2005), em uma amostra

representativa da cidade de Salvador, com 2.292 pessoas, encontraram que a prevalência do sedentarismo no lazer foi de 72,5%.

Complementarmente, um estudo de base populacional, realizado no município de Goiânia, com o objetivo de estimar a prevalência da hipertensão arterial (HA) e de alguns indicadores de risco cardiovasculares, mostrou que, das 1.739 pessoas avaliadas, a prevalência de hipertensão arterial foi de 36,4% e que em 62,3% da população, o sedentarismo estava presente (JARDIM *et al.*, 2007).

Atualmente, já está bem estabelecido que uma rotina diária com exercícios físicos ajuda na prevenção e reabilitação de doenças cardiovasculares, face aos efeitos benéficos que proporciona sobre o sistema cardiovascular e sobre o controle dos demais indicadores de risco (ALVES *et al.*, 2005; BADELL; COTILLA; CARMONA, 2005; KRINSKI *et al.*, 2006; SIQUEIRA *et al.*, 2008). Em estudo que avaliou 7.337 indivíduos, foi observado que as taxas de doença cardiovascular foram reduzidas em 19%, 38% e 40% nos grupos que realizaram atividade física considerada fraca, moderada e intensa, respectivamente (THOMPSON; BUCHNER; PIÑA, 2003).

Sabe-se, ainda, que o estilo de vida sedentário aumenta com a idade, quando também aumenta, naturalmente, a incidência de hipertensão arterial e outras doenças cardiovasculares, encontrando-se que apenas 34% dos homens e 27% das mulheres com mais de 65 anos de idade escolhem uma rotina diária com exercício físico (DIOGUARDI *et al.*, 2005).

Observa-se que uma rotina diária adequada e sistematizada de exercício físico acarreta uma diminuição da mortalidade cardiovascular de 30%. Ao contrário, indivíduos normotensos, com uma rotina diária sem exercício físico acumulam entre 20% e 50% risco maior de desenvolverem hipertensão arterial, quando comparados com indivíduos fisicamente ativos (BADELL; COTILLA; CARMONA, 2005).

A atividade física constitui um dos principais pilares do tratamento não farmacológico de pacientes portadores de hipertensão arterial, além de prolongar a longevidade e proteger contra o desenvolvimento de diversas outras doenças (BADELL; COTILLA; CARMONA, 2005). Estudos realizados evidenciam uma relação inversa entre quantidade total de atividade física e incidência da hipertensão arterial (FAGARD, 2005). O efeito hipotensor do exercício físico é maior, quanto maiores forem os níveis de pressão arterial iniciais (CORNELISSEN; FAGARD, 2005).

Em 44 estudos randomizados e controlados, com 2.674 indivíduos para avaliar a relação exercício e pressão arterial em repouso, encontrou-se redução da média de pressão

sistólica (3,4 mmHg em geral; 2,6 mmHg em normotensos; 7,4 mmHg em hipertensos) e da pressão diastólica (2,4mmHg em geral; 1,8 mmHg em normotensos; 5,8 mmHg em hipertensos) (FAGARD, 2001). Outros estudiosos relataram redução de 10 mmHg na pressão sistólica e de 7,5 mmHg na pressão diastólica com treinamento (KOKKINOS; PAPADEMETRIOU, 2000), enquanto com exercícios aeróbicos houve redução pressão arterial de 3/3 mmHg em normotensos, 6/7 mmHg em hipertensos limítrofes e 10/8 mmHg em hipertensos (LOPES; BARRETO-FILHO; RICCIO, 2003).

Diante do exposto, percebe-se que o problema de um estilo de vida sedentário, como indicador de risco cardiovascular é bem discutido, não obstante a literatura ser escassa, a respeito de estudos que envolvem esse hábito de vida, enquanto fenômeno de enfermagem.

Partindo desse pressuposto, surgiram os seguintes questionamentos: Qual a prevalência do diagnóstico “Estilo de vida sedentário” em portadores de hipertensão arterial? Quais as características definidoras e fatores relacionados mais prevalentes? Quais as características definidoras que melhor predizem a presença do diagnóstico?

O conhecimento da relação direta que existe entre o estilo de vida sedentário e os níveis de pressão arterial, só faz ressaltar a importância deste estudo, alicerçado na compreensão da necessidade de pesquisas que determinem a acurácia diagnóstica em populações específicas, a exemplos dos portadores de hipertensão arterial, uma vez que desta acurácia depende a adequação das intervenções escolhidas e, portanto, a qualidade da assistência de enfermagem disponibilizada.

Para responder a tantas inquietações, decidiu-se pela realização do presente estudo, com o intuito de atender aos objetivos que se seguem.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Analisar a acurácia das características definidoras do diagnóstico de enfermagem “Estilo de vida sedentário” em pacientes portadores de hipertensão arterial.

2.2 Específicos

- Identificar a prevalência do diagnóstico “Estilo de vida sedentário” em pacientes portadores de hipertensão arterial, bem como das características definidoras e dos fatores relacionados.
- Verificar a reprodutibilidade das características definidoras e fatores relacionados para o estabelecimento do diagnóstico “Estilo de vida sedentário” em pacientes portadores de hipertensão arterial.
- Determinar a sensibilidade, a especificidade e o valor preditivo das características definidoras do diagnóstico “Estilo de vida sedentário” em pacientes portadores de hipertensão arterial.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 Desenho do estudo

Estudo do tipo transversal, de caráter exploratório e descritivo. Os estudos transversais objetivam a realização da produção do dado, em um único momento no tempo, como um corte transversal do processo em observação (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003). O caráter exploratório permite ampliar conhecimento sobre a problemática identificada. O aspecto descritivo consiste em observar, registrar, classificar e interpretar dados e mais, obter as frequências com que ocorrem certos fenômenos (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). A natureza quantitativa envolve uma coleta sistemática de informações quantificáveis, além da análise por meio de recursos estatísticos.

Destaca-se que os estudos de poder preditivo são usuais na avaliação de testes diagnósticos em medicina, muito embora, neste estudo, sua aplicação tenha o intuito de estabelecer a capacidade de predição das características definidoras do diagnóstico de enfermagem “Estilo de vida sedentário” em portadores de hipertensão arterial.

3.2 Local do estudo

A pesquisa foi desenvolvida em um centro de atendimento ambulatorial para indivíduos portadores de hipertensão arterial e diabetes na cidade de Fortaleza-CE. A escolha do local da pesquisa deveu-se ao fato do mesmo ser considerado uma referência secundária, no Estado do Ceará, cumprindo-lhe atender pacientes portadores de diabetes e/ou hipertensão, com endocrinopatias, e crianças portadoras de puberdade precoce ou distúrbio do crescimento.

No local da pesquisa trabalha uma equipe multiprofissional composta de enfermeiro, psicólogo, farmacêutico, dentista, assistente social, nutricionista, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, neurologista, psiquiatra, angiologista, oftalmologista, endocrinologista, nefrologista e clínico geral. Constitui-se um dos objetivos principais da instituição educar e ajudar o paciente portador de hipertensão arterial e/ou diabetes a controlar sua doença.

A educação em saúde, com direcionamento a esses pacientes, objetiva promover o funcionamento de um processo em que se viabiliza, de forma interativa, a conexão educador-clientela, inclusive com divisão de responsabilidade conjunta, para o sucesso do tratamento.

A enfermeira, no local do estudo, faz a triagem dos pacientes, realizando a consulta de enfermagem e encaminhando-os à especialidade médica necessária.

Durante a consulta de enfermagem para portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes, a enfermeira interroga o paciente, quanto aos seus hábitos de vida; afere os níveis de pressão arterial; realiza o glicoteste; mede cintura abdominal, peso e altura, com estabelecimento do Índice de Massa Corporal (IMC); investiga o aparecimento de possíveis reações adversas aos medicamentos em uso; examina os pés dos clientes portadores de diabetes, voltando a atenção para a presença de lesões cutâneas, estado das unhas, calos e deformidades; orienta as mudanças necessárias; discute e orienta quanto ao seguimento terapêutico.

Além da consulta, o enfermeiro realiza um trabalho educativo na sala de espera, assiste diretamente aos pacientes com hipo ou hiperglicemia e crise hipertensiva internados no leito-dia, atende, no ambulatório, aos portadores de pé diabético, realizando curativo e orientando sobre cuidados preventivos e terapêuticos, faz aplicação de hormônios para combater a puberdade precoce e fornece orientação quanto ao uso domiciliar de hormônios para favorecer o crescimento. Além dos serviços oferecidos pelas diversas categorias profissionais, destaca-se o serviço especializado de exames complementares.

3.3 População e amostra

A população do estudo foi constituída por pacientes de ambos os sexos, portadores de hipertensão arterial, cadastrados e acompanhados no referido centro de atendimento. Foram considerados os seguintes critérios de inclusão: ter o diagnóstico médico de hipertensão arterial, estar cadastrado no programa e ter idade entre 18 e 69 anos.

Verificou-se, de início, a existência nesse centro de 30985 indivíduos cadastrados, sendo atendidos diariamente, em média, 250 pacientes/dia, perfazendo um total aproximado de 4000 atendimentos por mês. Do total de indivíduos cadastrados, 6042 eram acompanhados para tratamento da hipertensão arterial.

A amostra do estudo foi calculada a partir da fórmula indicada para o cálculo em estudos transversais de população finita (ARANGO, 2005).

$$n = \frac{Z\alpha^2 \cdot P \cdot Q \cdot N}{Z\alpha^2 \cdot P \cdot Q + (N-1) \cdot E^2}$$

Onde:

n: tamanho da amostra

Z α : nível de significância em desvio-padrão

P: prevalência do agravo em saúde

Q: complementar da prevalência (1-P)

N: tamanho da população

E: erro amostral

Foram considerados como parâmetros: coeficiente de confiança do estudo de 95% (Z α = 1,96); erro amostral de 5%; tamanho da população de 6042 portadores de hipertensão arterial cadastrados no sistema; quanto à prevalência do evento, foi considerado o valor de 70% de portadores de hipertensão arterial sedentários, conforme estimativa mostrada em um estudo referente à epidemiologia dos fatores de risco para hipertensão arterial (BLOCH; RODRIGUES; FISZMAN, 2006). Não foi possível usar como referência a prevalência do diagnóstico do estudo, por não terem sido encontrados, na literatura, dados referentes a portadores de hipertensão arterial.

Com base nos parâmetros expostos, a amostra foi composta por 310 portadores de hipertensão arterial e selecionada, por conveniência, de forma consecutiva. Segundo Hulley, Newman e Cummings (2006), a amostra consecutiva é de especial valor quando resulta no arrolamento de todos os indivíduos acessíveis no período de tempo determinado no estudo.

Foi considerado critério de exclusão, a contra-indicação médica referida pelo indivíduo, para realização de quaisquer práticas de atividade física.

3.4 Período de coleta de dados

A coleta dos dados foi realizada pela autora do estudo e por duas estudantes de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC), bolsistas de Iniciação Científica do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) do Projeto “Análise do diagnóstico de enfermagem “Estilo de vida sedentário” em pacientes com hipertensão arterial”.

Os dados foram coletados, na sua totalidade, com fonte de tipo primário, por meio de entrevista, diretamente com o cliente, sempre que este estivesse em condições de fornecer todas as informações necessárias. A coleta ocorreu no período de novembro de 2007 a janeiro de 2008.

Para a coleta de dados, utilizou-se um formulário (APÊNDICE A), aplicado no momento em que o indivíduo compareceu ao local do estudo, para acompanhamento clínico

da hipertensão arterial, e após o mesmo ter aceito participar do estudo. O formulário foi composto por variáveis, sendo considerado como desfecho a ocorrência ou não do diagnóstico “Estilo de vida sedentário”, descrito no item descrito a seguir.

3.5 Formulário para coleta dos dados

O formulário para coleta dos dados foi elaborado com o objetivo de identificar dados pessoais, o perfil socioeconômico, os fatores relacionados e os sinais e sintomas que compõem as características definidoras referentes ao diagnóstico de enfermagem “Estilo de vida sedentário”, de acordo com a Taxonomia II da NANDA.

Esse diagnóstico pertence ao domínio 4 – Atividade/Repouso, à classe 2 – Atividade/Exercício, e tem como características definidoras: escolhe rotina diária sem exercício físico; demonstra falta de condicionamento físico; verbaliza preferência por atividade com pouco exercício físico. São tidos como fatores relacionados: conhecimento deficiente sobre os benefícios que a atividade física traz à saúde; falta de treino para fazer o exercício; falta de recursos (tempo, dinheiro, companhia, estrutura); falta de motivação; falta de interesse (NANDA, 2008).

O formulário foi dividido em quatro partes. A primeira parte do formulário foi destinada à obtenção de dados pessoais e sociodemográficos.

A variável cidade foi codificada em capital, incluindo regiões metropolitanas e interior. O estado civil, após a coleta, foi considerado como o paciente vivendo com ou sem companheiro, atualmente. A escolaridade foi quantificada em anos concluídos, iniciando a contagem a partir da alfabetização. Os dados relativos ao peso, à altura e ao tempo de hipertensão arterial e diabetes mellitus foram obtidos por meio de informações do paciente. As variáveis peso e altura permitiram o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) ($\text{peso}/\text{altura}^2$). Os valores do IMC foram classificados da seguinte forma: a) baixo peso (IMC $<18,5 \text{ kg}/\text{m}^2$); b) normal (IMC = $18,5-25 \text{ kg}/\text{m}^2$); c) sobrepeso (IMC = $25 - 29,9 \text{ kg}/\text{m}^2$); d) obesidade (IMC $\geq 30 \text{ kg}/\text{m}^2$) (WHO, 1995). A variável renda per capita foi quantificada, a partir da soma de todas as fontes de renda familiar.

Na segunda parte, foram registrados dados relativos à prática habitual de atividade física, possibilitando a obtenção de dados relacionados às características definidoras: escolhe rotina diária sem exercício físico e verbaliza preferência por atividade com pouco exercício físico.

Utilizou-se, no processo de coleta de dados, o International Physical Activity Questionnaire – IPAQ. Este questionário surgiu a partir das dificuldades para se obter medidas de atividades físicas internacionalmente comparáveis. Nesse cenário, a Organização Mundial de Saúde, o Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos e o Instituto Karolinska, da Suécia, reuniram proeminentes pesquisadores da área, a fim de que os mesmos desenvolvessem e testassem um instrumento para medidas de atividade física de uso internacional. O grupo, em referência, iniciou, então, o desenvolvimento do IPAQ em suas diferentes versões e, já em 2000, realizou estudos em doze países, dentre eles o Brasil, visando determinar a confiabilidade e validade do instrumento para uso em populações de indivíduos de 18 a 69 anos. Os resultados mostraram que, no Brasil, a confiabilidade e a validade, avaliadas por meio do coeficiente de correlação de Spearman, foi de 0,69 e de 0,26 a 0,39, respectivamente (CRAIG *et al.*, 2003).

O IPAQ, com versões na forma curta e longa, contém dados dos hábitos de atividade física e do tempo gasto sentado, referentes aos últimos sete dias ou a uma semana normal, podendo ser auto-administrado, aplicado por meio de entrevista ou por telefone. Para o estudo, optou-se utilizar a forma longa, com o escopo de obter uma maior riqueza de dados, em uma semana normal e por meio de entrevista (IPAQ, 2005).

Matsudo *et al.* (2001), realizaram estudo com o objetivo de determinar a validade e reprodutibilidade do questionário - IPAQ em uma amostra de sujeitos brasileiros. Os resultados mostraram que os coeficientes de validade e reprodutibilidade assemelham-se a outros instrumentos internacionalmente utilizados, com a vantagem de ser prático, rápido e possibilitar levantamentos de grandes grupos populacionais, tanto na forma curta como na forma longa, representando uma boa alternativa para comparações internacionais.

O IPAQ é um instrumento que permite estimar o tempo semanal gasto na realização de atividades físicas de intensidade moderada a vigorosa, e em diferentes contextos da vida (trabalho, tarefas domésticas, transporte e lazer). Além disso, possibilita estimar o tempo despendido em atividades passivas, realizadas na posição sentada. Dito instrumento está dividido em 13 questões, distribuídas em cinco seções:

- a) Seção I: Atividade física no trabalho
- b) Seção II: Atividade física como meio de transporte
- c) Seção III: Atividade física em casa, tarefas domésticas e atenção à família
- d) Seção IV: Atividade física de recreação, esporte, exercício e lazer
- e) Seção V: Tempo que passa sentado

O guia de processamento e análise dos dados do IPAQ (2005), para a forma longa, propõe três níveis de atividade física para classificar as populações:

- Nível baixo: quando o indivíduo não se enquadra no nível moderado ou alto;
- Nível moderado: quando for realizada atividade vigorosa de, no mínimo 20 minutos/dia, por três ou mais dias da semana; ou cinco ou mais dias de atividade moderada e/ou caminhadas por, no mínimo, 30 minutos por dia; ou cinco ou mais dias de alguma combinação entre caminhadas, atividades moderadas e atividades vigorosas, totalizando gasto energético de, no mínimo, 600 MET-minutos/semana;
- Nível alto: quando for realizada atividade vigorosa por, no mínimo, três dias da semana, totalizando, pelo menos, 1500 MET-minutos/semana; ou sete dias de alguma combinação entre caminhadas, atividades moderadas e atividades vigorosas, totalizando um mínimo de 3000 MET-minutos/semana.

Para calcular os gastos energéticos estimados em METs minutos (3,5 ml de O₂/Kg. Min⁻¹) por semana, necessários para a classificação do nível de atividade física habitual, foram utilizadas as fórmulas sugeridas pelo IPAQ (2005), expostas no Quadro 1:

Quadro 1 - Fórmulas para o cálculo dos gastos energéticos estimados em METs minutos por semana, segundo seções do IPAQ - forma longa, 2005

| |
|--|
| SEÇÃO I: ATIVIDADE FÍSICA NO TRABALHO |
| * Escores MET-min/sem em caminhadas = 3.3 x min caminhando x n° dias * Escores MET-min/sem em atividades moderadas = 4.0 x min de atividades moderada x n° dias * Escores MET-min/sem em atividades vigorosas = 8.0 x min de atividade vigorosa x n° dias → Total do escore MET-min/sem no trabalho = somatório de caminhadas + atividades moderadas + atividades vigorosas MET - minuto/semana no trabalho |
| SEÇÃO II: ATIVIDADE FÍSICA COMO MEIO DE TRANSPORTE |
| * Escores MET-min/sem em caminhadas = 3.3 x min caminhando x n° dias * Escores MET-min/sem no uso da bicicleta = 6.0 x min usando bicicleta x n° dias → Total do escore MET-min/sem gasto com transporte = somatório de caminhadas + uso de bicicleta MET - minuto/semana para transporte |
| SEÇÃO III: ATIVIDADE FÍSICA EM CASA, TAREFAS DOMÉSTICAS E ATENÇÃO À FAMÍLIA |
| * Escores MET-min/sem no jardim/quintal em atividades vigorosas = 5.5 x min de atividades vigorosas x n° dias * Escores MET-min/sem no jardim/quintal em atividades moderadas = 4.0 x min de atividades moderada x n° dias * Escores MET-min/sem no interior do domicílio em atividades moderadas = 3.0 x min de atividade moderada x n° dias → Total do escore MET-min/sem no domicílio, quintal ou jardim = somatório atividades vigorosas no jardim + atividades moderadas no jardim + atividades moderadas no interior do domicílio MET- minuto/semana |
| SEÇÃO IV: ATIVIDADE FÍSICA DE RECREAÇÃO, ESPORTE, EXERCÍCIO E LAZER |

| |
|---|
| <p>* Escores MET-min/sem em caminhadas = 3.3 x min caminhando x n° dias</p> <p>* Escores MET-min/sem em atividades moderadas = 4.0 x min de atividades moderada x n° dias</p> <p>* Escores MET-min/sem em atividades vigorosas = 8.0 x min de atividade vigorosa x n° dias</p> <p>→ Total do escore MET-min/sem no trabalho = somatório de caminhadas + atividades moderadas + atividades vigorosas MET - minuto/semana na recreação, esporte, exercício e lazer</p> |
| <p>SEÇÃO V: TEMPO GASTO SENTADO</p> |
| <p>* Total de min/sem sentado: min sentados em dias da semana x 5 x min do final de semana sentado x 2</p> <p>→ Total min/dia em média sentado:(min sentados em dias da semana x 5 x min do final de semana sentado x 2)/7</p> |
| <p>TOTAL DE ATIVIDADE FÍSICA EM ESCORES MET-MINUTO POR SEMANA</p> |
| <p>→ Total de atividade física MET-min/sem = total MET-min/sem (trabalho + transporte + casa/jardim ou quintal + lazer)</p> |

Destaca-se que a seção V (Tempo gasto sentado) foi excluída deste estudo em razão de não ser usada no cálculo total dos escores METs minutos por semana e por não fornecer dados que contribuam para os objetivos da presente investigação.

A terceira parte do instrumento de coleta de dados teve como intenção, avaliar o condicionamento físico por meio do instrumento proposto por COOP/WONCA (TUDELA; FERRER, 2002). Esse instrumento, utilizado na avaliação da característica definidora “demonstra falta de condicionamento físico” no processo de validação do diagnóstico de enfermagem “Estilo de vida sedentário” (GUIRAO-GORIS; PINA; CAMPO, 2000), é composto por sete tópicos que avaliam o estado funcional do paciente, durante as duas últimas semanas. Cada tópico investiga uma dimensão da qualidade de vida, como: forma física, sentimentos, atividades sociais, atividades cotidianas, mudança no estado de saúde, estado de saúde e dor. Esses tópicos são avaliados com base em figuras ilustrativas e escala de pontos de 1 a 5. As pontuações mais altas indicam piores capacidades funcionais. O primeiro tópico aborda forma física, por meio da pergunta: *Qual tem sido a máxima atividade física que você realizou, por pelo menos 2 minutos, nas duas últimas semanas?* Em seguida, o paciente seleciona, entre as figuras ilustrativas, aquela com a qual ele mais se identifica. As opções são: Muito intensa (1 ponto), Intensa (2 pontos), Moderada (3 pontos), Leve (4 pontos) ou Muito leve (5 pontos). Destaca-se que só poderá ser escolhida uma figura. Esse instrumento mostrou ser confiável, na medida do condicionamento físico em um curto período de tempo, uma vez que o coeficiente de correlação de Spearman variou de 0,66 a 0,81 (TUDELA; FERRER, 2002).

A quarta parte do formulário permitiu a coleta de informações referentes aos fatores relacionados do diagnóstico de enfermagem “Estilo de vida sedentário”. Foram inclusos, no instrumento, dados referentes a possíveis barreiras percebidas para a prática de atividade física e ao conhecimento sobre atividade física.

Para identificação das barreiras, utilizou-se um instrumento proposto para mensuração da percepção de possíveis barreiras para a prática de atividade física (MARTINS; PETROSKI, 2000), cuja testagem fez perceber que o questionário proposto pode ser facilmente utilizado, devido à sua aplicabilidade e clareza, bastante satisfatórias, além do que permite um índice de reprodutibilidade de respostas, com obtenção de valores do teste de correlação de Pearson entre 0,67 e 0,97.

O conhecimento específico sobre atividade física foi avaliado por meio do número de acertos em doze questões afirmativas, traduzidas do questionário sugerido pela IntelliHealth[®] Inc. (Intelihealth, 1999), que versam sobre atividade física relacionada à saúde. Tais questões contemplam algumas das recomendações para prática de atividade física, divulgadas na literatura, recentemente, bem assim as mais citadas por profissionais da saúde e pela mídia.

InteliHealth[®] Inc. é uma junta comercial formada por Aetna U.S. Healthcare[®] e Johns Hopkins University and Health System. Estabelecida em 1996, ela se tornou uma das companhias líderes em informação sobre saúde, no mundo. As informações contidas no site são revisadas e aprovadas por experts da Johns Hopkins.

Para melhorar a acurácia dos dados coletados, foi realizado um treinamento na primeira quinzena de outubro de 2007 para as bolsistas responsáveis pela aplicação do formulário. O objetivo do treinamento foi explanar os conteúdos do mesmo e fazer demonstrações práticas acerca de sua aplicação. Só após as bolsistas mostrarem-se seguras, é que a coleta de dados foi iniciada.

Na segunda quinzena de outubro do mesmo ano, o formulário foi submetido ao pré-teste, com o intuito de verificar a sua adequação aos objetivos estabelecidos no estudo e averiguar a habilidade e as dificuldades do grupo em aplicá-lo. O pré-teste foi realizado com 14 indivíduos. Observou-se, na oportunidade, ser desnecessária a exclusão de questões. Não obstante, foram incluídos dados com referência ao peso e altura para o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC). A ordem das questões do instrumento foi mantida.

Após o pré-teste, os dados foram compilados e analisados para a identificação de possíveis dificuldades decorrentes do processo de coleta. Esta etapa possibilitou um conhecimento mais minucioso do formulário, principalmente no que diz respeito à definição

do nível de atividade física. As observações foram incorporadas e compuseram o formulário final. Todos os indivíduos que participaram do pré-teste foram excluídos do estudo final.

3.6 Organização e análise de dados

A análise inicial dos dados teve como objetivo, avaliar a reprodutibilidade interobservador. Para tal, participaram dessa fase três avaliadores, selecionados segundo Fehring (1987). Logo, a seleção seguiu critérios específicos que revelam domínio na área e da natureza do estudo. Para esse autor, os critérios que definem um avaliador incluem sete itens, com suas respectivas pontuações, perfazendo um total de 14 pontos, sendo necessário, no mínimo, cinco pontos, mostrados no Quadro 1.

Quadro 2 - Critérios para seleção de avaliadores

| Critérios | Pontuação |
|---|------------------|
| 1. Ser mestre em enfermagem | 4 pontos |
| 2. Ser mestre em enfermagem, com dissertação na área de interesse de diagnóstico | 1 ponto |
| 3. Ter pesquisas publicadas sobre diagnóstico ou conteúdo relevante | 2 pontos |
| 4. Ter artigo publicado sobre diagnóstico em periódico indexado | 2 pontos |
| 5. Ter doutorado em enfermagem, com a tese na área de interesse de diagnóstico | 2 pontos |
| 6. Ter prática clínica recente, de no mínimo, 1 ano na temática abordada | 1 ponto |
| 7. Ter capacitação (especialização) em área clínica relevante ao diagnóstico de interesse | 2 pontos |

Destaca-se que na seleção foi considerada a disponibilidade em participar do estudo e a capacidade clínica para inferências diagnósticas mais acuradas. Entre os avaliadores selecionados dois obtiveram pontuação igual a nove e um igual a oito.

Em março de 2008 foi entregue aos avaliadores uma carta convite (APÊNDICE B), solicitando a participação nesta etapa. Após aceitarem participar do estudo e assinarem o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (APÊNDICE C) os avaliadores receberam, no mês de abril de 2008, o resumo do projeto, com explicações e informações gerais sobre o instrumento de coleta (APÊNDICE D), bem assim um questionário para investigação de dados pessoais (APÊNDICE E), preenchido uma única vez, acompanhado dos dados coletados de cada paciente durante a entrevista, da lista das características definidoras e dos fatores relacionados do diagnóstico de enfermagem “Estilo de vida sedentário” (APÊNDICE

F). O instrumento utilizado, nessa etapa, foi adaptado de estudo anterior sobre acurácia diagnóstica (MATOS, 2006).

Munidos desses dados, os avaliadores reuniram elementos para julgar se as características definidoras, os fatores relacionados e o diagnóstico, em questão, estavam ou não presentes. Após o julgamento inicial, os instrumentos foram devolvidos à pesquisadora, sendo submetidos a uma apreciação. Em caso de respostas duvidosas ou incongruentes, os instrumentos foram reenviados aos respectivos avaliadores, a fim de que fossem revistos.

Diante da posse de todos os instrumentos devidamente respondidos, os dados obtidos foram compilados em planilhas do software EXCEL *for* WINDOWS, para o seguimento da análise.

A presença ou ausência do diagnóstico de enfermagem “Estilo de vida sedentário” e de suas características definidoras e dos fatores relacionados, pertencente à Taxonomia II da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA, 2008) manteve-se em acordo, com a maioria dos avaliadores, ou seja, foram considerados presentes quando pelo menos dois avaliadores consideraram como tal.

A reprodutibilidade avaliou a concordância entre os avaliadores, em relação à presença ou ausência do diagnóstico de enfermagem “Estilo de vida sedentário” bem como de seus indicadores clínicos. Reprodutibilidade é a capacidade de concordância de observações diferentes de um mesmo fenômeno (JEKEL; ELMORE; KATZ, 2005). Para análise da reprodutibilidade, utilizou-se o coeficiente Kappa, com variação de -1 (ausência total de concordância) a 1 (concordância total) (HULLEY; MARTIN; CUMMINGS, 2006). Os valores do coeficiente Kappa foram classificados da seguinte forma: a) níveis excelentes de concordância (> 0.75); b) níveis moderados de concordância (entre 0.4 e 0.75); c) níveis baixos de concordância (< 0.4) (COHEN, 1960).

Após o processo de julgamento dos avaliadores, foi analisada a acurácia das características definidoras do diagnóstico de enfermagem “Estilo de vida sedentário”.

A acurácia determina a relação direta entre as características definidoras e a presença ou ausência do diagnóstico “Estilo de vida sedentário” em pacientes portadores de hipertensão arterial. No caso, a acurácia foi analisada por meio da sensibilidade, especificidade e valor preditivo. A sensibilidade diz respeito à capacidade para detectar a presença do diagnóstico, em estudo, na presença de certa característica definidora. Enquanto isso, a especificidade se refere à capacidade para detectar a ausência do diagnóstico, em estudo, na ausência de certa característica definidora. O valor preditivo indica qual a probabilidade da ocorrência do diagnóstico, em estudo, na presença de certa característica

definidora (Valor preditivo positivo), bem como a probabilidade da ausência do diagnóstico, em estudo, na ausência de certa característica definidora (Valor preditivo negativo) (JEKEL; ELMORE; KATZ, 2005).

Para avaliar a associação entre as características clínicas estudadas e a presença do diagnóstico “Estilo de vida sedentário”, aplicou-se o Teste de qui-quadrado, considerando frequências esperadas maiores de cinco. Caso contrário, aplicou-se o Teste da probabilidade exata de Fisher. Para mensurar a força da associação, calculou-se a razão de prevalência. Na análise de diferença de médias, foram considerados, os Testes de Kolmogorov-Smirnov, para verificação de normalidade dos dados, e o teste de Levene, para verificação de homocedasticidade entre os grupos. Com base nos resultados desses testes, aplicou-se o teste T ou de Mann-Whitney para verificação de diferença de média / mediana entre os grupos.

Os dados foram compilados no software EXCEL *for* WINDOWS, enquanto a análise estatística dos mesmos foi feita no programa SPSS versão 15.0. Os referidos dados foram organizados em forma de tabelas.

3.7 Aspectos éticos e administrativos

Levando-se em consideração os aspectos administrativos e éticos da pesquisa científica, foram encaminhados ofícios à direção da instituição onde se desenvolveu o estudo, solicitando consentimento para a execução, o que de fato ocorreu. Além disso, a proposta do estudo foi encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará - COMEPE, cumprindo as recomendações da Resolução 196/96, que trata de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996), sendo obtida a autorização para a execução da pesquisa (ANEXO A).

A coleta de dados teve início após as devidas aprovações, seguidas do aceite dos participantes, via assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE G) em que manifestavam concordância em participar voluntariamente do estudo, desde que garantido seu anonimato.

3.8 Financiamento do projeto

Os custos de execução do projeto foram cobertos pela autora do estudo. Ressalta-se, no entanto, o apoio do CNPq, por meio da participação de duas bolsistas de Iniciação Científica do Curso de Enfermagem da UFC, na coleta de dados.

4 RESULTADOS

Para a consecução dos objetivos propostos, os dados compilados estão apresentados em oito tabelas, contemplando dados sócio-demográficos, dados clínicos, dados referentes ao diagnóstico de enfermagem Estilo de vida sedentário, bem como características definidoras e fatores relacionados.

A seguir, é apresentada na Tabela 1 a caracterização dos pacientes, segundo suas principais características sócio-demográficas.

Tabela 1 – Distribuição de pessoas portadoras de hipertensão arterial atendidas em um centro especializado segundo dados sócio-demográficos. Fortaleza, 2008

| Variáveis | No. | % | | |
|--------------------------------|-----------------|--------------|----------------------|----------------|
| Sexo | | | | |
| Masculino | 107 | 34,5 | | |
| Feminino | 203 | 65,5 | | |
| Total | 310 | 100,0 | | |
| Procedência | | | | |
| Capital | 266 | 85,8 | | |
| Interior | 44 | 14,3 | | |
| Total | 310 | 100,0 | | |
| Religião | | | | |
| Católica | 231 | 74,5 | | |
| Não Católica | 66 | 21,3 | | |
| Nenhuma | 13 | 4,2 | | |
| Total | 310 | 100,0 | | |
| Presença de companheiro | | | | |
| Com companheiro | 200 | 64,5 | | |
| Sem Companheiro | 110 | 35,5 | | |
| Total | 310 | 100,0 | | |
| Ocupação | | | | |
| Dona de casa | 69 | 22,3 | | |
| Aposentado | 77 | 24,8 | | |
| Beneficiário | 27 | 8,5 | | |
| Comerciante/Vendedor | 25 | 8,2 | | |
| Desempregado | 17 | 5,6 | | |
| Costureira | 11 | 3,5 | | |
| Doméstica | 9 | 2,9 | | |
| Pensionista | 6 | 1,9 | | |
| Outras | 69 | 22,3 | | |
| Total | 310 | 100,0 | | |
| | Valor p* | Média | Desvio padrão | Mediana |
| Idade | 0,046 | 54,96 | 8,62 | 56,00 |
| Escolaridade | 0,000 | 8,66 | 4,45 | 9,00 |
| Renda per capita | 0,000 | 375,52 | 419,57 | 253,33 |

Fonte: dados primários

* Teste de Kolmogorov-Smirnov

Infere-se da Tabela 1 que a maioria é do sexo feminino (65,5%), procede da capital (86,1%) e professa a religião católica (74,5%). Pertinente à variável presença de

companheiro, a maior parte dos participantes (64,5%) afirmou possuir companheiro, não importando, nessa investigação, o tipo de relação conjugal existente.

Observou-se, neste estudo, uma diversidade de ocupações, com destaque, entretanto, para aposentados (24,8%) e dona de casa (22,3%). Apenas 5,6 % da amostra informaram estar desempregados.

As variáveis idade, escolaridade e renda per capita apresentaram distribuição assimétrica (valor $p < 0,05$), indicando que metade da amostra estudada tinha até 56 anos, frequentou a escola por até nove anos, chegando, no máximo, a ter o ensino fundamental completo, e possuía renda per capita de até R\$ 253,33.

Ainda com base na Tabela 1, a média de idade dos pacientes portadores de hipertensão arterial foi de 54,96, com desvio padrão de 8,62.

Tabela 2 – Distribuição dos dados clínicos de pessoas portadoras de hipertensão arterial atendidas em um centro especializado. Fortaleza, 2008

| Variáveis | No. | % | | |
|--|-----------------|--------------|----------------------|----------------|
| Classificação IMC** | | | | |
| Baixo peso | 3 | 1,0 | | |
| Peso normal | 52 | 16,8 | | |
| Sobrepeso | 107 | 34,5 | | |
| Obesidade | 112 | 36,1 | | |
| Não souberam informar peso ou altura | 36 | 11,6 | | |
| Total | 310 | 100,0 | | |
| Presença de Diabetes** | | | | |
| Sim | 218 | 70,3 | | |
| Não | 92 | 29,7 | | |
| Total | 310 | 100,0 | | |
| Classificação do IPAQ | | | | |
| Baixo | 124 | 40,0 | | |
| Moderado | 137 | 44,2 | | |
| Alto | 49 | 15,8 | | |
| Total | 310 | 100,0 | | |
| | Valor p* | Média | Desvio Padrão | Mediana |
| Peso** | 0,069 | 73,81 | 13,25 | 73,00 |
| Altura** | 0,171 | 1,59 | 0,08 | 1,600 |
| Valor IMC | 0,691 | 29,12 | 4,61 | 28,81 |
| Tempo de Hipertensão Arterial** | 0,000 | 11,16 | 7,94 | 10,00 |

* Teste de Kolmogorov-Smirnov

** Os dados relativos ao peso, altura, presença de diabetes e tempo de hipertensão arterial foram obtidos por meio da informação do paciente.

Com relação ao Índice de Massa Corporal (IMC), tornou-se evidente a predominância de indivíduos ostentando padrões elevados de gordura corporal, com 34,5% classificados como sobrepeso e 36,1% como obesidade, totalizando 70,6% da amostra com

excesso de peso. O fato foi confirmado pela média elevada do IMC (29,12), com desvio padrão de 4,61.

Percebeu-se, ademais, em 70% do total de indivíduos avaliados a co-morbidade com o diabetes mellitus. A alta prevalência pode, não obstante, estar relacionada ao local de coleta dos dados, que é um centro especializado para o atendimento a pessoas portadoras de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus.

Quanto à análise de classificação do IPAQ, destaca-se que a maior parte do grupo (44,2%) situou-se em um nível moderado de atividade física, seguido do nível baixo (40,0%). É importante ressaltar que apenas 15,8 % da amostra exibiram um nível alto de atividade física.

Outro fato que chama a atenção é o tempo de diagnóstico de hipertensão arterial, mostrando que metade do grupo sabia de sua condição há mais de 10 anos. Isso demonstra que, considerando este longo período, já seria possível uma mudança nos padrões usuais de atividade física, capaz de auxiliar na redução do IMC dessas pessoas.

Na Tabela a seguir, é demonstrada a concordância, entre os avaliadores, acerca da presença ou ausência das características definidoras, suas pistas, fatores relacionados e do diagnóstico de enfermagem “Estilo de vida sedentário”.

Tabela 3 - Distribuição da concordância dos avaliadores quanto a presença ou ausência do diagnóstico de enfermagem (DE) Estilo de vida sedentário, de suas características definidoras (CD), das pistas das características definidoras e dos fatores relacionados (FR). Fortaleza, 2008

| Variável / Avaliador | A x B | | A x C | | B x C | |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | Kappa | Sig* | Kappa | Sig* | Kappa | Sig* |
| Escolhe rotina diária sem exercício físico (CD1) | 0,508 | 0,000 | 0,564 | 0,000 | 0,231 | 0,000 |
| Demonstra falta de condicionamento físico (CD2) | 0,041 | 0,011 | 0,169 | 0,000 | 0,215 | 0,000 |
| Verbaliza preferência por atividade com pouco exercício físico (CD3) | 0,531 | 0,000 | 0,307 | 0,000 | 0,574 | 0,000 |
| 2. Pistas para as CD | | | | | | |
| Pistas CD 1 | 0,502 | 0,000 | 0,549 | 0,000 | 0,262 | 0,000 |
| Pistas CD 2 | 0,038 | 0,015 | 0,178 | 0,000 | 0,213 | 0,000 |
| Pistas CD 3 | 0,531 | 0,000 | 0,330 | 0,000 | 0,386 | 0,000 |
| 3. Fatores relacionados (FR) | | | | | | |
| Conhecimento deficiente sobre os benefícios que a atividade física traz à saúde | 0,118 | 0,000 | 0,430 | 0,000 | 0,224 | 0,000 |
| Falta de treino para fazer exercícios | 0,230 | 0,000 | 0,689 | 0,000 | 0,295 | 0,000 |
| Falta de recursos (tempo, dinheiro, companhia ou estrutura) | 0,300 | 0,000 | 0,342 | 0,000 | 0,743 | 0,000 |
| Falta de motivação | 0,112 | 0,002 | 0,127 | 0,001 | 0,736 | 0,000 |
| Falta de interesse | 0,727 | 0,000 | 0,728 | 0,000 | 0,923 | 0,000 |
| 4. Presença do Diagnóstico de enfermagem | | | | | | |
| | 0,411 | 0,000 | 0,414 | 0,000 | 0,730 | 0,000 |

Ao ser analisada a concordância entre os avaliadores, percebeu-se que, em relação às características definidoras, “demonstra falta de condicionamento físico” foi a que pontuou com menores índices. Relações de concordâncias similares foram observadas para as pistas dessa característica. As demais características definidoras apresentaram índices de concordância moderados. Pertinente aos fatores relacionados, “conhecimento deficiente sobre os benefícios que a atividade física traz à saúde” e “falta de motivação” apresentaram os menores índices. “Falta de treino para fazer exercícios” e “falta de recursos (tempo, dinheiro, companhia ou estrutura)” demonstraram discretas oscilações entre os avaliadores, enquanto “falta de interesse” foi o fator relacionado de maior concordância. Com referência ao diagnóstico de enfermagem, foram observados níveis moderados de concordância entre os avaliadores.

Na compreensão geral da Tabela, menores concordâncias foram encontradas entre os avaliadores A e B, quando comparada a relação de concordância entre A e C e B e C. Em consonância com os dados, o avaliador A mostra uma tendência a ter menores índices de concordância com os avaliadores B e C.

A Tabela, a seguir, descreve a distribuição dos dados após o julgamento dos avaliadores, quanto à presença ou ausência das características definidoras, das pistas dessas características, dos fatores relacionados e do diagnóstico de enfermagem “Estilo de vida sedentário”. A presença ou ausência mantiveram-se em acordo com o que a maioria dos avaliadores, considerou como tal.

Tabela 4 – Distribuição da presença ou ausência do diagnóstico de enfermagem (DE) Estilo de vida sedentário, de suas características definidoras (CD), dos fatores relacionados (FR) e das pistas para as características definidoras. Fortaleza, 2008

| Variáveis | Presença | % | Ausência | % |
|---|-----------------|----------|-----------------|----------|
| 1. Características definidoras (CD) | | | | |
| Escolhe rotina diária sem exercício físico | 129 | 41,6 | 181 | 58,4 |
| Demonstra falta de condicionamento físico | 263 | 84,8 | 47 | 15,2 |
| Verbaliza preferência por atividade com pouco exercício físico | 172 | 55,5 | 138 | 44,5 |
| 2. Pistas para as CD | | | | |
| Pistas CD 1 | 108 | 34,8 | 202 | 65,2 |
| Pistas CD 2 | 262 | 84,5 | 48 | 15,5 |
| Pistas CD 3 | 138 | 44,5 | 172 | 55,5 |
| 3. Fatores relacionados (FR) | | | | |
| Conhecimento deficiente sobre os benefícios que a atividade física traz à saúde | 13 | 4,2 | 297 | 95,8 |
| Falta de treino para fazer exercícios | 189 | 61,0 | 121 | 39,0 |
| Falta de recursos (tempo, dinheiro, companhia ou estrutura) | 175 | 56,5 | 135 | 43,5 |
| Falta de motivação | 38 | 12,3 | 272 | 87,7 |
| Falta de interesse | 148 | 47,7 | 162 | 52,3 |
| 4. Diagnóstico de enfermagem “Estilo de vida sedentário” (DE) | | | | |
| | 186 | 60,0 | 124 | 40,0 |

Com base nos dados apresentados na Tabela 4, observa-se que “demonstra falta de condicionamento físico” foi a característica de maior prevalência (84,8%), seguida de “verbaliza preferência por atividade com pouco exercício físico” e “escolhe rotina diária sem exercício físico” com 55,5% e 41,6%, respectivamente. O fato da característica “demonstra falta de condicionamento físico” ser a mais prevalente pode estar associado à presença de pistas para a mesma, haja vista a afirmação dos avaliadores que 84,5% das fichas analisadas apontavam para esse indicador clínico. Em contrapartida, “escolhe rotina diária sem exercício físico” e as pistas correspondentes guardaram ausência com 58,4% e 65,2% dos casos.

Dentre os fatores relacionados, o mais percebido pelos avaliadores foi “falta de treino para fazer exercícios”, revelado em 61% dos pacientes portadores de hipertensão arterial, seguido de “falta de recursos (tempo, dinheiro, companhia ou estrutura)” e de “falta de interesse”, com 56,5% e 47,7%, respectivamente. Entretanto, “conhecimento deficiente sobre os benefícios que a atividade física traz à saúde” foi percebido em apenas 13 pacientes, revelando que 95,8% da amostra possuíam conhecimento mínimo dos benefícios da atividade física à saúde.

Em relação ao diagnóstico de enfermagem, em questão, os avaliadores julgaram que 60% dos pacientes portadores de hipertensão arterial possuíam como fenômeno de enfermagem, um estilo de vida sedentário.

Tabela 5 - Distribuição dos pacientes portadores de hipertensão arterial, segundo dados sócio-demográficos, em função do diagnóstico de enfermagem Estilo de vida sedentário. Fortaleza, 2008

| Variáveis | Diagnostico de Enfermagem | | Total | Estatísticas |
|-----------------------------------|---------------------------|----------|-------|--------------------|
| | Ausente | Presente | | |
| 1. Sexo | | | | |
| Feminino | 81 | 122 | 203 | p = 0,961* |
| Masculino | 43 | 64 | 107 | RP = 1,000 |
| Total | 124 | 186 | 310 | IC95%: 0,83 - 1,22 |
| 2. Procedência | | | | |
| Interior | 14 | 30 | 44 | p = 0,232* |
| Capital | 110 | 156 | 266 | RP = 1,16 |
| Total | 124 | 186 | 310 | IC95%: 0,93 - 1,46 |
| 3. Presença de companheiro | | | | |
| Sem companheiro | 49 | 63 | 112 | p = 0,311* |
| Com companheiro | 75 | 123 | 198 | RP = 0,91 |
| Total | 124 | 186 | 310 | IC95%: 0,74 - 1,10 |
| 4. Religião | | | | |
| Outras ou ausência de religião | 25 | 41 | 66 | p = 0,775* |
| Católico | 92 | 139 | 231 | RP = 1,03 |
| Total | 117 | 180 | 297 | IC95%: 0,83 - 1,28 |
| Média dos Postos | | | | |
| 5. Idade | 168,08 | 147,12 | | p = 0,044** |
| 6. Tempo de escolaridade | 156,99 | 153,69 | | p = 0,746** |
| 7. Renda per capita | 145,78 | 139,56 | | p = 0,532** |

* Teste Qui-Quadrado

** Teste Mann-Whitney

Na análise da associação entre as variáveis sexo, procedência, presença de companheiro e religião, com a variável diagnóstico de enfermagem, não foram observadas associações significantes.

Confrontando-se a média dos postos da variável idade com o diagnóstico de enfermagem, percebe-se que a idade média dos portadores de hipertensão arterial foi significativamente menor entre os indivíduos que possuíam o diagnóstico de enfermagem estilo de vida sedentário ($p = 0,044$). As relações das variáveis tempo de escolaridade e renda per capita não mostraram associações com significância estatística.

Tabela 6 - Distribuição dos pacientes portadores de hipertensão arterial, segundo os dados clínicos e a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Estilo de vida sedentário. Fortaleza, 2008

| Variáveis | DE: Estilo de vida sedentário | | Total | Estatísticas |
|---|-------------------------------|----------|-------|---------------------|
| | Ausente | Presente | | |
| 1. Características definidoras | | | | |
| 1.1. Escolhe rotina diária sem exercício físico | | | | |
| Ausente | 124 | 57 | 181 | p = 0,000* |
| Presente | 0 | 129 | 129 | RP= 3,18 |
| Total | 124 | 186 | 310 | IC95%: 2,56 – 3,94 |
| 1.2. Demonstra falta de condicionamento físico | | | | |
| Ausente | 45 | 2 | 47 | p = 0,000* |
| Presente | 79 | 184 | 263 | RP = 16,44 |
| Total | 124 | 186 | 310 | IC95%: 4,23 – 63,96 |
| 1.3. Verbaliza preferência por atividade com pouco exercício físico | | | | |
| Ausente | 119 | 19 | 138 | p = 0,000* |
| Presente | 5 | 167 | 172 | RP = 7,95 |
| Total | 124 | 186 | 310 | IC95%: 4,64 – 10,72 |
| 2. Fatores relacionados | | | | |
| 2.1. Conhecimento deficiente sobre os benefícios que a atividade física traz à saúde | | | | |
| Ausente | 121 | 176 | 297 | p = 0,203* |
| Presente | 3 | 10 | 13 | RP= 1,30 |
| Total | 124 | 186 | 310 | IC95%: 0,95 – 1,77 |
| 2.2. Falta de treino para fazer exercícios | | | | |
| Ausente | 109 | 12 | 121 | p = 0,000* |
| Presente | 15 | 174 | 189 | RP = 9,28 |
| Total | 124 | 186 | 310 | IC95%: 5,42 – 15,91 |
| 2.3. Falta de recursos (tempo, dinheiro, companhia ou estrutura) | | | | |
| Ausente | 78 | 57 | 135 | p = 0,000* |
| Presente | 46 | 129 | 175 | RP = 1,75 |
| Total | 124 | 186 | 310 | IC95%: 1,41 – 2,17 |
| 2.4. Falta de motivação | | | | |
| Ausente | 118 | 154 | 272 | p = 0,001* |
| Presente | 6 | 32 | 38 | RP = 1,49 |
| Total | 124 | 186 | 310 | IC95%: 1,25 - 1,77 |
| 2.5. Falta de interesse | | | | |
| Ausente | 94 | 68 | 162 | p = 0,000* |
| Presente | 30 | 118 | 148 | RP = 1,90 |
| Total | 124 | 186 | 310 | IC95%: 1,56 – 2,32 |
| 3. Presença de Diabetes | | | | |
| Não | 29 | 63 | 92 | p = 0,048* |
| Sim | 95 | 123 | 218 | RP = 0,82 |
| Total | 124 | 186 | 310 | IC95%: 0,66 - 0,99 |
| 4. Outros dados clínicos | | | | |
| 4.1. Peso | 73,22 | 74,20 | | p = 0,530** |
| 4.2. Altura | 1,597 | 1,596 | | p = 0,930** |
| 4.3. IMC | 28,7684 | 29,3651 | | p = 0,295** |
| 4.4. Tempo de hipertensão arterial | 11,74 | 10,77 | | p = 0,292** |
| 4.5. Tempo de diabetes mellitus | 10,93 | 10,07 | | p = 0,427** |

* Teste Qui-Quadrado

** Teste T supondo variâncias iguais

Com base na Tabela 6, todas as características definidoras, bem assim os fatores relacionados, apresentaram associação estatisticamente significativa com o diagnóstico de enfermagem “Estilo de vida sedentário” ($p < 0,05$), à exceção de “conhecimento deficiente sobre os benefícios que a atividade física traz à saúde” ($p = 0,203$).

No que concerne às características definidoras “escolhe rotina diária sem exercício”, “demonstra falta de condicionamento físico” e “verbaliza preferência por atividade com pouco exercício físico” houve aumento em 3 vezes (RP = 3,18), 16 vezes (RP = 16,44) e 7 vezes (RP = 7,05), respectivamente, da probabilidade de os indivíduos desenvolverem o diagnóstico “Estilo de vida sedentário”, se comparados aos que não apresentaram essa característica.

A elevada probabilidade de desenvolvimento do diagnóstico de enfermagem quando “demonstra falta de condicionamento físico” fez-se presente, em razão de ser uma característica sensível deste diagnóstico.

Pertinente aos fatores relacionados, “falta de treino para fazer exercícios físicos”, “falta de recursos”, “falta de motivação” e “falta de interesse”, quando presentes, elevou em 9 vezes (RP = 9,28), 2 vezes (RP = 1,75), 0,5 vezes (RP = 4,087), e 2 vezes (RP = 1,90), respectivamente, a probabilidade de o indivíduo apresentar o diagnóstico “Estilo de vida sedentário”. Destaca-se que só não foi encontrada significância estatística entre “conhecimento deficiente sobre os benefícios que a atividade física traz à saúde” e o diagnóstico de enfermagem em estudo.

O indicador de risco “presença de diabetes mellitus” foi associado, estatisticamente, com o diagnóstico de enfermagem “Estilo de vida sedentário” ($p = 0,048$). Nesta pesquisa, a ausência de diabetes foi fator protetor para a ocorrência do diagnóstico “Estilo de vida sedentário” (RP < 0). Os indivíduos, sem diabetes mellitus, tiveram 20% menos de probabilidade de virem a desenvolver o diagnóstico “Estilo de vida sedentário”, do que aqueles portadores de diabetes (RP = 0,82).

Quando realizada a análise estratificada para a presença de diabetes, encontrou-se que a presença concomitante do fator relacionado “falta de motivação” e do diagnóstico de enfermagem “Estilo de vida sedentário” estavam estatisticamente associados ($p = 0,005$), com uma razão de prevalência de 4,417. Ou seja, na presença de “falta de motivação” a probabilidade de ter o “Estilo de vida sedentário” aumenta em quatro vezes.

Não foram encontradas associações com significância estatísticas entre o diagnóstico de enfermagem “Estilo de vida sedentário” e as variáveis peso, altura, IMC, tempo de hipertensão arterial e tempo de diabetes.

Tabela 7 – Distribuição da sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo, valor preditivo negativo das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Estilo de vida sedentário em pacientes portadores de HA. Fortaleza, 2008

| Características Definidoras | S | E | VPP | VPN |
|--|----------|----------|------------|------------|
| Escolhe rotina diária sem exercício físico | 69,35% | 99,21% | 99,24% | 68,51% |
| Demonstra falta de condicionamento físico | 98,92% | 36,29% | 69,96% | 95,74% |
| Verbaliza preferência por atividade com pouco exercício físico | 89,78% | 95,97% | 97,09% | 86,23% |

A característica definidora com maior sensibilidade foi “demonstra falta de condicionamento físico” com 98,92%, com valor preditivo negativo de 95,74%. Enquanto isso, “escolhe rotina diária sem exercício físico” e “verbaliza preferência por atividade com pouco exercício físico” apresentaram maiores especificidade (99,21% e 95,97%) e valores preditivos positivos de 99,24% e 97,09%, respectivamente.

A Tabela, a seguir, põe à mostra a análise dos possíveis preditores para o diagnóstico de enfermagem “Estilo de vida sedentário”. Para tanto, foram selecionadas as variáveis que apresentaram significância estatística inferior a 0,2, perfazendo um total de nove (idade, “escolhe rotina diária sem exercício físico”, “demonstra falta de condicionamento físico”, “verbaliza preferência por atividade com pouco exercício físico”, “falta de treino para fazer exercícios”, “falta de recursos (tempo, dinheiro, companhia ou estrutura)”, “falta de motivação”, “falta de interesse”, presença de diabetes). A partir dessa seleção, as variáveis foram testadas por meio de uma regressão logística para verificação da associação conjunta das ditas variáveis, a fim de explicar a ocorrência do diagnóstico de enfermagem, em questão.

Tabela 8 - Regressão logística para fatores preditores da presença do diagnóstico de enfermagem Estilo de vida sedentário identificado em pessoas com hipertensão arterial. Fortaleza-CE, 2008

| Diagnóstico de Enfermagem / preditores | Wald (Sig) | OMN(Sig) | HL(Sig) | R² | -2 Log |
|--|-------------------|-----------------|----------------|----------------------|---------------|
| Demonstra falta de condicionamento físico | 7,376 (0,007) | 308,125 | 4,619 | 0,852 | 219,511 |
| Verbaliza preferência por atividade com pouco exercício físico | 40,982 (0,000) | (0,000) | (0,202) | | |
| Falta de treino para fazer exercícios | 26,711 (0,000) | | | | |
| Constante | 21,719 (0,000) | | | | |

Wald - Teste de Wald; OMN- Teste de Omnibus; HL- Teste de Hosmer e Lemeshow; R²- R quadrado de Nagelkerke; -2 Log likelihood- Logaritmo da razão de máxima verossimilhança.

Tem-se na Tabela 8, que para o diagnóstico, em questão, foram identificados como indicadores preditores significantes, os indicadores clínicos “demonstra falta de condicionamento físico”, “verbaliza preferência por atividade com pouco exercício físico” e “falta de treino para fazer exercícios”. O modelo logístico desenvolvido apresentou

significância segundo o Teste de Omnibus ($p = 0,000$), possibilitando a identificação da presença do diagnóstico a partir dessas três variáveis do modelo. Não foram identificadas diferenças significantes entre as frequências observadas e as esperadas no modelo final ($p = 0,202$). Os coeficientes para cada variável incluída no modelo mostraram-se significantes segundo o teste de Wald ($p < 0,05$). O coeficiente de determinação do modelo foi de 0,852, o que implica que o poder de identificação de pessoas que apresentam o diagnóstico de enfermagem “Estilo de vida sedentário” é de 85,2%, a partir do modelo criado. Tal fato é confirmado pela redução no valor da razão de máxima verossimilhança ($-2 \log$), em que o valor inicial era de 233,402 e, após sete iterações, sofreu redução para 219,511.

5 DISCUSSÃO

O mundo atual experimenta uma fase de transição epidemiológica, caracterizada pela modificação dos perfis de morbimortalidade, em que se observa que as doenças crônicas não-transmissíveis vêm adquirindo magnitude e transcendência cada vez maiores. Associados à mudança desse perfil, vêm o crescimento da população idosa, o aumento da longevidade e as mudanças no estilo de vida, com forte repercussão no padrão de saúde dos países em desenvolvimento.

No Brasil, projeções da Organização das Nações Unidas indicam que a mediana populacional, de 25,4 em 2000, passará para 38,2 anos em 2050 (WHO, 1998). Uma das conseqüências desse envelhecimento populacional é o aumento das prevalências de doenças crônicas, como por exemplo, a hipertensão arterial (PASSOS; ASSIS; BARRETO, 2006) que contribui para uma elevada mortalidade cardiovascular em todo o país.

Entre os diversos indicadores de risco que se associam à etiologia das doenças crônicas não-transmissíveis destaca-se o estilo de vida sedentário. A prática de atividade física regular constitui, assim, um dos principais componentes na prevenção do crescimento da carga global de doenças crônicas.

Em função da relevância que tem a hipertensão arterial e da preocupação mundial com os malefícios da inatividade física, esforços vêm sendo despendidos, no sentido de evitar ocorrências comprometedoras. Conhecer os dados sócio-demográficos e controlar os indicadores de risco para agravos cardiovasculares, como o sedentarismo, podem trazer amplos benefícios para a população, funcionando como uma estratégia para melhorar a qualidade de vida e conter a crescente ameaça mundial relacionada a esses problemas de saúde pública.

A problemática de um estilo de vida sedentário é preocupação mundial. Na prática do enfermeiro, a avaliação desse hábito de vida tem sido considerada como um diagnóstico de enfermagem, denominado “Estilo de vida sedentário”. Entretanto, o número de estudos a esse respeito ainda é restrito. De tal modo, utilizou-se como artifício para contenda, estudos que encaram o sedentarismo, enquanto indicador de risco de morbimortalidade populacional.

Em relação à variável sexo, observou-se a predominância do gênero feminino (65,5%). Estudo de base populacional sobre prevalência da hipertensão arterial, realizada com 1968 indivíduos, encontrou achado semelhante, em que 57% eram mulheres. Os autores alertaram ainda que o sexo feminino tem 17% a mais de probabilidade de desenvolver hipertensão arterial (COSTA *et al.*, 2007).

Guedes *et al.* (2005) corroboraram com esses achados, ao pesquisarem portadores de hipertensão arterial, em tratamento ambulatorial, no estado do Ceará. Em contrapartida, Sabry, Sampaio e Silva (2002), Gus *et al.* (2004), Alves *et al.*, (2007) e Jardim *et al.*, (2007), identificaram maior presença de homens em estudos populacionais sobre a hipertensão arterial.

O maior uso dos serviços de saúde pelas mulheres foi citado anteriormente por Unfer e Saliba (2000). No Brasil, as mulheres conhecem mais a sua condição de portadores de hipertensão arterial do que os homens, assim como acusam procura maior pelos serviços de saúde (CESARINO, 2008).

Destarte, as mulheres geralmente têm percepção mais apurada das doenças, apresentam maior tendência para o autocuidado e buscam mais assistência à saúde do que os homens (ALVES; GODOY, 2001). Isto pode determinar a presença mais significativa de mulheres nos programas de tratamento da hipertensão arterial e, conseqüentemente, uma maior probabilidade do diagnóstico dessa doença.

Ademais, a maior presença feminina nos programas, parece ser resultado de uma característica de gênero, acrescida das mudanças pelas quais as mulheres têm passado nos últimos anos, como o fato de acumularem funções profissionais, exercerem papel triplo de dona-de-casa, mãe e esposa, os quais parecem ter, comprovadamente, favorecido o aumento da incidência das doenças cardíacas em mulheres (LOPES; ARAUJO, 1999; DANTAS; COLOMBO; AGUILLAR, 1999).

Em relação à procedência, grande parte dos avaliados era da capital do Estado do Ceará ou de regiões metropolitanas (85,8%). Sabe-se que o centro de atendimento ambulatorial, onde o estudo foi realizado, por ser uma referência para o tratamento de portadores de hipertensão arterial e de diabetes mellitus, possui recursos diagnósticos e terapêuticos precisos para o atendimento a essa clientela. Durante a coleta dos dados, percebeu-se que a maioria dos indivíduos entrevistados compareceu ao centro, não para consultas com as diversas especialidades e, sim, para realizar exames de acompanhamento e/ou diagnósticos. Para os indivíduos residentes no interior do estado, alguns exames de rotina podem ser realizados na própria cidade de origem, ou em municípios de referência mais próximos. Só, posteriormente, durante as consultas agendadas, é que os resultados dos exames são avaliados pela equipe de saúde do centro de atendimento ambulatorial. Para os indivíduos que moram na capital ou região metropolitana, o deslocamento até o centro ambulatorial, para realização de exames, é mais fácil e menos oneroso. Acredita-se que essa seja a justificativa encontrada no estudo para o desenho da situação.

Um perfil similar ao encontrado, neste estudo, para as características estado civil e religião, foi relatado no artigo de Spinel e Puschel (2007), cuja maioria dos avaliados afirmava viver com companheiro (64,5%) e professar a religião católica (74,5%).

Raros estudos correlacionam prevalência de hipertensão arterial sistêmica com o estado civil (FREITAS *et al.*, 2001; TOBE *et al.*, 2005). Nesta casuística, a maior parte dos participantes do estudo (64,5%) afirmou possuir companheiro, concordando com estudo que avaliou a qualidade de vida dos hipertensos de um grupo de convivência, em que 54% eram casados ou moravam com companheiro (a) (MAGNABOSCO, 2007). Em outro estudo, a hipertensão arterial foi menos prevalente entre as solteiras (HARTMANN *et al.*, 2007).

Segundo Sawyer, Leite e Alexandrino (2002), a presença de companheiro ou de laços familiares estáveis está relacionada com acesso aos serviços de saúde e, conseqüentemente, a uma maior possibilidade diagnóstica de hipertensão, o que justificaria o achado maior dessas categorias, em estudo sobre hipertensão arterial. Além disso, para Tobe *et al.*, (2005) estressores psicossociais, como a união conjugal e os fatores vinculados a essa condição, estão diretamente associados ao aumento da pressão arterial.

Quanto à variável ocupação, 63,1% do grupo foram representados por indivíduos que não exerciam atividade profissional formal. Spinel e Puschel (2007) encontraram dados semelhantes, ao estudar o perfil de estilo de vida de pessoas com doença cardiovascular. Conforme esses autores, o fato de não possuir vínculo empregatício, pode contribuir para uma maior disponibilidade de tempo para frequentar a unidade de saúde e ter acompanhamento mais direto pelo profissional de saúde.

Pertinente aos demais indicadores sócio-demográficos, é importante ressaltar que as características identificadas entre os portadores de hipertensão arterial, participantes deste estudo, apresentam similaridade com o perfil usualmente descrito para esta população. Fatores como idade avançada, baixo nível socioeconômico e baixa escolaridade são citados como importantes características de pessoas com hipertensão arterial, no estudo de Costa *et al.* (2007).

Destaca-se que as diferenças socioeconômicas desempenham importante papel nas condições de saúde, em decorrência de vários fatores, tais como acesso ao sistema de saúde, grau de informação, compreensão do problema e adesão ao tratamento (ONG *et al.*, 2007).

No estudo ora realizado, a média de idade dos indivíduos foi de 54,96 anos ($\pm 8,62$). Dados semelhantes foram encontrados em uma pesquisa que estudou pacientes atendidos em pronto-socorro, por crise hipertensiva, em que a idade média foi de 53,3 ($\pm 15,2$ anos) (MONTEIRO JÚNIOR *et al.*, 2008). Em outro estudo desenvolvido na atenção

primária, com portadores de hipertensão arterial, a maior prevalência foi da faixa de idade entre 50 e 59 anos, com média de idade de 49,26 (\pm 2,7 anos) (ALVES *et al.*, 2007).

Jardim *et al.* (2007), ao estudarem a hipertensão arterial e seus indicadores de risco, verificaram uma associação significativa entre portadores de hipertensão arterial e idade, tornando evidente que na sociedade em desenvolvimento, ao lado do aumento da longevidade da população, ocorre uma agregação de outros riscos, que terminam por comprometer a qualidade de vida dos idosos, além de causar sérios prejuízos ao país e ao sistema de saúde como um todo (BAIK *et al.*, 2000).

Segundo foi observado no trabalho desenvolvido, a média de anos de estudo ficou em 8,66 anos (\pm 4,45), revelando-se que a metade dos indivíduos estudou até nove anos. Diversos estudos demonstram uma tendência na queda da pressão arterial e da proporção da hipertensão arterial, com o aumento da educação (PRESSUTO; CARVALHO, 1998; ZAITUNE *et al.*, 2006; JARDIM *et al.*, 2007). Por outro lado, a probabilidade de desenvolver hipertensão arterial aumenta duas vezes nos indivíduos com menos de quatro anos de escolaridade (COSTA *et al.*, 2007).

O Instituto Nacional do Câncer (INCA), em um trabalho realizado nas capitais brasileiras com portadores de hipertensão arterial que faziam acompanhamento ambulatorial, também mostrou resultados semelhantes: a prevalência da hipertensão, por escolaridade, nas 15 capitais e no Distrito Federal, variou de 25,1% a 45,8% para os entrevistados com ensino fundamental incompleto, e de 16,5% a 26,6% nos entrevistados com, pelo menos, o ensino fundamental completo (INCA, 2003).

Deficiências na formação escolar podem trazer dificuldades para a assimilação das orientações dispensadas pelos profissionais e influenciar na percepção da doença. Portanto, o profissional de saúde deve utilizar uma linguagem clara, para esclarecer dúvidas, bem assim para permitir uma maior aproximação entre profissional-pessoa atendida, favorecendo uma intervenção mais efetiva.

Quanto ao tempo de diagnóstico da hipertensão arterial, a média foi de 11,16 anos (\pm 7,94). Foi possível observar, no transcorrer do estudo, que apesar de um tempo relativamente longo de descoberta e, às vezes, de tratamento da hipertensão arterial, há uma relativa falta de adesão à terapêutica proposta para essa doença, uma vez que 70,6% tinham excesso de peso e 40,0% foram classificados em níveis baixos de atividade física.

A falta de adesão ao tratamento pode ser atribuída ao desconhecimento e/ou desinformação, em razão do fato de grande parcela dos entrevistados ser carente de uma formação escolar básica, acrescentando-se a tanto a possibilidade de não estar ocorrendo um

relacionamento terapêutico profissional de saúde–paciente, baseado em aspectos de interação e metas propostas em conjunto.

Com relação à renda, metade da população estudada possuía renda per capita de até R\$ 253,33. Em um estudo elaborado por Costa *et al.*, (2007) foi detectada associação estatisticamente significativa entre a hipertensão arterial e a renda familiar, revelando a dependência de hipertensão arterial com más condições de vida. Evidências de maior reconhecimento da prática de atividade física e do uso de dietas saudáveis, como estratégias de controle da hipertensão, foram encontradas em idosos portadores de hipertensão arterial, com maior nível de escolaridade. Chama-se atenção para o fato de que os de maior escolaridade conseguem incorporar essas atividades em suas práticas de controle da doença (ZAITUNE *et al.*, 2006).

Os indivíduos com nível socioeconômico desfavorável estariam, assim, mais propensos à depressão e ao estresse crônico causados pelas dificuldades cotidianas, fatores contribuintes para o aumento dos níveis de catecolaminas e, conseqüentemente, a frequência cardíaca e a pressão arterial (VARGAS; INGRAM, 2000).

Dentre os dados clínicos avaliados, ressalta-se o alto percentual de indivíduos portadores de hipertensão arterial com excesso de peso, sendo 34,5% de sobrepeso e 36,1% de obesidade. Esse fato tem confirmação, inclusive, pela média de IMC ($29,12 \pm 4,61$).

A prevalência da obesidade vem aumentando, de forma alarmante, assumindo características de verdadeira epidemia, e sendo colocada hoje, pela Organização Mundial de Saúde, como um entre os dez indicadores de risco de maior importância, em relação à morbidade, incapacitação e mortalidade (GRUNDY, *et al.*, 2005). Acrescenta-se a tanto, que a obesidade é um importante indicador de risco para a hipertensão, podendo ser causa dessa doença em mais de 30% dos portadores de hipertensão arterial (CONSENSO LATINO AMERICANO SOBRE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2001).

Utilizando os mesmos critérios de classificação do IMC, Costa *et al.* (2007) identificaram que 53,1% da população apresentaram algum grau de excesso de peso. Prevalências menores do que as encontradas neste estudo constituíram-se achados na revisão de literatura sobre os indicadores de riscos para hipertensão. Entre 40 artigos analisados verificou-se uma prevalência de obesidade, com variação de 7,9% a 20,8%, enquanto o excesso de peso foi de 25,7% a 51,6% (BLOCH; RODRIGUES; FISZMAN, 2006). A maior prevalência de excesso do peso encontrada no presente estudo, pode estar relacionada ao fato da população estudada já ser acometida pela hipertensão arterial.

A associação do IMC com hipertensão arterial tem sido identificada e demonstrada em vários estudos realizados no Brasil (BRANDÃO *et al.*, 2003; GARCIA *et al.*, 2004). Feijão *et al.* (2005) concluíram em seu estudo, que o aumento da prevalência de hipertensão arterial é diretamente proporcional ao aumento da massa corporal, de tal maneira que os indivíduos com sobrepeso e obesos apresentam uma prevalência 59% e 149%, respectivamente, maior do que os indivíduos com peso normal, o que sinaliza uma relação de causa e efeito entre essas duas variáveis.

Borges, Cruz e Moura (2008) encontraram que excesso de peso mostrou-se como o melhor preditor da hipertensão arterial, em ambos os sexos, com potencial de modificação da hipertensão arterial. Foi constatado por Carneiro *et al.* (2003), que a chance de um indivíduo com obesidade ser também portador de hipertensão arterial é 7,53 vezes maior que de um indivíduo com sobrepeso ser acometido por agravo similar.

Segundo, Jardim *et al.*, (2007), a forte associação entre o excesso de peso e a ocorrência de hipertensão arterial indica a urgência de medidas capazes de atuar sobre os indicadores de risco que podem interferir, decisivamente, sobre a determinação da prevalência de hipertensão arterial em um grupo populacional.

A metanálise de 25 estudos clínicos randomizados, demonstrou uma redução média de 1,05 mmHg na pressão arterial sistólica e 0,92 mmHg na pressão diastólica para cada redução de 1 kg de peso corporal, independentemente de sexo, raça e idade (NETER *et al.*, 2003).

Diante disso, deve ser dada a prioridade ao incentivo à redução do peso, considerando-se que até mesmo pequenas perdas do peso corpóreo podem gerar significativa queda da pressão arterial (LOPES; BARRETO-FILHO; RICCIO, 2003).

Diversos estudos apontam o estilo de vida sedentário como um importante indicador de risco do excesso de peso (HU *et al.*, 2002; ABDUL-RAHIM *et al.*, 2003; COSTA *et al.*, 2005) e de doenças cardiovasculares (SMANIO; MASTROCOLLA, 2005). Costa *et al.* (2005) encontraram que indivíduos com sobrepeso e obesidade realizam menos atividades físicas no lazer, quando comparados aos indivíduos de peso normal. Masson *et al.* (2005) observaram que mulheres obesas apresentavam uma probabilidade 41% maior de serem sedentárias, em relação às com IMC normal. Em concordância com o presente estudo, pesquisas transversais não encontraram essa relação (POMERLEAU *et al.*, 2000; HALLAL *et al.*, 2003).

É importante ressaltar que, da mesma forma como o incentivo à atividade física, pode resultar em uma diminuição do peso excedente, é preciso, também, que os profissionais

de saúde adotem como estratégia de ação, conscientizar quanto aos hábitos alimentares, no intuito de reduzir o peso corporal, principalmente no caso das pessoas com sobrepeso e obesidade. Sabe-se que uma maior atividade física contribui para a perda de peso corporal, especialmente se praticada em associação com uma dieta hipocalórica (GALVÃO; KOHLMANN, 2002).

Outro dado relevante, que também está diretamente associado ao elevado IMC e à hipertensão arterial, é a presença de diabetes mellitus, em significativa parcela da amostra estudada (70%). Cercato *et al.* (2000) e Carneiro *et al.* (2003) observaram, em seus estudos, a associação de um nítido aumento da prevalência de hipertensão arterial e de diabetes mellitus com o aumento do peso. Em consonância, Martinez e Latorre (2006) concluíram que em relação ao diabetes mellitus, após ajuste, pelas variáveis demográficas e ocupacionais, o excesso de peso foi a variável que maior impacto produziu.

Na literatura, a prevalência de DM varia de 4,0% a 12,0%, ressaltando-se os estudos realizados em populações específicas (MATOS; LADEIA, 2003; LESSA *et al.*, 2004, COSTA *et al.*, 2007). Em âmbito nacional, estudo desenvolvido em 15 capitais e no Distrito Federal, encontrou prevalências de DM variando de 5,2% a 9,4% (BRASIL, 2003).

Sabe-se o quanto é comum a ocorrência concomitante de hipertensão e de diabetes, dado esse corroborado em pesquisas, apontando para forte associação entre essas doenças (FREITAS *et al.*, 2001). Esta associação combinada ao fato do local de coleta dos dados ser um centro especializado para o atendimento de pessoas portadoras de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus, possivelmente, foi a razão da elevada prevalência de diabetes mellitus encontrada.

No tratamento de doenças cardiovasculares e crônicas, como a hipertensão arterial e o diabetes, a atividade física tem sido apontada como uma das principais medidas não farmacológicas, assumindo aspecto benéfico e protetor (KRINSKI *et al.*, 2006).

Estudos afirmam que a prática regular de atividade física é eficaz para controle e prevenção do diabetes tipo 2, com redução média de 70% dos riscos de desenvolver a diabetes, quando o exercício físico é praticado em intensidade moderada a alta, por melhorar a sensibilidade à insulina e tolerância à glicose, e diminuir a glicemia sangüínea dos indivíduos (CIOLAC; GUIMARÃES, 2004).

Na conformidade deste estudo, a ausência de diabetes diminui em 40% o risco de desenvolver “estilo de vida sedentário”. Por outro lado, Martinez e Latorre (2006), ao estudarem indicadores de risco para hipertensão e diabetes, encontraram que trabalhadores

sedentários apresentaram em 1,28 vezes a chance de terem DM, quando comparados com aqueles que referem algum tipo de prática de atividade física.

Tem-se, portanto, que o maior gasto calórico e as demais reações produzidas pelo exercício físico contribuem, positivamente, com a manutenção da saúde, com a prevenção de complicações e com o controle do diabetes e da hipertensão arterial.

Ao se proceder a avaliação do nível de atividade física, por meio do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ), visualizou-se a predominância dos níveis baixo (40,0%) e moderado (44,2%) de atividade física na população estudada. Dados similares foram encontrados em outros estudos, os quais também avaliaram o nível de atividade física em portadores de hipertensão arterial, sendo detectada uma associação inversa entre a prática de atividade física e a prevalência de hipertensão arterial sistêmica (BARRETO *et al.*, 2001; CASTRO; MONCAU; MARCOPITO, 2007).

A elevada prevalência de inatividade física tem sido demonstrada em vários estudos nacionais e internacionais (SILVA; MALINA, 2000; MONTEIRO *et al.*, 2003; ALTIERI *et al.*, 2004; GÓMEZ; MATEUS; CABRERA, 2004; ALVES *et al.*, 2007). Torna-se, pois, importante atentar para o fato de que não são poucos os estudos que apontam para uma realidade de que a população brasileira apresenta características que se relacionam a um baixo nível de atividade física. No entanto, a avaliação de uma população tida como inativa fisicamente, deve ser vista com ponderação, pois uma limitação observada nos estudos é a de que a atividade física relaciona-se, com maior frequência, às atividades realizadas no lazer.

Exemplo disso é relatado por Costa *et al.* (2005) em estudo realizado com a população adulta de Pelotas, Rio Grande do Sul, no qual foi observado a prevalência de inatividade física no lazer, em 80,7% da amostra. Da mesma forma, Gomes, Siqueira e Sichieri (2001) também realizaram estudo na cidade do Rio de Janeiro, com indivíduos acima de 12 anos, tomando como referência as atividades físicas desenvolvidas no tempo de lazer. Entre os homens, 59,8% referiram que nunca realizavam atividade física de lazer, enquanto entre as mulheres, este percentual foi de 77,8%, ocorrendo um importante aumento dessa prevalência, com o aumento da idade.

Também em relação ao lazer, pesquisa desenvolvida em Santa Catarina, obteve que 68,1% dos trabalhadores de indústrias eram inativos fisicamente (BARROS; NAHAS, 2001). Complementarmente, Barreta, Barreta e Peres (2007) encontraram em outro município de Santa Catarina, um percentual de 57,4% de pessoas consideradas insuficientemente ativas. Deve-se observar, no entanto, que nesses estudos os indivíduos tidos como inativos durante o tempo de lazer podiam ser mais ativos em outros contextos.

Em contrapartida, na cidade de Mafra - Santa Catarina foi realizado um estudo de base populacional, com utilização do IPAQ, em sua versão longa, no qual foi verificado que 89,9% dos indivíduos adultos atendiam ao critério mínimo de gasto energético de 450 MET/minutos/semana, assim considerados no conjunto das quatro atividades de abrangência do questionário: trabalho, transporte, lar e lazer (FLORES, 2002). Com critérios metodológicos semelhantes de classificação do nível de atividade física, Hallal *et al.*, (2003), em Pelotas (RS), observaram prevalência de inatividade entre 38 a 41% para a faixa etária dos 20 aos 65 anos de idade.

Dados internacionais também apontam para uma elevada prevalência de inatividade física. Na Finlândia, 71% da população é sedentária. Na Bélgica, chega a atingir o valor de 67% e, em Portugal, 83%. Em países como a Suécia e Irlanda, a prevalência é menor e varia de 32% a 35% (VUORI, 2001). Na cidade de Genebra, Suíça, Bernstein, Constanza e Morabia (2001) em estudo de base populacional, envolvendo indivíduos entre 35 e 74 anos, verificaram que a prevalência de sedentarismo era de 70% entre as mulheres e de 57% entre os homens. Entretanto, considerando o status sócio-econômico, os níveis mais baixos apresentaram prevalência mais alta de sedentarismo.

O critério de avaliação utilizado pelo IPAQ reveste-se de maior importância para os países pobres, onde as atividades de transporte, do lar, de ocupação e não somente as atividades de lazer, habitualmente impõem representativo gasto energético para essas populações.

Com referência ao diagnóstico de enfermagem “Estilo de vida sedentário” a concordância entre os avaliadores foi moderada e a prevalência definida ficou em 60% entre os portadores de hipertensão arterial. O único estudo encontrado com população semelhante à da presente investigação, foi o de Fortes (2007). Ao analisar o perfil de diagnóstico de enfermagem em pacientes com angina instável, a autora encontrou prevalência do "Estilo de vida sedentário" de 28,07%. Percebe-se que a prevalência identificada na população de portadores de hipertensão arterial foi superior, ratificando a idéia de que o estilo de vida sedentário é um importante indicador de risco associado à etiologia de alterações cardiovasculares, como a angina. Entende-se, por conseguinte, que medidas preventivas que estimulem um estilo de vida ativo, são capazes de atenuar o número de agravos decorrentes do sedentarismo em portadores de hipertensão arterial.

Sabe-se que a atividade física faz bem à saúde. Não obstante, essa afirmação extrapola sua dimensão de senso comum. De fato, atualmente, a prática regular de exercícios físicos vem sendo apontada como importante ação na área de saúde pública (CDC 2004). Essa

possibilidade encontra suporte teórico na influência benéfica de um estilo de vida ativo (WHO, 2008) e na influência maléfica de um estilo de vida sedentário (BRASIL, 2003; BRASIL, 2008) que, por sua vez, está fundamentada na difundida associação entre atividade física e indicadores de morbimortalidade (BRASIL, 2003; WHO, 2008).

Ainda que a relação saúde/exercício físico esteja bem estabelecida e tenha ampla discussão, a população brasileira apresenta alto nível de sedentarismo. Dados do IBGE afirmam que os índices ultrapassam 80% da população adulta (SBC, 2008).

Ferreira e Najjar (2005) ao refletirem sobre o processo de adesão à prática regular de atividades físicas ratificam, com base na literatura específica, que a adesão a esse hábito sofre influência de muitos fatores, como: experiências anteriores na prática desportiva e de exercícios físicos; apoio do cônjuge e de familiares; aconselhamento médico; conveniência do local de exercitação; aspectos biológicos/fisiológicos; gênero; motivação para a prática do exercício; disponibilidade de tempo; condição socioeconômica; conhecimento sobre exercício físico; e acesso a instalações e espaços adequados à prática de exercício dessa natureza. Referidos autores destacam, ainda, que a importância relativa de cada um desses fatores, na adesão à prática do exercício, pode variar de acordo com o local, a população ou o período de tempo estudado.

A falta de adesão ao tratamento constitui um dos maiores problemas no controle da hipertensão arterial, cuja ocorrência alcança 40% dos pacientes, por motivos os mais diversos. Diminuir essa proporção torna-se, pois, um dos grandes desafios no tratamento do portador de hipertensão arterial (SIMONETTI; BATISTA; CARVALHO, 2002).

Por outro lado, é bem verdade que pessoas sedentárias podem mudar seu estilo de vida tornando-se mais ativas, desde que sejam sensibilizadas para tanto, recebam informações adequadas e motivadoras, se insiram em grupos aderentes à prática de exercícios físicos e reúnam condições objetivas para assumir essa prática, como por exemplo, recursos financeiros, tempo livre e acesso fácil aos locais onde ela se desenvolve.

Pesquisas indicam que grande parcela da população não segue as recomendações atuais quanto à prática de atividades físicas (HALLAL *et al.*, 2005). Em uma revisão sistemática sobre a evolução da pesquisa epidemiológica em atividade física no Brasil, Hallal *et al.* (2007) encontraram, em 42 artigos analisados, prevalências bem diversificadas, variando conforme o instrumento utilizado, a localização do estudo e a composição da amostra. A prevalência de estilo de vida sedentário, entre os estudos, oscilou de 26,7% a 78,2%, considerando a atividade física em dois ou mais domínios. Quando considerada apenas a atividade no domínio lazer, a variação dessa prevalência ficou entre 55,3% e 96,7%.

Destaca-se que dos 42 artigos analisados, nenhum avaliou o estilo de vida sedentário, enquanto diagnóstico de enfermagem, dificultando possíveis comparações. Também não foram encontradas referências em outros contextos para comparações mais fidedignas. Em contrapartida, guardando similaridade com o presente estudo, na maioria dos artigos revisados evidenciou-se o emprego de questionário para mensuração da atividade física, sendo o IPAQ o mais utilizado. Todavia, a classificação sugerida pelo IPAQ não foi o único critério utilizado para a formulação diagnóstica. Enfatiza-se, por oportuno, que os resultados apresentados neste estudo demonstram tendência similar, uma vez que os índices de estilo de vida sedentário, enquanto indicador de risco e fenômeno de enfermagem foram de 40% e 60%, respectivamente. Índices maiores foram identificados por Cunha, Carmagnani e Cornetta (2002), quando ao investigarem portadores de hipertensão arterial em tratamento ambulatorial encontraram 90% categorizados como sedentários.

Diante desses achados, percebe-se que apesar de metade da amostra ser portadora de hipertensão, há pelo menos dez anos, é relevante a prevalência de inatividade física, ainda que no estudo, para análise do nível de atividade física, tenham sido consideradas as atividades de transporte, do lar, de ocupação e de lazer.

A associação entre prática de atividade física e indicadores socioeconômicos vem despertando grande interesse dos pesquisadores nessa área específica. Nesta investigação, percebeu-se que indivíduos que possuíam o “Estilo de vida sedentário” eram mais jovens. Relações inversas foram, porém, encontradas em outros estudos (MATSUDO *et al.*, 2002; HALLAL *et al.*, 2003; MASSON *et al.*, 2005; COSTA *et al.*, 2007). Alves *et al.* (2005) relatam que vários estudos seccionais e longitudinais indicam que a atividade física geralmente declina de 1% a 20% por ano.

Embora não tenham sido encontradas associações do “Estilo de vida sedentário” com o sexo, tempo de escolaridade, renda per capita, religião, procedência e presença de companheiro, outros estudos apontam para essas relações, ainda que de forma inconclusivas.

Em referência ao gênero, estudos realizados nas regiões Sudeste, Sul e Nordeste, relatam que o sexo masculino possui maior chance de apresentarem um baixo nível de atividade física (MATSUDO *et al.*, 2002; SIQUEIRA *et al.*, 2008). Em contrapartida, estudo realizado em Joinville, Santa Catarina, mostrou que as mulheres apresentam um menor nível de atividade física habitual, quando comparadas com os homens, e abaixo do recomendado para manutenção da saúde (SANTOS, COELHO, 2003).

Evidências apontam que menor tempo de escolaridade, aumenta a chance de um estilo de vida sedentário (GOMES; SIQUEIRA; SICHIERI, 2001; MATSUDO *et al.*, 2002;

ANDREOTTI; OKUMA, 2003; MASSON *et al.*, 2005). Indivíduos com esse perfil tendem a adotar, com mais frequência, hábitos de vida prejudiciais à saúde, por falta de conhecimento, menor acesso à informação e a condições de vida que permitam incorporar comportamentos considerados saudáveis.

Ao investigar a hipertensão arterial e seus indicadores de risco, Jardim *et al.* (2007) encontraram que o estilo de vida sedentário foi o fator mais freqüente nas classes sociais de baixa renda, exatamente naquelas em que o risco da hipertensão arterial foi mais significativo, o que acaba sinalizando fator complicador para a prevenção de complicações e o tratamento.

Andreotti e Okuma (2003) relatam alguma relação entre adesão ao estilo de vida ativo e renda, na população adulta, considerando que grupos de baixa renda podem participar menos de programas de atividade física, face à probabilidade maior de serem relativamente desinformados quanto aos benefícios para a saúde advindos da atividade física, incluindo sua forma e quantidades apropriadas. Além disso, pode-se enfatizar que poucos dispõem de condições para pagar taxas ou mensalidades, muitas vezes altas, cobradas por clubes e academias, o que poderia ser visto como possível barreira para a prática de atividade física.

Siqueira *et al.* (2008) encontraram que a baixa renda familiar apresentou-se como fator de risco para sedentarismo, tanto em adultos, quanto em idosos. Ao contrário, Costa *et al.* (2005) e Hallal *et al.* (2007) perceberam, entre indivíduos de baixa renda, uma proporção menor de indivíduos inativos fisicamente.

Estudo realizado no Brasil que caracterizou os indicadores de risco cardiovasculares relacionados à atividade física de portadores de hipertensão arterial, encontrou baixo nível socioeconômico e baixa escolaridade. Os autores ratificaram que mudanças no estilo de vida, combinadas à prática de hábitos alimentares saudáveis e de exercícios físicos regulares constituem aspectos importantes a serem considerados nas intervenções voltadas ao controle da hipertensão (PIOVESANA; COLOMBRO; GALLANI, 2006).

Embora não tenha sido encontrada associação estatística entre o diagnóstico “Estilo de vida sedentário” e procedência, percebeu-se que 83,4% dos portadores de hipertensão arterial que possuíam o diagnóstico moravam na capital. Idéia semelhante foi reforçada por Matsudo (2005), segundo o qual pessoas de região metropolitana são muito menos ativas (39,4%) que as do interior (53,4%) e do litoral (66,5%). Sabe-se que o estilo de vida no interior é bem diferente do encontrado na capital. Nas áreas interioranas, a rotina diária é mais tranqüila, o trânsito é menos estressante, o índice de violência é menor, boa

parte da população usa, como meio de transporte, bicicletas ou caminhadas, o custo de vida é menos oneroso, fatores esses que criam melhores condições à prática de exercícios físicos, por parte dos indivíduos radicados no interior.

Nesta investigação, não foram encontradas diferenças estatísticas entre o “Estilo de vida sedentário” e o estado civil das pessoas, corroborando o estudo de Costa *et al.* (2005) e Baretta, Baretta e Peres (2007). No entanto, 66,1% dos indivíduos que possuíam o diagnóstico “Estilo de vida sedentário”, viviam com companheiros. Spinel e Püschel (2007) ao estudarem o estilo de vida de pessoas com alterações cardiovasculares, encontraram que os indivíduos, sem companheiro (a) obtiveram, significativamente, melhor domínio do exercício do que os em situação contrária. No caso dos solteiros, possivelmente, são eles os que mais se preocupam em melhorar a imagem corporal, e os que mais se exercitam, portanto, com a intenção de melhorar o aspecto físico e as condições de saúde.

Em relação às concordâncias entre os avaliadores, as características definidoras “escolhe rotina diária sem exercício físico” e “verbaliza preferência por atividade com pouco exercício físico”, observou-se concordância moderada. Entretanto, com referência à característica “demonstra falta de condicionamento físico” foram observados menores índices de concordância.

Freqüentemente considerados como equivalentes, os termos "atividade física" e "exercício físico" não são sinônimos. Atividade física é qualquer movimento corporal produzido pela musculatura esquelética, que resulte em um gasto energético maior do que os níveis de repouso, enquanto que exercício físico é toda atividade física planejada, estruturada e repetitiva que tem por objetivo a melhoria e a manutenção da aptidão física (DOMINGUES; ARAÚJO; GIGANTE, 2004).

Estudos epidemiológicos conseguem demonstrar que a prática regular de exercício físico está intimamente associada à redução significativa da morbimortalidade cardiovasculares, além de ajudar na reabilitação de doenças cardíacas (LEE; SKERRETT; 2001, FORJAZ, *et al.*, 2002).

Em estudo sobre o risco cardiovascular e atividade física, Forjaz *et al.* (2002) asseguram, ainda, que indivíduos sedentários, quando se tornam um pouco ativos reduzem, expressivamente, seu risco cardiovascular, devido aos efeitos benéficos do exercício sobre o sistema cardiovascular e sobre o controle dos demais fatores de risco. Ademais, o exercício físico tem sido utilizado como coadjuvante ao tratamento farmacológico de inúmeras doenças cardiovasculares (VANZELLI *et al.*, 2005).

A recomendação do exercício físico prescrita pela OMS, pelo CDC, pelo American College of Sports Medicine e, em âmbito nacional, pela V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial remete à indicação de que todo cidadão adulto deve realizar, rotineiramente, em, no mínimo, cinco dias da semana, pelo menos 30 minutos de atividade física de intensidade moderada, de forma contínua ou acumulada, chamando a atenção para o fato de que benefícios maiores serão obtidos por envolvimento superior (PADILLA; WALLACE; PARKS, 2005; CENTER DISEASE OF PREVENTION AND CONTROL-CDC *apud* FERREIRA; NAJAR, 2005; SBH, 2006). Outros autores concordam com essas recomendações mínimas de exercício físico (BARETTA; BARETTA; PERES, 2007; SILVA *et al.*, 2006). Keihan e Rodrigues (2005) acrescentam-lhes, a título de sugestão, a prática de exercícios de força muscular e alongamentos. Em grupos, com possibilidade de maior controle, são sugeridas atividades intensas, por 20 minutos de duração, três vezes por semana.

No presente estudo, 41,6% dos portadores de hipertensão arterial apresentaram a característica definidora “escolhe rotina diária sem exercício físico” e 55,5% a característica “verbaliza preferência por atividade com pouco exercício físico”.

Evidências mostram que uma rotina regular de exercícios físicos pode diminuir a pressão arterial, bem como diminuir a mortalidade cardiovascular em até 30%. Ao contrário, indivíduos que escolhem uma rotina diária sem exercício físico apresentam entre 20 a 50% risco maior de desenvolverem hipertensão arterial (BADELL; COTILLA; CARMONA, 2005; DIOGUARDI *et al.*, 2005).

Ao avaliar o efeito do exercício físico regular sobre a pressão arterial, Cornelissen e Fagard (2005) encontraram reduções de 2,4 até 3,5 mmHg, sendo o efeito hipotensor maior, quanto maior for a pressão arterial inicial. Outros estudos relatam reduções mais significativas (KOKKINOS; PAPADEMETRIOU, 2000; LOPES; BARRETO-FILHO; RICCIO, 2003).

Sabe-se, além disso, que o exercício físico regular auxilia também no controle do peso corporal, da resistência à insulina e à dislipidemia, reduzindo o risco cardiovascular geral (KRINSKI *et al.*, 2006). Por conseguinte, os profissionais de saúde devem estimular e orientar uma rotina diária de exercício físico, de acordo com as recomendações apontadas, principalmente, para aqueles indivíduos que já possuem riscos cardiovasculares associados, como por exemplo, a hipertensão arterial.

Andrade (2001), em sua tese de doutorado, ao comparar bancários ativos e sedentários, encontrou que o grupo ativo realiza exercício físico regularmente por prazer e, pelo fato de favorecer ao esquecimento dos problemas relacionados ao trabalho, enquanto os

sedentários não o praticam rotineiramente, verbalizando, no que diz respeito ao lazer, preferência por atividades com pouco exercício físico, por não se sentirem motivados, optando, assim, por atividades mais calmas e de baixa exigência física. A maioria dos bancários sedentários buscava atividades hipocinéticas e relaxantes como ler, assistir televisão e tomar banho. Importante destacar que, no grupo dos sedentários, 43,3% afirmaram possuir problemas cardíacos.

No que tange à característica definidora “demonstra falta de condicionamento físico”, foram observados menores índices de concordância. Entretanto, essa foi a mais prevalente, com 84,8%. Este fato pode estar associado à simplicidade e clareza do instrumento para auto-avaliação dos indivíduos, e conseqüente exposição objetiva dos dados aos avaliadores. Os dados encontrados devem ser vistos, porém, com ponderação, uma vez que o condicionamento efetivo depende da execução de atividades minuciosamente planejadas e executadas, e são influenciados pelo nível inicial de aptidão cardiovascular e pelo tipo, velocidade, frequência, duração e intensidade do treinamento (McARDLE; KATCH; KATCH, 2002).

No estudo que se apresenta, o condicionamento físico, foi definido a partir da auto-avaliação do indivíduo. Metodologia semelhante foi utilizada por Andrade (2001), dando a perceber que na auto-avaliação da capacidade física para o esporte, diferenças foram evidenciadas entre indivíduos ativos e sedentários. Enquanto os ativos manifestaram capacidade moderada (25%), boa (60%) e excelente (15%), manifestação dos sedentários oscilou entre péssima (6,7%), fraca (33,3%) e moderada (60%) capacidade. Além disso, diferenças foram verificadas com relação à aptidão física e à capacidade motora relatada pelos grupos. Os ativos demonstraram força, resistência muscular e flexibilidade para o esporte, afirmando ótima capacidade motora para o trabalho. Já os sedentários relatam o contrário, não possuíam força, resistência muscular e flexibilidade desejadas.

Após submeter um grupo de indivíduos acometidos por Acidente Vascular Encefálico a um programa de exercício físico, por um período de seis meses, Costa e Duarte (2002) concluíram que o programa de atividade física regular exerceu sobre os mesmos uma influência benéfica e significativa, no que concerne ao ganho de energia e vitalidade e à melhoria da sua capacidade física. Os participantes apresentaram diminuição das limitações físicas, com ganhos de força, resistência, flexibilidade, equilíbrio e desenvolvimento de outras habilidades físicas, tornando-se mais aptos à realização de suas tarefas cotidianas. Ademais, ao comparar os valores pressóricos dos vinte primeiros dias de realização do programa, com os valores obtidos nos últimos vinte dias de avaliação, observou-se estabilização da pressão

arterial, considerando-se o fato de, no início, terem sido encontrados valores altos e instáveis e, no final, percebidos padrões dentro da normalidade.

Observa-se, diante do exposto, que as características definidoras aqui apontadas, guardam íntima relação, haja vista a falta de condicionamento físico estar atrelada a uma rotina diária sem exercício físico, resultante, possivelmente, da preferência de atividades com pouco exercício físico.

Pertinente aos fatores relacionados, “conhecimento deficiente sobre os benefícios que a atividade física traz à saúde” e “falta de motivação” apresentaram menores índices de concordância e menores prevalências, 4,2% e 12,3%, respectivamente. “Falta de interesse” foi o fator relacionado com maior concordância entre os avaliadores, mantendo-se presente em 47,7%.

Embora no presente estudo, não tenha sido comprovada associação significativa entre o “conhecimento deficiente sobre os benefícios que a atividade física traz à saúde” e o “Estilo de vida sedentário”, a literatura reforça essa relação.

O déficit de conhecimento sobre como se exercitar, as finalidades de cada exercício, limitações de alguns grupos populacionais e percepções distorcidas, em relação aos benefícios do movimento, são, seguramente, algumas das razões que levam a um estilo de vida sedentário. A par disso, maiores conhecimentos sobre exercício físico podem impedir que os níveis de sedentarismo sofram aumento (DOMINGUES; ARAUJO; GIGANTE, 2004).

Dentro desse contexto, Santos e Lima (2008) encontraram, em estudo realizado com 20 portadores de hipertensão arterial, que a maior parte deles refere, como principal conduta preventiva, a mudança de hábitos alimentares, ficando a atividade física muito aquém do que seria esperado, sendo citada por apenas quatro pacientes.

Segundo Cunha, Carmagnani e Cornetta (2002), o déficit de conhecimento em portadores de hipertensão arterial leva à dificuldade para o desempenho do auto-cuidado, pelo que o indivíduo fica mais exposto a riscos e ao aparecimento dos sinais e sintomas, quando a doença já está instalada.

Por outro lado, o fato de possuir o conhecimento não implica, necessariamente, na prática de exercício físico, porém sem o conhecimento e percepção corretos acerca do tema, é improvável que atitudes sejam tomadas, no sentido de alterar um padrão comportamental (FERREIRA; NAJAR 2005). Essa relação foi evidenciada no presente estudo, quando apesar de 95,8% possuírem conhecimento sobre os benefícios que a atividade física traz à saúde, em 60% dos entrevistados o diagnóstico “Estilo de vida sedentário” esteve presente.

Concernente ao conhecimento e percepção sobre o exercício físico de 3182 indivíduos, maiores de 20 anos, originários da região do sul do Brasil, Domingues, Araújo e Gigante (2004), encontraram que a grande maioria da população reconheceu a importância do exercício físico, porém menos de 20% consideram-no indispensável nos processos de crescimento e envelhecimento saudáveis. Os autores definiram, como satisfatório, o nível de informação da população quanto às recomendações para a prática de exercícios físicos, tida como indutora de benefícios à saúde. Muitos, porém, vincularam essa prática a características como pouca idade e saúde perfeita.

O conhecimento de portadores de hipertensão arterial sobre sua condição de saúde, medidas terapêuticas e preventivas, é de suma importância, por facilitar a adesão às orientações, à manutenção ou melhora do bem-estar, além de evitar alterações de saúde decorrentes do descontrole dos níveis pressóricos.

Apesar de toda a divulgação na mídia, acerca do exercício físico, como fator de proteção contra cardiopatias e outras doenças crônicas, os benefícios mais lembrados não foram sobre os males puramente físicos, e sim sobre alterações positivas do bem-estar (DOMINGUES; ARAÚJO; GIGANTE 2004).

Nesse sentido, Ramos (2000), ao analisar os determinantes de adesão, manutenção e desistência de um programa de prevenção e reabilitação cardiovasculares, destaca a falta de motivação e ausência de interesse pela atividade como elementos importantes na desistência do programa. Razões como essas, repercutem, diretamente, nos aspectos psicológicos relacionados ao prazer, satisfação e bem-estar. O autor relata, ainda, que 60,3% indicaram a saúde como principal motivo para a adesão à atividade física, influenciada talvez, pela natureza do programa. Destarte, a falta de motivação e de interesse influenciam, de forma direta, tanto a adesão, quanto a manutenção em programas de atividades físicas.

Por sua vez, um estilo de vida ativo favorece alterações emocionais benéficas ao estado de saúde. Na avaliação procedida sobre o quanto os aspectos emocionais podem interferir na realização de atividades de vida diária, Costa e Duarte (2002) afirmam que a atividade física sistemática exerce uma ação positiva sobre o psicológico dos indivíduos, proporcionando-lhes uma nova postura com relação à sua auto-imagem, auto-percepção e auto-estima, implicando, por conseguinte, uma mudança no seu estado de espírito e uma forma mais segura para lidar com as atividades do seu dia a dia. Para Masson *et al.* (2005) a atividade física age sobre o psique dos praticantes, diminuindo o isolamento, a depressão, e favorecendo a socialização e a formação de novos grupos, além de melhorar a auto-imagem.

Nesse contexto, tanto a falta de motivação, quanto a de interesse, estão diretamente associados à não prática de atividade física, seja, como causa ou efeito do estilo de vida sedentário.

No que se refere aos fatores relacionados “falta de treino para fazer exercícios” e “falta de recursos (tempo, dinheiro, companhia ou estrutura)”, foram observadas discretas oscilações entre os avaliadores, revelados, respectivamente, em 61% e 56,5% dos pacientes portadores de hipertensão arterial.

Após um período de treinamento, o exercício dinâmico realizado regularmente em portadores de hipertensão arterial leves a moderados, consegue gerar decréscimos significativos nos níveis de pressão sistólica e diastólica, tanto em repouso como em esforço (XIN; HE; FRONTINI, 2001; CHOBANIAN *et al.*, 2003; PITT; REMME; ZANNAD, 2003).

É importante destacar que os efeitos do treinamento não persistem por mais de duas semanas, após a interrupção da atividade física regular (VIEIRA *et al.*, 2004).

Os hipertensos, sem evidentes contra-indicações clínicas ao exercício, devem ser encorajados a participar de programas de exercícios aeróbicos, mesmo quando a pressão arterial de repouso está sob controle via uso de drogas (CHOBANIAN *et al.*, 2003; AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2008). A atividade física aeróbica regular é capaz de promover aumento na capacidade física, podendo ser benéfica, tanto para a prevenção, como para o tratamento da hipertensão (CHOBANIAN *et al.*, 2003).

Aos benefícios diretos relacionados à pressão arterial, que um programa de treinamento regular proporciona, alia-se melhor condicionamento físico, criando facilidades aos indivíduos para manutenção de uma rotina diária de exercícios físicos, o que vem torná-los mais ativos. Essa relação foi evidenciada no presente estudo, uma vez que “escolhe rotina diária sem exercício físico”, “demonstra falta de condicionamento físico” e “falta de treino para fazer exercícios” aumentaram a probabilidade dos portadores de hipertensão arterial virem a desenvolver o “Estilo de vida sedentário”.

Em concordância, Andrade (2001), em sua tese de doutorado, encontrou que parte do grupo sedentário percebe o problema de seu estilo de vida como resultado da falta de treino, hábito ou disciplina para se exercitar. A baixa adesão aos programas de exercício físico constitui um grande problema de saúde pública, sabendo-se, inclusive, que não são poucos os fatores pessoais e ambientais implicados nessa questão (OLIVEIRA FILHO; SALLES; SALVETTI, 2005).

Na abordagem da influência ambiental na adesão, Ferreira e Najar (2005) versam fatores bem diversos, que vão desde a interferência da família, de colegas e de profissionais

de saúde até a influência do clima e do acesso a instalações, passando ainda pela disponibilidade de tempo e de recursos financeiros. Segundo esses autores, a riqueza na oferta de estruturas para a prática do exercício, além de servir de estímulo visual, chamando a atenção das pessoas para a oportunidade e a validade da prática do exercício, reduz barreiras físicas e psicológicas associadas ao exercício, uma vez que a proximidade do local do exercício diminui o tempo de deslocamento da pessoa.

Matsuda *et al.* (2002) em comentário sobre pesquisa publicada pelo DATA FOLHA, ratificaram a falta de tempo citada no veículo de informação, como a principal barreira para a prática de atividade física, tomando como referência 65% dos entrevistados sedentários. Entre os ativos, as principais motivações para a prática foram a busca do emagrecimento (53%) e a promoção da saúde (53 %).

No estudo de Andrade (2001), os motivos apontados como os que mais prejudicam a prática de atividade física, foram os “problemas econômicos financeiros” e a “falta de tempo pelo excesso de carga horária trabalhada”. Um ponto importante nesse estudo, foi a semelhança no posicionamento de sedentários e ativos, quanto à necessidade de planejar tempo para a prática de atividade física. Mais de 50% dos sedentários referendaram essa necessidade, indicando uma provável predisposição à mudança de estilo de vida. Entretanto, o potencial para a mudança de estilo de vida esbarra no problema da realidade vivenciada pela população brasileira, em que, via de regra, as atividades laborais e domésticas absorvem quase que totalmente o tempo das pessoas, em seu cotidiano. Associam-se a tanto a ausência de informações disponíveis para orientar e estimular um estilo de vida ativo, bem assim, a carência de programas governamentais que estimulem a prática rotineira de atividade física.

Estimular a população a desenvolver um estilo de vida mais ativo representa, pois, um valioso instrumento com vistas à melhoria dos padrões de saúde. Para isso, é essencial que os indivíduos se sintam motivados a participar ativamente do tratamento da hipertensão arterial. Acredita-se que o caminho mais indicado seja a educação e o estímulo para a mudança de atitudes, diante da enfermidade. À conta disso é que serão sempre mais necessárias intervenções modernas de promoção de atividade física não centrada apenas no indivíduo, mas também no seu entorno, em uma abordagem multifatorial.

Quanto à análise da predição para o diagnóstico “Estilo de vida sedentário”, em portadores de hipertensão arterial, os três indicadores que, em conjunto, compuseram o modelo foram “demonstra falta de condicionamento físico”, “verbaliza preferência por atividade com pouco exercício físico” e “falta de treino para fazer exercícios”. A associação desses três indicadores aponta em 85,2% dos casos para a presença do diagnóstico.

Esses indicadores mantêm uma relação entre si, uma vez que o indivíduo que prefere atividades com pouca atividade física, apresentará uma maior chance de falta de treino, que por sua vez, possivelmente, será acometido com a falta de condicionamento físico. Portanto, esses três indicadores em conjunto são preditores do “Estilo de vida sedentário”.

Pertinente à inferência diagnóstica, sabe-se que esse é um processo diretamente influenciado pelo conhecimento disponível acerca do fenômeno estudado e pela avaliação do binômio saúde-doença do indivíduo. Quando combinados, esses dados podem fornecer uma melhor estimativa da presença do diagnóstico.

Conhecer a probabilidade condicional da presença ou ausência do diagnóstico, a partir dos indicadores clínicos, auxiliará os enfermeiros na acurácia diagnóstica. Nesse contexto, o estudo da sensibilidade e especificidade das características definidoras do diagnóstico “Estilo de vida sedentário”, permite a avaliação da importância de cada indicador no estado de saúde-doença.

Nesta investigação, a característica “demonstra falta de condicionamento físico” foi apontada como a mais sensível, enquanto “escolhe rotina diária sem exercício físico” e “verbaliza preferência por atividade com pouco exercício físico” foram as mais específicas.

No estudo de validação de conteúdo diagnóstico da etiqueta “sedentarismo”, dentre as características propostas “a família e/ou a pessoa expressam, verbalmente, ter hábitos de vida sedentários” e “manifestação verbal de preferência por atividades com pouco ou nenhum conteúdo de atividade física” foram encontrados escores de validação de conteúdo diagnóstico superiores ou iguais a 80, sendo consideradas como críticas ou específicas. Quanto a “realiza exclusivamente atividades operacionais da vida diária” e “capacidade diminuída para a realização de exercício físico: má forma física (pontuação COOP/WONCA ≥ 3)” foram encontrados escores menores que 80, classificando-as como características definidoras (GUIRAO-GORIS; PINA; CAMPO, 2000).

Em contrapartida, em investigação semelhante, Guirao-Goris e Duarte-Climents (2007), não identificaram nenhuma característica com escores de validação de conteúdo diagnóstico maiores que 80. Já as características “a família e/ou a pessoa expressam, verbalmente, ter hábitos de vida sedentários”, “verbaliza preferência por atividades com pouco conteúdo de atividade física”, e “escore COOP/WONCA ≥ 3 ”, foram as características com maiores escores, 70, 74 e 73, respectivamente.

Diante do exposto, percebe-se a existência de diferenças entre as especificidades e sensibilidades, de acordo com o estudo, as quais são influenciadas pela prevalência do diagnóstico, com dependência direta das características populacionais estudadas. Há, portanto,

necessidade de aprofundar esse tema, em diversos contextos populacionais, para um melhor delineamento dessa questão. Para Tanner e Hugles (1984) a relação entre os indicadores clínicos e o diagnóstico somente pode ser validada depois de repetidas e sistemáticas observações, pelo que se impõe o desenvolvimento de novas pesquisas com outros sujeitos.

Em suma, dadas a abrangência e a complexidade do problema do estilo de vida sedentário, a alteração desse quadro requer a suplementação e a expansão de ações que possam influenciar, verdadeiramente, o comportamento das populações, com vistas à promoção da atividade física, no sentido de diminuir a prevalência da hipertensão arterial, assim como prevenir complicações no estado de saúde, em decorrência desse agravo.

6 CONCLUSÃO

No presente estudo, foram avaliados 310 pacientes portadores de hipertensão arterial, em acompanhamento ambulatorial em um centro de referência estadual para hipertensão e diabetes. A população apresentou-se predominantemente feminina, aposentada, procedente da capital, de religião católica e com vínculo de união estável. A metade da amostra estudada tinha até 56 anos, freqüentou a escola até, no máximo, o ensino fundamental completo e possui renda per capita de até R\$ 253,33.

Em relação aos dados clínicos, a maioria possuía excesso de peso e diabetes mellitus. Metade da amostra sabia que era portadora de hipertensão arterial há mais de 10 anos.

Dentre os níveis de atividade física propostos pelo Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ), 40% da amostra estudada obtiveram a classificação de nível baixo.

Pertinente à concordância entre os avaliadores quanto à presença ou ausência do diagnóstico “Estilo de vida sedentário”, das características definidoras e fatores relacionados, observou-se, em geral, oscilações de índices, variando de moderada a baixa. Após o julgamento dos avaliadores, a característica definidora mais presente, entre os pacientes portadores de hipertensão arterial, foi “demonstra falta de condicionamento físico”, seguida por “verbaliza preferência por atividade com pouco exercício físico” e, por último, “escolhe rotina diária sem exercício físico”. O fator relacionado mais percebido pelos expertos foi “falta de treino para fazer o exercício”, seguido de “falta de recursos (tempo, dinheiro, companhia ou estrutura)”, “falta de interesse”, “falta de motivação” e “conhecimento deficiente sobre os benefícios que a atividade física traz à saúde”, o qual esteve presente em apenas 4,2% da amostra. A prevalência do “Estilo de vida sedentário” foi de 60%.

“O Estilo de vida sedentário” esteve associado à idade, à presença de diabetes, assumindo todas as características definidoras e os fatores relacionados, à exceção do “conhecimento deficiente sobre os benefícios que a atividade física traz à saúde”.

Constatou-se a inexistência de associações estatísticas entre o “Estilo de vida sedentário” e as variáveis sexo, procedência, presença de companheiro, religião, escolaridade, renda per capita, peso, altura, IMC, tempo de hipertensão arterial e tempo de diabetes.

A característica definidora mais sensível e com maior valor preditivo negativo, foi “demonstra falta de condicionamento físico”. Enquanto isso, “escolhe rotina diária sem exercício físico” e “verbaliza preferência por atividade com pouca atividade física”, apresentaram-se como as mais específicas e com maiores valores preditivos positivos.

As variáveis “demonstra falta de condicionamento físico”, “verbaliza preferência por atividade com pouco exercício físico” e “falta de treino para fazer exercícios”, em conjunto, foram identificadas como indicadores preditores significantes no modelo de regressão logística, com poder de identificação do “Estilo de vida sedentário” de 85,2%.

Neste estudo, evidenciou-se prevalência maior de um estilo de vida sedentário enquanto diagnóstico de enfermagem. Esse fato pode estar relacionado às diferenças metodológicas de análise dos dados. Na inferência diagnóstica, a classificação do IPAQ foi um dos dados utilizados, em um contexto de informações, fornecidas aos avaliadores para decisão diagnóstica.

Algumas limitações do presente estudo devem ser consideradas, em função das circunstâncias que o rodearam. De início, deve-se ter cuidado em extrapolar os achados para a população em geral, visto que a amostra foi composta por indivíduos portadores de hipertensão arterial, em acompanhamento ambulatorial. Segundo, apesar da classificação do nível de atividade física pelo IPAQ ter a vantagem de avaliar a atividade física em diversos contextos, merece atenção a possibilidade do viés de recordação dos participantes. Devido à extensão e às minúcias do questionário, em relação à contagem de vezes e o tempo das atividades realizadas, chegou-se a perceber que, por vezes, os participantes apenas estimavam esses valores, dificultando a captação fidedigna das informações fundamentais para o desenvolvimento do estudo. Assim, os resultados apresentados merecem ser vistos com ponderação.

O estudo, não obstante, forneceu uma direção para a eficiência diagnóstica de indicadores clínicos para o “estilo de vida sedentário”, contribuindo com o refinamento da acurácia diagnóstica pela examinação da sensibilidade, especificidade, valores preditivos positivos e negativos, chamando-se a atenção para o fato de a acurácia, em questão, não ter sido suficientemente investigada em estudos de diagnóstico de enfermagem. A par disso, o processo diagnóstico pode ter sido limitado, de vez que se restringiu a uma população específica.

Outro ponto a ser observado, diz respeito à escassez de estudos, apontando o estilo de vida sedentário enquanto diagnóstico de enfermagem, o que dificultou a comparação e a discussão dos achados relativos à pesquisa.

Diante do exposto, tornou-se clara a percepção da necessidade de incrementar estudos sobre as diversas facetas do “Estilo de vida sedentário”. Fundamental é, portanto, depurar melhor as características definidoras, desenvolver instrumentos mais acurados para medi-las e realizar validação clínica em diversos contextos.

É imprescindível à enfermagem, apropriar-se desse diagnóstico, em diferentes contextos, facilitando a promoção de intervenções mais efetivas para, conseqüentemente, diminuir o desenvolvimento de complicações advindas dessa resposta humana.

Diante do exposto, espera-se que o esforço continuado para o refinamento diagnóstico, possa, com maior clareza, definir a contribuição para o cuidado dos pacientes, além de produzir resultados efetivos na saúde de portadores de hipertensão arterial.

REFERÊNCIAS

ABDUL-RAHIM, H. F.; HOLMBOE-OTTESEN, G.; STENE, L. C.; HUSSEINI, A.; GIACAMAN, R.; JERVELL, J. Obesity in a rural and an urban Palestinian West Bank population. **Int. J. Obes.**, v. 27, p. 140-146, 2003.

ALTIERI, A.; TAVANI, A.; GALLUS, S.; VECCHIA, L. A. Occupational and leisure time physical activity and the risk of nonfatal myocardial infarction in Italy. **Ann. Epidemiol.**, v. 14, p. 461-466, 2004.

ALVES, J. G. B.; MONTENEGRO, F. M. U.; OLIVEIRA, F. A.; ALVES, R. V. Prática de esportes durante a adolescência e atividade física de lazer na vida adulta. **Rev. Bras. Méd. Esporte**, v. 11, n. 5, p. 291-294, 2005.

ALVES, L. M. M.; NOGUEIRA, M. S.; GODOT, S.; HAYASHIDA, M.; CÁRNIO, E. C. Prevalência da hipertensão do avental branco na atenção primária de saúde. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 89, n. 1, p. 28-35, 2007.

ALVES, M.; GODOY, S. C. B. Procura pelo serviço e atenção à saúde do trabalhador e absenteísmo-doença em um hospital universitário. **Rev. Min. Enferm.**, v. 15, n. 1/2, p. 73-81, 2001.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. **Home monitoring of high blood pressure.** Disponível em: <http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=1200000>. Acesso em: julho 2008.

ANDRADE, A. **Ocorrência e controle subjetivo do stress na percepção de bancários ativos e sedentários: a importância do sujeito na relação “atividade física e saúde”.** 2001. Tese (Doutorado) - Curso de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

ANDREOTTI, M. C.; OKUMA, S. S. Perfil sócio-demográfico e de adesão inicial de idosos ingressantes em um programa de educação física **Rev. Paul. Educ. Fís.**, v. 17, n. 2, p. 42-53, 2003.

ARANGO, H. G. **Bioestatística teórica e computacional.** 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005

BADELL, L. C.; COTILLA, L. L.; CARMONA, J. R. La actividad física en la rehabilitación del paciente hipertenso. Propuesta de un sistema de ejercicios. **Revista digital.** Maio, 2005.

ano 10, n. 84. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd84/hiperten.htm>. Acesso em: 05/03/2008.

BAIK, I.; ASCHERIO, A.; RIMM, E. B.; GIOVANNUCCI, E.; SPIEGELMAN, D.; STAMPFER, M. J.; WILLET, W. C. Adiposity and mortality in men. **Am. J. Epidemiol.**, v. 152, n. 3, p. 264-270, 2000.

BARETTA, E.; BARETTA, M.; PERES, K. G. Nível de atividade física e fatores associados em adultos no Município de Joaçaba, Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 7, p. 1595-1602, 2007.

BARRETO, S. M.; PASSOS, V. M. A.; FIRMO, J. O. A.; GUERRA, H. L.; VIDIGAL, P. G.; COSTA, M. F. F. L. Hypertension and clustering of cardiovascular risk factors in a community in Southeast Brazil The Bambuí Health and Ageing Study. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 77, n. 6, p. 576-581, 2001.

BARROS, M. V. G.; NAHAS, M. V. Comportamentos de risco, auto-avaliação do nível de saúde e percepção de estresse entre trabalhadores da indústria. **Rev. Saúde Pública**, v.35, n. 6, p.554-563, 2001.

BERNSTEIN, M. S.; COSTANZA, M. C.; MORABIA, A. Physical activity of urban adults: a general population survey in Geneva. **Soz. Praeventivmed.**, v. 46, n. 1, p. 49-59, 2001.

BLOCH, K. V.; RODRIGUES, C. S.; FISZMAN, R. Epidemiologia dos fatores de risco para hipertensão arterial – uma revisão crítica da literatura brasileira. **Rev. Bras. Hipertens.**, v.13, n. 2, p. 134-143, 2006.

BORGES, P. M.; CRUZ, N. C.; MOURA, E. C. Associação entre hipertensão arterial e excesso de peso em adultos, Belém, Pará, 2005. **Arq. Bras. Cardiol**, v. 91 n. 2, p. 110-118, 2008.

BRANDÃO, A. P.; BRANDÃO, A. N.; MAGALHÃES, M. E. C.; POZZAN, R. Epidemiologia da hipertensão arterial. **Rev. Soc. Cardiol. Est. São Paulo**, v.13, n.1, p.7-16, 2003.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº196/96. Decreto nº 93.33 de janeiro de 1987. Estabelece critérios sobre pesquisa envolvendo seres humanos. **Bioética**, v. 4, n. 2 supl., p. 15-25, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa Nacional de Promoção da Atividade Física “Agita Brasil”: Atividade física e sua contribuição para a qualidade de vida. **Rev. Saúde Pública**, v. 36, n. 2, p. 254-256, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidades referida de doenças e agravos não transmissíveis**. Brasília, 2003. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/inquerito>>. Acesso em: 20 out. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pratique Saúde contra a Hipertensão Arterial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/pratique_saude/dicas.htm. Acesso em: 29 abr. 2008.

CARLSON-CATALANO, J. Método pedagógico para o desenvolvimento de habilidades diagnóstica. In: LUNNEY, M. **Pensamento crítico e diagnóstico de enfermagem**: estudo de caso e análises. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 75-95.

CARNEIRO, G.; FARIA, A. N.; BARRETO-FILHO, F. F. R.; GUIMARÃES, A.; LERÁRIO, D.; FERREIRA, S.R.G.; ZANELLA, M. T. Influência da distribuição da gordura corporal sobre a prevalência de hipertensão arterial e outros fatores de risco cardiovasculares em indivíduos obesos. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 49, n.3, p. 306-311, 2003.

CASTRO, R. A. A.; MONCAU, J. E. C.; MARCOPITO, L. F. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica na cidade de Formiga, MG. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 88, n. 3, p.334-339, 2007.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Improving nutrition and increasing physical activity**. Disponível em: <http://www.cdc.gov/nccdphp/bb_nutrition/>. Acesso em: 9 jul. 2004.

CERCATO, C.; SILVA, S.; SATO, A.; MANCINI, M.; HALPERN, A. Risco cardiovascular em uma população de obesos. **Arq. Bras. Endocrinol. Metabol.**, v. 44, n.1, p. 45-48, 2000.

CESARINO, C. B.; CIPULLO, J. P.; MARTIN, J. F. V.; CIORLIA, L. A.; GODOY, M. R. P.; CORDEIRO, J. A. C.; RODRIGUES, I. C. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto – SP. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 91, n. 1, p. 31-35, 2008.

CHANG, B. L.; UMAN, G. C.; HIRSCH, M. Predictive power of clinical indicators for self-care deficit. **Nurs. Diag.**, v. 9, n. 2, p. 71-82, 1998.

CHOBANIAN, A. V.; BAKRIS, G. L.; BLACK, H. R.; CUSHMAN, W. C.; GREEN, L. A.; IZZO, J. L.; JONES, D. W.; MATERSON, B. J.; OPARIL, S.; WRIGHT, J. T.; ROCCELLA, E. J. The Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of high blood pressure: the JNC 7 report. **JAMA**, v. 289, n. 19, p. 2560-2572, 2003.

CIOLAC, E. G.; GUIMARÃES, G. V. Exercício físico e síndrome metabólica. **Rev. Bras. Med. Esporte**, v. 10, n. 4, p. 319-330, 2004.

COHEN, J. A coefficient of agreement for nominal scales. **Education and Psychology Measures**, v. 20, n. 1, p. 37-46, 1960.

CONSENSO LATINO AMERICANO SOBRE HIPERTENSÃO ARTERIAL. **J. Hypertens.**, v. 6, p. 83-110, 2001.

CORNELISSEN, V. A.; FAGARD, R. H. Effects of endurance training on blood pressure, blood pressure-regulating mechanisms, and cardiovascular risk factors. **Hypertension**, v. 46, p. 667-675, 2005.

COSTA, A. M.; DUARTE, E. Atividade física e a relação com a qualidade de vida, de pessoas com seqüelas de acidente vascular cerebral isquêmico (AVCI). **Rev. Bras. Ciênc. Mov.**, v. 10, n. 1, p. 47-54, 2002.

COSTA, J. S. D.; BARCELLOS, F. C.; SCLOWITZ, M. L.; SCLOWITZ, I. K. T.; CASTANHEIRA, M.; OLINTO, M. T. A.; MENEZES, A. M. B.; GIGANTE, D. P.; MACEDO, S.; FUCHS, S. C. Prevalência de hipertensão arterial em adultos e fatores associados: um estudo de base populacional urbana em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 88, n.1, p. 59-65, 2007.

COSTA, J. S. D.; HALLAL, P. C.; WELLS, J. C. K.; DALTOÉ, T.; FUCHS, S. C.; MENEZES, A. M. B.; OLINTO, M. T. A. Epidemiology of leisure time physical activity: a population based study in southern Brazil. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 1, p. 275-282, 2005

CRAIG, C. L.; MARSHALL, A. L.; SJÖSTRÖM, M.; BAUMAN, A. E.; BOOTH, M. L.; AINSWORTH, B. E.; PRATT, M.; EKELUND, U.; YNGVE, A.; SALLIS, J. F.; OJA, P. International physical activity questionnaire: 12-Country reliability and validity. **Med. Sci. Sports Exerc.**, v. 35, n. 8, p. 1381-1395, 2003.

CUNHA, I. C. K. O.; CARMAGNANI, M. I. S.; CORNETTA, V. K. Diagnósticos de Enfermagem em pacientes com Hipertensão Arterial em acompanhamento ambulatorial. **Rev. Paul. Enf.**, v. 21, n. 3, p. 269-271, 2002.

DAMEWOOD, B. M.; CARLSON-CATALANO, J. Physical activity deficit: a proposed nursing diagnosis. **Nurs. Diag.**, v. 11, n. 1, p. 24-31, 2000.

DANTAS, R. A. S.; COLOMBO, R. C. R.; AGUILLAR, O. M. Perfil de mulheres com infarto agudo do miocárdio segundo o modelo de “campo de saúde”. **Rev. Latinoam. Enfermagem**, v. 7, n. 3, p. 63-68, 1999.

DIOGUARDI, G. S.; PASSARELLI JÚNIOR, O.; BORELLI, F.; AMODEO, C. Hipertensão e esportes. **Rev. Soc. Cardiol. Est. São Paulo**, v. 15, n. 3, p. 197-202, 2005.

DOMINGUES, M. R.; ARAÚJO, C. L. P.; GIGANTE, P. Conhecimento e percepção sobre exercício físico em uma população adulta urbana do sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 1, p. 204-215, 2004.

FAGARD, R. H. Exercise characteristics and blood pressure responses to dynamic physical training. **Med. Sci. Sports Exerc.**, v. 33, S484-S492, 2001.

_____. Physical activity, physical fitness and the incidence of hypertension. **J. Hypertens.**, v. 23, p. 265-267, 2005.

FEHRING, R. Methods to validate nursing diagnosis. **Heart & Lung**, v. 16, n. 6, p. 625-629, 1987.

FEIJÃO, A. M. M.; GADELHA, F. V.; BEZERRA, A. A.; OLIVEIRA, A. M.; SILVA, M. S. S.; LIMA, J. W. O. Prevalência de excesso de peso e hipertensão arterial, em população urbana de baixa renda. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 84, n. 1, p. 29-33, 2005.

FERREIRA, M. S.; NAJAR, A. L. Programas e campanhas de promoção da atividade física. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.10 supl., p. 207-219, 2005.

FLORES, A. **Prevalência da inatividade física e outros fatores de risco relacionados a saúde na população adulta urbana de Mafra – SC**. Dissertação (Mestrado) - Centro de Desportos, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

FORJAZ, C. L. M.; TINUCCI, T.; BARTHOLOMEU, T.; FERNANDES, T. E. M.; CASAGRANDE, V.; MASSUCATO, J. G. Avaliação do risco cardiovascular e da atividade física dos freqüentadores de um parque da cidade de São Paulo. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 79, n. 1, p. 35-42, 2002.

FORTES, A. N. **Diagnósticos de enfermagem em pacientes com angina instável internados em um hospital especializado.** 2007. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2007.

FREITAS, O. C.; CARVALHO, F. R.; NEVES, J. M.; VELUDO, P. K.; PARREIRA, R. S.; GONÇALVES, R. M. Prevalence of hypertension in the urban population of Catanduva, in the state of Sao Paulo, Brazil. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 77, p. 16-21, 2001.

GALVÃO, R.; KOHLMANN, J. O. Hipertensão arterial no paciente obeso. **Rev. Bras. Hipertens.**, v. 9, n. 3, p. 262-267, 2002.

GARCIA, F. D.; TERRA, A. F.; QUEIROZ, A. M.; CORREIA, C. A.; RAMOS, P. S.; FERREIRA, Q. T.; ROCHA, R. L.; OLIVEIRA, E. A. Avaliação de fatores de risco associados com elevação da pressão arterial em crianças. **J. Pediatr.**, v. 80, n.1, p. 29-34, 2004.

GARCIA, T. L.; NÓBREGA, M. M. L. Processo de enfermagem e os sistemas de classificação dos elementos da prática profissional: instrumentos metodológicos e tecnológicos do cuidar. In: SANTOS, I.; FIGUEIREDO, N. M. A.; PADILHA, M. I. C. S.; CUPELLO, A. J.; SOUZA, S. R. O. S.; MACHADO, W. C. A. **Enfermagem assistencial no ambiente hospitalar: realidade, questões e soluções.** São Paulo: Atheneu, 2004.

GARCIA, T. R. Modelos metodológicos para validação de diagnósticos de enfermagem. **Acta Paul. Enfermagem**, v. 11, n. 3, p. 24-31, 1998.

GOMES, V. B.; SIQUEIRA, K. S.; SICHIERI, R. Atividade física em uma amostra probabilística da população do município do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, v. 17, n. 4, p. 969-976, 2001.

GÓMEZ, L. F.; MATEUS, J. C.; CABRERA, G. Leisure-time physical activity among women in a neighborhood in Bogota, Colombia: prevalence and socio-demographic correlates. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, p. 1103-1109, 2004.

GRADY, D.; HEARST, N.; NEWMAN, T. B. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica.** Porto Alegre: Artmed, 2006.

GRANT, J. G.; KINNEY, M. R. Clinical referents for nursing diagnoses. **J. Neurosci. Nurs.**, v. 24, n. 2, p. 94-98, 1992.

GRUNDY, S. M.; HANSEN, B.; SMITH, S. C. JR.; CLEEMAN, J. I.; KAHN, R. A. American Heart Association; National Heart, Lung And Blood Institute; American Diabetes Association. Clinical management of metabolic syndrome: report and conference on scientific issues related to management. **Circulation**, v. 109, n. 4, p. 551-556, 2004.

GUEDES, N. G.; COSTA, F. B. C.; MOREIRA, R. P. M.; CAVALCANTE, T. F.; CHAVES, E. S.; ARAUJO, T. L. Crises hipertensivas em pacientes portadores de hipertensão arterial em tratamento ambulatorial. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, v. 39, n. 2, p. 181-188, 2005.

GUIRAO-GORIS, J. A.; DUARTE-CLIMENTS, G. The expert nurse profile and diagnostics content validity of sedentary lifestyle: the spanish validation. **Int. J. Nurs. Terminol. Classif.**, v. 18, n. 3, p. 84-92, 2007.

GUIRAO-GORIS, J. A.; PINA, M. P.; CAMPO, P. M. Validación del contenido diagnóstico de la etiqueta diagnóstica enfermera "sedentarismo". **Enfermería Clín.**, v. 11, n. 4, p. 135-140, 2000.

GUS, I.; HARZHEIM, E.; ZASLAVSKY, C.; MEDINA, C.; GUS, M. Prevalência, reconhecimento e controle da hipertensão arterial sistêmica no Estado do Rio Grande do Sul. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 83, n. 5, p. 424-428, 2004.

HALLAL, P. C.; VICTORA, C. G.; WELLS, J. C. K.; LIMA, R. C. Physical inactivity: prevalence and associated variables in brazilian adults. **Med. Sci. Sports Exerc.**, v. 35, n. 11, p.1894-1900, 2003.

HALLAL, P. C.; DUMITH, S. C.; BASTOS, J. P.; REICHERT, F.F.; SIQUEIRA, F. V.; AZEVEDO, M. R. Evolução da pesquisa epidemiológica em atividade física no Brasil: revisão sistemática. **Rev. Saúde Pública**, v. 41, n. 3, p. 453-460, 2007.

HALLAL, P. C.; MATSUDO, S. M.; MATSUDO, V. K.; ARAUJO, T. L.; ANDRADE, D. R.; BERTOLDI, A. D. Physical activity in adults from two Brazilian areas: similarities and differences. **Cad. Saude Publica**, v. 21, n. 2, p. 573-580, 2005.

HARTMANN, M.; COSTA, J. S.; OLINTO, M. T. A.; PATTUSSI, M. P.; TRAMONTINI, A. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados: um estudo de base populacional em mulheres no sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 8, p. 1857-1866, 2007.

HU, G.; PEKKARINEN, H.; HANNINEN, O.; TIAN, H.; JIN, R. Comparison of dietary and non-dietary risk factors in overweight and normal-weight Chinese adults. **Br. J. Nutr.**, v. 88, p. 91-97, 2002.

HULLEY, S. B.; MARTIN, J. N.; CUMMINGS, S. R. Planejando as medições: precisão e acurácia. In: HULLEY, S. B.; CUMMINGS, S. R.; BROWNER, W. S.; GRADY, D.; HEARST, N.; NEWMAN, T. B. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. Porto Alegre: Artmed, 2006. cap. 4, p. 55-68.

HULLEY, S. B.; NEWMAN, T. B.; CUMMINGS, S. R. Escolhendo os sujeitos do estudo: especificação, amostragem e recrutamento. In: HULLEY, S. B.; CUMMINGS, S. R.; BROWNER, W. S.; GRADY, D.; HEARST, N.; NEWMAN, T. B. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. Porto Alegre: Artmed, 2006. cap. 3, p. 43-52.

INSTITUTO NACIONAL DO CANCER (INCA). **Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis, Conprev/INCA/M, 2002-2003**. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/inquerito/docs/hipertensaoarterial.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2008.

INTELIHEALTH. Fitness. Exercise. Disponível em: <<http://www.intelihealth.com/IH/ihtIH/WSIHW000/7165/24439/335060.html?d=dmContent>>. Acesso em: 11 jul. 2007.

INTERNATIONAL PHYSICAL ACTIVITY QUESTIONNAIRE. Research Committee. **Guidelines for data processing and analysis of the International Physical Activity Questionnaire: short and long form**. Disponível em: <<http://www.ipaq.ki.se>>. Acesso em: 11 jul. 2005.

JARDIM, P. C. V. B.; GONDIM, M. R. P.; MONEGO, E. T.; MOREIRA, H. G.; VITORINO, P. V. O.; SOUZA, W. K. S. B.; SCALA, L. C. N. Hipertensão arterial e alguns fatores de risco em uma capital brasileira. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 88, n.4. p. 452-457, 2007.

JEKEL, J. F.; ELMORE, J. G.; KATZ, D. L. Entendendo e reduzindo erros em medicina clínica. In: JEKEL, J. F.; KATZ, D. L.; ELMORE, J. G. **Epidemiologia, bioestatística e medicina preventiva**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005, cap. 7, p. 99-112.

KEIHAN; V.; RODRIGUES, M. Sedentarismo: como diagnosticar e combater a epidemia. **Diagn. Tratamento**, v. 10, n. 2, p. 109-110, 2005.

KOKKINOS, P. F.; PAPADEMETRIOU, V. Exercise and hypertension. **Coron. Artery Dis.**, v. 11, p. 99-102, 2000.

KRINSKI, K.; ELSANGEDY, H. M.; GORLA, J. I.; CALEGARI, D. R. Efeitos do exercício físico em indivíduos portadores de diabetes e hipertensão arterial sistêmica. **Rev. Digital**, Buenos Aires, Ano 10, n. 93, Fev. 2006. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd93/diabetes.htm>>. Acesso em: 10 jul. 2008.

LEE, I. M.; SKERRETT, P. J. Physical activity and all-cause mortality: what is the dose response relation? **Med. Sci. Sports Exerc.**, v. 33, suppl 6, p. S459-S471, 2001.

LESSA, I.; ARAÚJO, M. J.; MAGALHÃES, L.; ALMEIDA FILHO, N.; AQUINO, E.; COSTA, M. C. R. Simultaneidade de fatores de risco cardiovascular modificáveis na população adulta de Salvador (BA), Brasil. **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 16, n. 2, p. 131-137, 2004.

LOPES, H. F.; BARRETO-FILHO, J. A. S. B.; RICCIO, G. M. G. Tratamento não-medicamentoso da hipertensão arterial. **Rev. Soc. Cardiol. Est. São Paulo**, v. 13, n. 1, p. 148-155, 2003.

LOPES, M. V. O.; ARAÚJO, T. L. Aspectos epidemiológicos de mulheres com angina pectoris. In: DASMASCENO, M. M. C.; ARAÚJO, T. L.; FERNADES, A. E. C. **Transtornos vitais no fim do século XX: diabetes mellitus, distúrbios cardiovasculares, câncer, AIDS, tuberculose e hanseníase**. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1999. pt. 2, cap. 7, p. 55-62.

LUNNEY, M.; PARADISO, C. Accuracy of interpreting human responses. **Nurs. Management**, v. 26, n. 1, p. 48H-48K, 1995.

MAGNABOSCO, P. **Qualidade de vida relacionada à saúde do indivíduo com hipertensão arterial integrante de um grupo de convivência**. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

MARTINEZ, M. C.; LATORRE, M. R. D. O. Fatores de risco para hipertensão arterial e diabete melito em trabalhadores de empresa metalúrgica e siderúrgica. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 87, n. 4, p. 471-479, 2006.

MARTINS, M. O.; PETROSKI, E. L. Mensuração da percepção de barreiras para a prática de atividades físicas: uma proposta de instrumento. **Rev. Bras. Cineantropometria Desemp. Humano**, v. 2, n. 1, p. 58-65, 2000.

MASSON, C. M.; COSTA, J. S. D.; OLINTO, M. T. A.; MENEGHEL, S.; COSTA, C. C.; BAIROS, F.; HALLAL, P. C. Prevalência de sedentarismo nas mulheres adultas da cidade de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 6, p. 1685-1694, 2005.

MATOS, A. C.; LADEIA, A. M. Avaliação de fatores de risco cardiovascular em uma comunidade rural da bahia. **Arq. Bras. Cardiol**, v. 81, n. 3, p. 291-296, 2003.

MATOS, F. G. O. A. **Construção de instrumento para avaliação da acurácia diagnóstica**. 2006. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

MATSUDO, S. M.; ARAÚJO, T.; MATSUDO, V.; ANDRADE, D.; ANDRADE, E.; OLIVEIRA, L. C.; BRAGGION, G. Questionário Internacional de Atividade Física – IPAQ: Estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. **Rev. Bras. Ativ. Física Saúde**, v. 6, n. 2, p. 5-18, 2001.

MATSUDO, S. M.; MATSUDO, V. R.; ARAÚJO, T.; ANDRADE, D.; ANDRADE, E.; OLIVEIRA, L.; BRAGGION, G. Nível de atividade física da população do Estado de São Paulo: análise de acordo com o gênero, idade e nível sócio-econômico, distribuição geográfica e de conhecimento. **Rev. Bras. Ciênc. Mov.**, v. 10, n. 4, p. 41-50, 2002.

MATSUDO, V. K. R.. Sedentarismo: como diagnosticar e combater a epidemia. **Diagn. Tratamento**, v. 10, n. 2, p. 109-110, 2005.

MCARDLE, W. D.; KATCH, F. I.; KATCH, V. L. Treinamento dos sistemas energéticos anaeróbicos e aeróbicos. In: _____. **Fundamentos de fisiologia do exercício**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. cap. 14, p. 360-391.

MONTEIRO, C. A.; CONDE, W. L.; MATSUDO, S. M.; MATSUDO, V. R.; BONSENOR, I. M.; LOTUFO, P.A. A descriptive epidemiology of leisure time physical activity in Brazil, 1996-1997. **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 14, n. 4, p. 246-254, 2003.

MONTEIRO JÚNIOR, F. C.; ANUNCIÇÃO, F. A. C.; SALGADO FILHO, N.; SILVA, G. M. A.; BARBOSA, J. B.; FERREIRA, P. A. M.; LAGES, J.; MANDARINO, N. R.; SILVA JÚNIOR, W. S.; MONTEIRO, C. C. Prevalência de verdadeiras crises hipertensivas e adequação da conduta médica em pacientes atendidos em um pronto-socorro geral com pressão arterial elevada. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 90, n. 4, p. 269-273, 2008.

NETER, E. N.; STAM, B. E.; KOK, F. J.; GRABBEE, D. E.; GELEIJNSE, J. M. Influence of weight reduction on blood pressure: a meta-analysis of randomized controlled trials. **Hypertension**, v. 42, p. 878-884, 2003.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION - NANDA. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2005-2006**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION - NANDA. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2007-2008**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

OLIVEIRA FILHO, J. A.; SALLES, A. F.; SALVETTI, X. M. Prevenção primária da doença coronária pela atividade física. **Rev. Soc. Cardiol. Est. São Paulo**, v. 15, n. 2, p. 121-129, 2005.

ONG, K. L.; CHEUNG, B. M. Y.; MAN, Y. B.; LAU, C. P.; LAM, K. S. L. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension among United States adults 1999-2004. **Hypertension**, v. 49, p. 69-75, 2007.

PADILLA, J.; WALLACE, J. P.; PARKS, S. Accumulation of physical activity reduces blood pressure in pre-and hypertension. **Med. Sci. Sports Exercise**, v. 37, n. 8, p. 1264-1275, 2005.

PARKER, L.; LUNNEY, M. Moving beyond content validation of nursing diagnosis. **Nurs. Diag.**, v. 9, n. 4, p. 144-150, 1998.

PASSOS, V. M. A. P.; ASSIS, T. D.; BARRETO, S. M. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacionalHypertension in Brazil: estimates from population-Based prevalence studies. **Epidemiol. Serviços Saúde**, v. 15, n. 1, p. 35-45, 2006.

PIOVESANA, P. M.; COLOMBRO, R. C. R.; GALLANI, M. C. B. J.Hypertensive patients and risk factors related to physical activity and nutrition. **Rev. Gaúcha Enfermagem**, v. 27, n. 4, p. 655-657, 2006.

PITANGA, F. J. G.; LESSA, I. Prevalência e fatores associados ao sedentarismo no lazer em adultos. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 3, p. 870-877, 2005.

PITT, B.; REMME, W.; ZANNAD, F. Eplerenome, a selective aldosterone blocker, in patients with left ventricular dysfunction after myocardial infarction. **N. Engl. J. Med.**, v. 348, p. 1309- 1321, 2003.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem: método, avaliação e utilização**. São Paulo: Artmed, 2004. p.164-198.

POMERLEAU, J.; MCKEE, M.; ROBERTSON, A.; VAASC, S.; KADZIAUSKIENE, K.; ABARAVICIUS, A. physical inactivity in the baltic countries. **Prev. Med.**, v. 31, p. 665-672, 2000.

PRESSUTO, J.; CARVALHO, E. C. Fatores de risco em indivíduos com hipertensão arterial. **Rev. Latinoam. Enfermagem**, v. 6, n. 1, p. 33-39, 1998.

RAMOS, J. H. **Determinantes de adesão, manutenção e desistência de um Programa de Prevenção e Reabilitação Cardiovascular**. Monografia (Especialização em Educação Física). Curso de Especialização em Educação Física, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. Elementos de metodologia epidemiológica. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003, cap. 6, p. 149-177.

SABRY, M. O. D.; SAMPAIO, H. A. C.; SILVA, M. G. C. Hipertensão e obesidade em um grupo populacional no Nordeste do Brasil. **Rev. Nutrição**, v.15, n. 2, p. 132-147, 2002.

SANTOS, J. F. S.; COELHO, C. W. Atividade física e obesidade em trabalhadores da indústria. **Rev. Digital**. 2003. v. 9, n. 67. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd67/obesidad.htm>. Acesso em: 15/05/2008.

SANTOS, Z. M. S. A.; LIMA, H. P. Tecnologia educativa em saúde na prevenção da hipertensão arterial em trabalhadores: análise das mudanças no estilo de vida. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 1, 2008.

SAWYER, D. O.; LEITE, I. C.; ALEXANDRINO, R. Perfis de utilização de serviços de saúde no Brasil. **Cienc. Saúde Coletiva**, v. 71, n. 4, p. 757-776, 2002.

SILVA, R. B.; COSTA-PAIVA, L.; PINTO NETO, A. M.; BRAGA, A.; MORAES, S. S. Atividade física habitual e risco cardiovascular na pós-menopausa. **Rev. Assoc. Med. Bras**, São Paulo, v.52, n.4, 2006.

SILVA, R. C. R.; MALINA, R. M. Nível de atividade física em adolescentes do Município de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 16, p. 1091-1097, 2000.

SIMONETTI, J. P.; BATISTA, L.; CARVALHO, L. R. Hábitos de saúde e fatores de risco em pacientes hipertensos. **Rev. Latinoam. Enfermagem**, v.10, n. 3, p. 415-422, 2002.

SIQUEIRA, F. V.; FACCHINI, L. A.; PICCINI, R. X.; TOMASI, E.; THUMÉ, E.; SILVEIRA, D. S.; HALLAL, P. C. Atividade física em adultos e idosos residentes em áreas de abrangência de unidades básicas de saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 39-54, 2008.

SMANIO, P.; MASTROCOLLA, L. E. Atividade física e doença cardiovascular na mulher. **Rev. Soc. Cardiol. Est. São Paulo**, v. 2, p. 184-192, 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC). Fundação do Coração. **Exercício anti sedentarismo/obesidade**. São Paulo, 2008. Disponível em:

<<http://www.cardiol.br/funcor/epide/exerc.htm>>. Acesso em: 06 abr. 2008.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO (SBH). **V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2006**. Disponível em: <<http://www.sbh.org.br/documentos/index.asp>>. Acesso em: 19 jul. 2008.

SPINEL, L. F.; PÜSCHEL, V. A. A. Perfil de estilo de vida de pessoas com doença cardiovascular. **Rev. Gaúcha Enfermagem**, v. 28, n. 4, p. 534-541, 2007.

TANNER, C. A.; HUGLES, A. M. Nursing diagnosis: issues in clinical practice research. **Top. Clin. Nurs.**, v. 5, n. 4, p. 30-38, 1984.

THOMPSON, P. D.; BUCHNER, D.; PIÑA, I. L. Exercise and physical activity in the prevention and treatment of atherosclerotic cardiovascular disease. Statement reviewed and endorsed by American College of Sports Medicine. **Circulation**, v. 107, p. 3109-3116, 2003.

TOBE, S. W.; KISS, A.; SZALAI, J. P.; PERKINS, N.; TSIGOULIS, M.; BAKER, B. Impact of job and marital strain on ambulatory blood pressure: results from the double exposure study. **Am. J. Hypertens.**, v. 18, p. 1046-1051, 2005.

TORRES ESPERÓN, J. M.; PEREZ SÁNCHEZ, A. Aspectos éticos-sociales en los diagnósticos de enfermería y su influencia para la profesión. **Rev. Cuba. Salud Pública**, v. 28, n. 3, set-dez, 2002. Disponível em:

< http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol28_3_02/spu08302.htm >. Acesso em: 9 jul. 2007.

TUDELA, L. L.; FERRER, A. R. Adaptación transcultural de una medida de la calidad de vida relacionada con la salud: la versión española de las viñetas COOP/WONCA. **Aten. Primaria**, v. 24, n. 2, p. 75-82, abr. 2002.

UNFER, B.; SALIBA, O. Avaliação do conhecimento popular e práticas cotidianas em saúde bucal. **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 190-195, 2000.

VANZELLI, A. S.; BARTHOLOMEU, J. B.; MATTOS, L. N. J.; BRUM, P. C. Prescrição de exercício físico para portadores de doenças cardiovasculares que fazem uso de betabloqueadores. **Rev. Soc. Cardiol. Est. São Paulo**, v. 15, n. 2, p. 10-16, 2005.

VARGAS, C. M.; INGRAM, D. D.; GILLUM, R. F. Incidence of hypertension and educational attainment. **Am. J. Epidemiol.**, v. 152, n. 272-278, 2000.

VIEIRA, Z. M.; GOULART, J. C. T.; FIAMONCINI, R. L.; GALLI, G. B. Atividade física e hipertensão. **Rev. Digital** - Buenos Aires - año 10 - n° 77 - Octubre de 2004. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/>>. Acesso em: 9 jul. 2007.

VOURI, I. M. Health benefits of physical activity with special reference to interaction with diet. **Public Health Nutr.**, v. 4, n. 2B, p. 517-528, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Physical status: the use and interpretation of anthropometry - report of a WHO Expert Committee. **World Health Organ Tech Rep Ser.** v. 854, p. 1-452, 1995.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Populacion aging:** a public health. Geneva, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Diet and physical activity:** a public health priority. Geneva, 2008. Disponível em: <<http://www.who.int/dietphysicalactivity/en/>>. Acesso em: 05 mar. 2008.

XIN, X.; HE, J.; FRONTINI, M. G. Effects of alcohol reduction on blood pressure. **Hypertension**, v. 38, p. 1112-1117, 2001.

ZAITUNE, M. P. A.; BARROS, M. B. A.; CESAR, C. L. G.; CARANDINA, L.; GOLDBAUM, M. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 2, p. 285-294, 2006.

APÊNDICES

APÊNDICE A

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Data: ___/___/___ Nome: _____

Endereço: _____ Cidade: _____

Fone: _____ Idade (anos): _____ DN: ___/___/___ Sexo: () M () F

Peso: _____ Altura: _____ Escolaridade(anos): _____ Religião: _____

Estado civil: () Solteiro () Casado ou vive com parceiros () Viúvo () Divorciado

Tempo de descoberta da HA (em anos): _____

Tem diabetes? () Sim () Não Se sim há quanto tempo (anos)? _____

Complicações da diabetes ou da hipertensão? Qual(is)? _____

Outras patologias? _____

Profissão: _____ Você trabalha de forma remunerada? () Sim () Não

Quanto você ganha? _____ Você é o/a chefe (sustenta) da família? () Sim () Não

Renda familiar total: _____ Quantas pessoas moram na sua casa, incluindo você? _____

2. PRÁTICA HABITUAL DE ATIVIDADE FÍSICA - IPAQ

SEÇÃO 1 - ATIVIDADE FÍSICA NO TRABALHO

Esta seção inclui atividades realizadas por no **mínimo 10 minutos contínuos** no trabalho, seja remunerado ou voluntário. Inclui atividades da universidade ou escola. Não deve incluir atividades domésticas, pois estas estarão na seção 3.

1. Atualmente você tem ocupação remunerada ou faz trabalho voluntário fora de casa ou estuda?

() Sim () Não Se não, vá para a seção 2 – Transporte

OBS: As próximas questões são relacionadas ao tempo gasto trabalhando ou estudando fora de casa. Não incluir o transporte para o trabalho.

1a. Em quantos dias da SEMANA você participa de atividades VIGOROSAS (levantar objetos pesados, escavar, construção pesada, subir escada) de forma contínua por pelo menos 10 minutos?

Dias por semana Não faz AF vigorosas Não sabe responder

| DIA | Segunda | Terça | Quarta | Quinta | Sexta | Sábado | Domingo |
|-------|---------|-------|--------|--------|-------|--------|---------|
| Tempo | | | | | | | |

1b. Em quantos dias da SEMANA você participa de atividades MODERADAS (carregar coisas leves) de forma contínua por pelo menos 10 minutos?

Dias por semana Não faz AF moderadas Não sabe responder

| DIA | Segunda | Terça | Quarta | Quinta | Sexta | Sábado | Domingo |
|-------|---------|-------|--------|--------|-------|--------|---------|
| Tempo | | | | | | | |

1c. Em quantos dias da SEMANA você realiza CAMINHADAS no seu trabalho ou escola/faculdade de forma contínua por pelo menos 10 minutos?

OBS: Não deve incluir aqui caminhadas para ir ao trabalho ou voltar para casa.

Dias por semana Não faz caminhadas Não sabe responder

| DIA | Segunda | Terça | Quarta | Quinta | Sexta | Sábado | Domingo |
|-------|---------|-------|--------|--------|-------|--------|---------|
| Tempo | | | | | | | |

SEÇÃO 2 - ATIVIDADE FÍSICA COMO MEIO DE TRANSPORTE

As perguntas dessa seção estão relacionadas às atividades realizadas para se deslocar de um lugar para o outro.

2a. Em quantos dias da SEMANA você anda de CARRO, ÔNIBUS, TREM ou MOTO?

Dias da semana Não utiliza veículos a motor Não sabe responder

| DIA | Segunda | Terça | Quarta | Quinta | Sexta | Sábado | Domingo |
|-------|---------|-------|--------|--------|-------|--------|---------|
| Tempo | | | | | | | |

OBS: Os itens 2b e 2c são relacionados somente ao deslocamento realizado a pé ou de bicicleta para ir de um lugar ao outro. Não incluir as atividades realizadas por diversão ou exercícios.

2b. Em quantos dias da SEMANA você anda de BICICLETA, por pelo menos 10 minutos, para ir de um lugar para outro?

Dias por semana Não anda de bicicleta Não sabe responder

| DIA | Segunda | Terça | Quarta | Quinta | Sexta | Sábado | Domingo |
|-------|---------|-------|--------|--------|-------|--------|---------|
| Tempo | | | | | | | |

2c. Em quantos dias da SEMANA você CAMINHA, por pelo menos 10 minutos, para ir de um lugar para outro?

Dias por semana Não faz caminhadas Não sabe responder

| DIA | Segunda | Terça | Quarta | Quinta | Sexta | Sábado | Domingo |
|-------|---------|-------|--------|--------|-------|--------|---------|
| Tempo | | | | | | | |

SEÇÃO 3 - ATIVIDADE FÍSICA EM CASA, TAREFAS DOMÉSTICAS E ATENÇÃO À FAMÍLIA

As perguntas dessa seção estão relacionadas às atividades realizadas em casa ou ao redor da sua casa.

3a. Em quantos dias da SEMANA você faz atividades físicas VIGOROSAS no jardim ou quintal (tais como: levantar objetos pesados, cortar madeira, capinar, arar, lavar o quintal, etc), por pelo menos 10 minutos?

Dias por semana Não faz AF vigorosas Não sabe responder

| DIA | Segunda | Terça | Quarta | Quinta | Sexta | Sábado | Domingo |
|-------|---------|-------|--------|--------|-------|--------|---------|
| Tempo | | | | | | | |

3b. Em quantos dias da SEMANA você faz atividades físicas MODERADAS no jardim ou quintal (tais como: levantar e carregar pequenos objetos, limpar garagem ou quintal, jardinagem, caminhar ou brincar com crianças, etc), por pelo menos 10 minutos?

Dias por semana Não faz AF moderadas Não sabe responder

| DIA | Segunda | Terça | Quarta | Quinta | Sexta | Sábado | Domingo |
|-------|---------|-------|--------|--------|-------|--------|---------|
| Tempo | | | | | | | |

3c. Em quantos dias de uma SEMANA NORMAL você faz atividades físicas MODERADAS dentro da sua casa, (tais como: limpar vidros ou janelas, aspirar, lavar roupa, limpar banheiro, esfregar o chão, carregar crianças pequenas no colo), por pelo menos 10 minutos contínuos?

Dias por semana Não faz AF moderadas em casa Não sabe responder

| DIA | Segunda | Terça | Quarta | Quinta | Sexta | Sábado | Domingo |
|-------|---------|-------|--------|--------|-------|--------|---------|
| Tempo | | | | | | | |

SEÇÃO 4 - ATIVIDADE FÍSICA DE RECREAÇÃO, ESPORTE, EXERCÍCIO E LAZER

As perguntas dessa seção estão relacionadas às atividades realizadas unicamente por recreação, esporte, exercício ou lazer. Não considerar atividades inclusas em outra seção.

4a. No seu tempo livre, sem incluir qualquer caminhada que você já tenha citado nas perguntas anteriores, em quantos dias da SEMANA você CAMINHA, por pelo menos 10 minutos contínuos?

Dias por semana Não faz caminhadas no lazer Não sabe responder

| DIA | Segunda | Terça | Quarta | Quinta | Sexta | Sábado | Domingo |
|-------|---------|-------|--------|--------|-------|--------|---------|
| Tempo | | | | | | | |

4b. No seu tempo livre, durante uma SEMANA em quantos dias da semana você participa de atividades físicas VIGOROSAS, por pelo menos 10 minutos contínuos? (Ex: jogar futebol, correr, nadar rápido, pedalar rápido, musculação, esportes em geral, ou seja, qualquer outra atividade que faça aumentar muito a sua respiração ou batimentos do coração).

Dias por semana Não faz AF vigorosas no lazer Não sabe responder

| DIA | Segunda | Terça | Quarta | Quinta | Sexta | Sábado | Domingo |
|-------|---------|-------|--------|--------|-------|--------|---------|
| Tempo | | | | | | | |

4c. No seu tempo livre, durante uma SEMANA em quantos dias da semana você participa de atividades físicas MODERADAS, por pelo menos 10 minutos contínuos? (Ex: natação, pedalar em ritmo moderado, voleibol recreativo, hidroginástica, ginástica, dança, ou seja, qualquer outra atividade que aumente a respiração ou batimentos do coração).

Dias por semana Não faz AF moderadas no lazer Não sabe responder

| DIA | Segunda | Terça | Quarta | Quinta | Sexta | Sábado | Domingo |
|-------|---------|-------|--------|--------|-------|--------|---------|
| Tempo | | | | | | | |

**3. INSTRUMENTO PROPOSTO POR COOP/WONCA PARA
AVALIAR O CONDICIONAMENTO FÍSICO**

QUAL TEM SIDO A MÁXIMA ATIVIDADE FÍSICA QUE VOCÊ REALIZOU POR PELO MENOS 2 MINUTOS, NAS DUAS ÚLTIMAS SEMANAS?

| | | | |
|--|---|----------|-----|
| Muito intensa (por exemplo, correr depressa). |  | 1 | () |
| Intensa (por exemplo, correr com suavidade). |  | 2 | () |
| Moderada (por exemplo, caminhar a passo rápido). |  | 3 | () |
| Leve (por exemplo, caminhar devagar). |  | 4 | () |
| Muito leve (por exemplo, caminhar lentamente ou não poder caminhar). |  | 5 | () |

**4. CONHECIMENTO E COMPORTAMENTO
RELACIONADOS À ATIVIDADE FÍSICA**

1. Dadas as afirmações abaixo, assinale verdadeiro ou falso:

| AFIRMAÇÃO | V | F |
|---|---|---|
| 1. Praticar atividade física, regularmente, diminui as chances de desenvolver doenças do coração. | | |
| 2. A maioria das pessoas pratica, em suas rotinas diárias, atividade física suficiente. | | |
| 3. Você não precisa treinar como um corredor de maratonas para ter um melhor condicionamento físico. | | |
| 4. As sessões de exercício não precisam durar muito tempo para serem efetivas à sua saúde. | | |
| 5. As pessoas que precisam perder peso são as únicas que irão se beneficiar da prática regular de atividade física. | | |
| 6. Todos os exercícios proporcionam os mesmos benefícios. | | |
| 7. Quanto mais idoso a pessoa fica, menos ativa fisicamente precisa ser. | | |
| 8. Não é necessário muito dinheiro ou equipamentos caros para tornar-se bem fisicamente. | | |
| 9. Há vários riscos ou lesões que podem ocorrer quando se pratica exercícios. | | |
| 10. O indivíduo deve sempre consultar um médico, antes de iniciar um programa de atividade física. | | |
| 11. Pessoas que tiveram um ataque cardíaco não devem participar de programas de atividade física. | | |
| 12. Incluir na rotina diária atividades diferentes e que são do gosto da pessoa, cria facilidades para que ela permaneça fisicamente ativo. | | |

2. Considerando os fatores abaixo relacionados, indique com que frequência eles representam, para você, motivos para não praticar atividades físicas.

| Fator | Sempre | Quase sempre | Às vezes | Raramente | Nunca |
|--|---------------|---------------------|-----------------|------------------|--------------|
| Jornada de trabalho extensa | | | | | |
| Compromissos familiares (pais, cônjuges, filhos, etc) | | | | | |
| Falta de clima adequado (vento, frio, calor, etc) | | | | | |
| Falta de espaço disponível para a prática | | | | | |
| Falta de equipamento disponíveis | | | | | |
| Tarefas domésticas (para com a sua casa) | | | | | |
| Falta de companhia | | | | | |
| Falta de incentivo da família e/ou amigos | | | | | |
| Falta de recursos financeiros | | | | | |
| Mau humor | | | | | |
| Medo de lesionar-se | | | | | |
| Dores leves e/ou mal-estar | | | | | |
| Falta de energia (cansaço físico) | | | | | |
| Falta de habilidades físicas | | | | | |
| Falta de conhecimento ou orientação sobre atividade física | | | | | |
| Ambiente insuficientemente seguro (criminalidade) | | | | | |
| Preocupação com aparência durante a prática de AF | | | | | |
| Falta de interesse em praticar | | | | | |
| Outros? | | | | | |
| | | | | | |

APÊNDICE B

CARTA CONVITE

Fortaleza, ___ de _____ de 2008

À: _____

Estamos desenvolvendo o projeto de pesquisa intitulado “ACURÁCIA DAS CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM “ESTILO DE VIDA SEDENTÁRIO” EM PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL”, para obtenção do título de mestre junto à Universidade Federal do Ceará (UFC).

Nosso intuito é convidá-la para participar desta pesquisa, avaliando o instrumento que contém o conjunto de informações obtidas durante a coleta de dados para que se torne possível definir a presença ou ausência do diagnóstico de enfermagem “Estilo de Vida Sedentário”, bem como de suas características definidoras e fatores relacionados.

Estamos encaminhando o material necessário ao pretendido trabalho, com a seguinte discriminação:

1. Resumo do projeto de pesquisa;
2. Termo de consentimento livre e esclarecido;
3. Dados pessoais do especialista;
4. Orientações para aplicação do instrumento;
5. Conjunto de informações obtidas durante a coleta dos dados;
6. Instrumento de definição quanto à presença ou ausência do diagnóstico de enfermagem “Estilo de Vida Sedentário”, bem como de suas características definidoras e fatores relacionados.

Agradecemos por antecipação, o seu valioso apoio, oportunidade em que nos colocamos à sua disposição para qualquer esclarecimento.

Nirla Gomes Guedes
Aluna de mestrado da UFC
nirlagomes@hotmail.com

Marcos Venícios de Oliveira Lopes
Orientador
marcos@ufc.br Telefone: (85) 33668459

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Avaliadores)

Eu, Nirla Gomes Guedes, enfermeira, aluna do curso de Mestrado de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada “Acurácia das características definidora do diagnóstico de enfermagem “Estilo de vida sedentário” em portadores de hipertensão arterial”, sob a orientação do Professor Marcos Venícios de Oliveira Lopes. Os objetivos da pesquisa são: identificar a prevalência do diagnóstico “Estilo de vida sedentário” em pacientes portadores de hipertensão arterial, bem como das características definidoras e dos fatores relacionados; verificar a reprodutibilidade das características definidoras para o estabelecimento do diagnóstico “Estilo de vida sedentário” em pacientes portadores de hipertensão arterial; determinar a sensibilidade, a especificidade e o valor preditivo das características definidoras do diagnóstico “Estilo de vida sedentário” em pacientes portadores de hipertensão arterial.

Reafirmo aqui, a finalidade do estudo, voltada para a análise da acurácia das características definidoras do diagnóstico de enfermagem em pacientes portadores de hipertensão arterial.

Peço sua colaboração, no sentido de definir a presença ou ausência do diagnóstico em questão, bem como das características definidoras e dos fatores relacionados. Caso aceite participar do estudo ser-lhe-á entregue ou enviado por correio ou e-mail um questionário a ser preenchido com os seus dados pessoais de identificação, fazendo-se o mesmo acompanhar os dados compilados, coletados durante a entrevista com os sujeitos da pesquisa e da lista das características definidoras e dos fatores relacionados do diagnóstico de enfermagem “Estilo de vida sedentário”. Diante dos dados fornecidos, ficará sob sua responsabilidade julgar se o diagnóstico em questão, suas características definidoras e fatores relacionados estão presentes ou não. O material respondido poderá ser devolvido via correio ou e-mail, porém o termo de consentimento assinado deverá ser enviado apenas pelo correio.

Informo ainda, o seguinte: os dados pessoais dos enfermeiros participantes ficarão sob minha guarda, anotados somente no meu registro e preservado na divulgação dos resultados, com garantia do sigilo das respostas; asseguro oferecer esclarecimentos antes e durante o período de realização da pesquisa; está claro o direito de retirar seu consentimento ou de suspender a participação, na pesquisa, em qualquer momento que julgar conveniente, sem que recaia sobre si qualquer custo ou prejuízo; afirmo que não haverá nenhum custo de sua parte para o desenvolvimento da pesquisa, ficando a cargo da pesquisadora o financiamento de qualquer despesa até que sejam concluídas todas as etapas da pesquisa; os resultados desta pesquisa, como serão publicados em periódicos da área, estarão disponibilizados para a instituição e para os interessados; uma cópia do presente termo de consentimento, em que conste telefone para contato com a pesquisadora, será anexada ao projeto..

Para quaisquer esclarecimentos, solicito entrar em contato com:

Aluna: Nirla Gomes Guedes

Orientador: Marcos Venícios de Oliveira Lopes

Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1115

Fone: (Oxx85) 33668459. e-mail: nirlagomes@hotmail.com/marcos@ufc.br.

Se julgar conveniente, outro contato poderá ser feito com o Comitê de Ética em Pesquisa – 3366-8338.

Considero sua colaboração muito valiosa, pelo que agradeço, antecipadamente, sua aceitação, quanto ao convite formulado.

Gostaria muito de poder contar com sua valorosa cooperação, a qual desde já agradeço.

Pesquisadora

✂

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que após esclarecido (a) pela pesquisadora e tendo entendido o que me foi explicado concordo em participar da Pesquisa que tem como título: Análise da acurácia das características definidoras do diagnóstico de enfermagem “Estilo de vida sedentário” em pacientes portadores de hipertensão arterial.

Fortaleza, _____ de _____ de 2008.

Assinatura do sujeito da pesquisa

APÊNDICE D

1) Resumo do projeto de pesquisa

“ACURÁCIA DAS CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM “ESTILO DE VIDA SEDENTÁRIO” EM PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL”

No Brasil, é crescente a preocupação em aperfeiçoar e legitimar os elementos que fazem parte da taxonomia da NANDA, bem como, em aumentar sua capacidade de generalização e de predição. A identificação de indicadores clínicos, com boa predição, para um diagnóstico de enfermagem específico, contribuirá com uma maior acurácia, aumentando, assim, a confiabilidade da inferência diagnóstica. No campo da pesquisa com diagnósticos de enfermagem, a acurácia é o julgamento sobre o grau com que uma afirmação diagnóstica corresponde aos dados da situação real do paciente.

Destarte, a identificação da acurácia das características definidoras sob uso de enfermeiros, para estabelecer o diagnóstico, torna-se crucial, uma vez que a escolha adequada das intervenções e a projeção segura de resultados dependem, diretamente, da acurácia dos diagnósticos enunciados. Além disso, as interpretações de baixa acurácia podem negligenciar problemas reais ou potenciais, acarretando prejuízos ao paciente.

O objetivo do projeto é analisar a acurácia das características definidoras do diagnóstico de enfermagem “*Estilo de vida sedentário*” em pacientes portadores de hipertensão arterial.

Estudo do tipo transversal. População constituída por pacientes portadores de hipertensão arterial, de ambos os sexos, com idade entre 18 e 69 anos. Amostra composta por 310 portadores de hipertensão arterial selecionados por conveniência, de forma consecutiva. O período para coleta vai de novembro de 2007 a janeiro de 2008. O instrumento de coleta de dados é um formulário elaborado com o objetivo de identificar os fatores relacionados e os sinais e sintomas que compõem as características definidoras relacionados diagnóstico de enfermagem “*Estilo de vida sedentário*” de acordo com a Taxonomia II da NANDA. Para compilação dos dados foi escolhido o software EXCEL *for* WINDOWS, e para a análise estatísticas dos dados, o programa SPSS versão 15.0. A análise dos dados será realizada em duas etapas. Na primeira, com o objetivo de avaliar a reprodutibilidade interobservador, farão parte três avaliadores selecionados segundo critérios específicos, reveladores de domínio na área e natureza do estudo. Caberá a esses avaliadores, a partir dos dados fornecidos, julgar se as características definidoras, os fatores relacionados e o diagnóstico de enfermagem “*Estilo de vida sedentário*” estão presentes ou não. A ocorrência ou não do diagnóstico estará em acordo com a maioria dos expertos. Após o processo de avaliação dos expertos quanto à presença ou ausência do diagnóstico de enfermagem “*Estilo de vida sedentário*”, terá início a segunda etapa da análise dos dados. O objetivo da segunda etapa é analisar a acurácia das características definidoras do diagnóstico de enfermagem “*Estilo de vida sedentário*”. É a acurácia que determinará a relação direta entre as características definidoras e a presença ou ausência do diagnóstico “*Estilo de vida sedentário*” em pacientes portadores de hipertensão arterial. A análise da acurácia será realizada por meio da sensibilidade, especificidade e valor preditivo. Todos os aspectos administrativos e éticos da pesquisa contam, neste estudo, com o devido respeito.

2) Orientações para aplicação do instrumento

DEFINIÇÕES

A acurácia de um diagnóstico é propriedade que depende do conjunto de dados da situação clínica do paciente. O conjunto de dados deve apresentar pistas para o diagnóstico. As pistas são manifestações dos pacientes que representam indícios, vestígios, sinais, indicações ou características de um diagnóstico de enfermagem.

INFORMAÇÕES SOBRE O FORMULÁRIO DE COLETA DOS DADOS

O formulário está dividido em quatro partes. A primeira destinada aos dados de identificação; a segunda contém registros relativos à prática habitual de atividade física; a terceira avaliou o condicionamento físico; a quarta composta de dados referentes às barreiras percebidas para a prática de atividade física e ao conhecimento sobre atividade física.

A **primeira** parte do formulário destina-se à obtenção de dados pessoais e sociodemográficos.

Na **segunda** parte são registrados dados relativos à prática habitual de atividade física, com vistas à obtenção de dados relacionados às características definidoras: escolhe rotina diária sem exercício físico e verbaliza preferência por atividade com pouca atividade física.

O International Physical Activity Questionnaire – IPAQ tem utilização nessa etapa. Esse questionário surgiu diante das dificuldades para se obter medidas de atividades físicas internacionalmente comparáveis. O IPAQ é um instrumento que permite estimar o tempo semanal gasto na realização de atividades físicas de intensidade moderada a vigorosa e em diferentes contextos da vida (trabalho, tarefas domésticas, transporte e lazer). Além disso, há possibilidades de estimar o tempo despendido em atividades passivas, realizadas na posição sentada. O questionário está dividido em 13 questões, distribuídas por cinco seções:

- a) Seção I: Atividade física no trabalho
- b) Seção II: Atividade física como meio de transporte
- c) Seção III: Atividade física em casa, tarefas domésticas e atenção à família
- d) Seção IV: Atividade física de recreação, esporte, exercício e lazer
- e) Seção V: Tempo que passa sentado

O IPAQ possui versões na forma curta e longa, que contém dados dos hábitos de atividade física e do tempo gasto sentado, referentes aos últimos sete dias ou a uma semana normal, podendo ser auto-administrado, aplicado por meio de entrevista ou por telefone. Para o estudo, a opção foi pela forma longa, com o escopo de obter uma maior riqueza de dados, em uma semana normal e por meio de entrevista (IPAQ, 2005).

O guia de processamento e análise dos dados do IPAQ (2005), para a forma longa, propõe três níveis de atividade física para classificar as populações:

- Nível baixo: quando o indivíduo não se enquadra no nível moderado ou alto;
- Nível moderado: quando for realizado por três ou mais dias de atividade vigorosa por, no mínimo, 20 minutos por dia; ou cinco ou mais dias de atividade moderada e/ou caminhadas por, no mínimo, 30 minutos por dia; ou cinco ou mais dias de alguma combinação entre caminhadas, atividades moderadas e atividades vigorosas totalizando gasto energético de no mínimo de 600 MET-minutos/semana;
- Nível alto: quando for realizado, por no mínimo, três dias da semana atividade vigorosa, totalizando pelo menos 1500 MET-minutos/semana; ou sete dias de alguma combinação entre caminhadas, atividades moderadas e atividades vigorosas totalizando um mínimo de 3000 MET-minutos/semana.

Para calcular os gastos energéticos estimados em METs minutos (3,5 ml de O₂/Kg. Min⁻¹) por semana necessários para a classificação do nível de atividade física habitual, foram utilizadas as fórmulas sugeridas pelo IPAQ (2005).

Destaca-se que a seção V (Tempo gasto sentado) foi excluída do estudo, por não ser usada no cálculo total dos escores METs minutos por semana, além de não ser calculado nessa unidade, e não fornecer dados que contribuam para os objetivos da presente investigação.

A **terceira** parte do instrumento de coleta de dados permitirá avaliar o condicionamento físico, por meio do instrumento proposto por COOP/WONCA (TUDELA; FERRER, 2002), utilizado na avaliação da característica definidora “demonstra falta de condicionamento físico” no processo de validação do diagnóstico de enfermagem “Estilo de vida sedentário” (GUIRAO-GORIS; MORENO PINA; MARTINEZ DEL CAMPO, 2000). O condicionamento físico é avaliado por meio de figuras ilustrativas e escala de pontos de 1 a 5. As pontuações mais altas indicam piores capacidades funcionais. O indivíduo seleciona, entre as figuras ilustrativas, aquela com o qual mais se identifica. As opções são: Muito intensa (1 ponto), Intensa (2 pontos), Moderada (3 pontos), Leve (4 pontos) ou Muito leve (5 pontos), por meio da pergunta: *Qual tem sido a máxima atividade física que você pode realizar durante pelo menos 2 minutos, durante as duas últimas semanas?* A característica definidora “Demonstra falta de condicionamento físico” faz-se presente quando a pontuação for maior ou igual a três.

A **quarta** parte do formulário, permitindo a coleta de informações relacionadas aos fatores relacionados do diagnóstico de enfermagem “Estilo de vida sedentário”. É composta de dados referentes às barreiras percebidas para a prática de atividade física e ao conhecimento sobre atividade física.

Para identificação das barreiras, é válido a utilização do instrumento proposto para mensuração da percepção de barreiras para a prática de atividade física (MARTINS; PETROSKI, 2000). Nesse estudo, 18 barreiras são relacionadas.

A avaliação do conhecimento específico sobre atividade física, se dá com base no número de acertos em doze questões afirmativas, traduzidas do questionário sugerido pela InteliHealth[®] Inc. (Intelihealth, 1999), versando sobre atividade física relacionada à saúde. Tais questões contemplam algumas das recomendações mais recentes para a prática de atividade física divulgadas na literatura, bem como as que são citadas com maior frequência por profissionais da saúde e pela mídia.

InteliHealth[®] Inc. é uma junta comercial formada por Aetna U.S. Healthcare[®] e Johns Hopkins University and Health System. Estabelecida em 1996, tornou-se uma das companhias líderes em informação sobre saúde, no mundo. As informações contidas no site são revisadas e aprovadas por experts da Johns Hopkins.

APÊNDICE E

DADOS PESSOAIS DOS ESPECIALISTAS

1. Dados de identificação

Nome: _____ Sexo: ()Feminino () Masculino
 RG: _____ Data nascimento: ____/____/____
 Endereço: _____
 Cidade: _____ CEP: _____ e-mail: _____
 Telefone(s) e Fax: _____

2. Ano da graduação em enfermagem _____

3. Formação relacionada a Diagnóstico de Enfermagem (DE) durante o curso de graduação:

- () Nenhum conteúdo sobre DE na graduação
 () Apenas conteúdo teórico sobre DE na graduação
 () Conteúdo teórico e prático sobre DE na graduação

4. Formação relacionada a raciocínio clínico durante o curso de graduação:

- () Nenhum conteúdo sobre Processo de enfermagem na graduação
 () Apenas conteúdo teórico sobre Processo de enfermagem na graduação
 () Conteúdo teórico e prático sobre Processo de enfermagem na graduação com muita prática na identificação de problemas de enfermagem
 () Conteúdo teórico e prático sobre Processo de enfermagem na graduação com pouca ou nenhuma prática na identificação de problemas de enfermagem

5. Maior grau de formação obtido

- | | | |
|---------------------------------|-------------------|---------------|
| () Mestrado profissionalizante | Obtido, ano _____ | () Andamento |
| () Mestrado acadêmico | Obtido, ano _____ | () Andamento |
| () Doutorado | Obtido, ano _____ | () Andamento |

6. Tempo (em anos) de experiência na enfermagem _____ .

7. Você tem pesquisas publicadas sobre Diagnóstico de Enfermagem? () Sim () Não

8. Você tem artigo publicado sobre diagnóstico em periódico indexado? () Sim () Não

9. Atividade de trabalho atual predominante:

- | | |
|--------------------------------------|--|
| 7.1. Área geral (marque apenas uma): | 7.2. Área clínica (marque apenas uma): |
| () Assistência de enfermagem | () Saúde do Adulto e Idoso |
| () Ensino de enfermagem | () Saúde da Criança |
| () Administração de enfermagem | () Saúde da Mulher |
| () Pesquisa em enfermagem | () Saúde Mental |
| () Não se aplica | () Não se aplica |
| () Outra _____ | () Outra _____ |

10. Quanto a sua prática clínica (no ensino, pesquisa ou na assistência):

- () Inclui classificação de DE. Há quanto tempo (em anos)? _____
 () Não inclui classificação de DE
 () Não se aplica. Justifique: _____

11. Marque com um X quanto de contato você já teve com o tema 'diagnóstico de enfermagem' conforme as seguintes atividades:

- | | | | | |
|--|----------|-----------|--------------|-----------|
| 9.1. Realização de leitura | () nada | () pouco | () moderada | () muito |
| 9.2. Participação em aulas / cursos | () nada | () pouco | () moderada | () muito |
| 9.3. Participação em eventos específicos | () nada | () pouco | () moderada | () muito |
| 9.4. Utilização na prática clínica | () nada | () pouco | () moderada | () muito |
| 9.5. Realização de pesquisa | () nada | () pouco | () moderada | () muito |

12. Eu avalio que minha habilidade para formular diagnósticos de enfermagem é

- () 0 a 25% acurada () 25 a 50% acurada () 50 a 75% acurada () 75 a 100% acurada

APÊNDICE F

DADOS DO PACIENTE

Ficha número:

1. DADOS PESSOAIS

| | | |
|-----------------------|-----------------------------|-----------------|
| Nome: | Sexo: | Idade: |
| Procedência: | Anos de estudo: | Estado civil: |
| Religião: | Profissão: | Renda familiar: |
| Nº pessoas na casa: | Tempo de descoberta da HAS: | |
| Complicações da HAS? | | |
| Tem diabetes? | Tempo de diabetes: | |
| Classificação do IMC: | | |

2. AVALIAÇÃO DA ATIVIDADE FÍSICA SEGUNDO INTERNATIONAL PHYSICAL ACTIVITY QUESTIONNAIRE – IPAQ

() Nível baixo () Nível moderado () Nível alto

Relata fazer atividade física de recreação, esporte, exercício e lazer?

| | | | |
|---------|---------|-------|---------------------|
| () Sim | () Não | Qual? | Dias por Sem/Tempo: |
|---------|---------|-------|---------------------|

3. AVALIAÇÃO CONDICIONAMENTO FÍSICO

Máxima atividade física realizada por pelo menos 2 minutos, durante as duas últimas semanas.

() Muito intensa () Intensa () Moderada () Leve () Muito leve

4. CONHECIMENTO RELACIONADO À ATIVIDADE FÍSICA (12 perguntas com opção de resposta verdadeiro ou falso)

Quantidade acertos:

Quantidade de erros:

5. FREQUÊNCIA DE MOTIVOS INDICADOS PELO PACIENTE PARA NÃO PRATICAR ATIVIDADES FÍSICAS

- | | |
|---|---|
| Jornada de trabalho extensa () | Mau humor () |
| Compromisso com familiares () | Medo de lesionar-se () |
| Falta de clima adequado () | Dores leves e/ou mal-estar () |
| Falta de espaço disponível para prática () | Falta de energia (cansaço físico) () |
| Falta de equipamentos disponíveis () | Falta de habilidade físicas () |
| Tarefas domésticas () | Falta de conhecimento ou orientação () |
| Falta de companhia () | Ambiente insuficientemente seguro () |
| Falta de incentivo () | Preocupação com aparência () |
| Falta de recursos financeiros () | Falta de interesse em praticar () |

Outros:

S: sempre QS: quase sempre AV: às vezes R: raramente N: nunca

2) Instrumento de definição quanto à presença ou ausência do diagnóstico de enfermagem “Estilo de Vida Sedentário”, bem como de suas características definidoras e fatores relacionados.

LISTA DAS CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS / JULGAMENTO QUANTO À PRESENÇA OU AUSÊNCIA DO DIAGNÓSTICO

| Características definidoras | Há pistas? | | Você acha que essa característica está presente ou ausente? | | A partir dessas características você infere o DE “Estilo de vida sedentário”? | |
|---|------------|-----|---|---------|---|-----|
| | Sim | Não | Presente | Ausente | Sim | Não |
| 1. Escolhe rotina diária sem exercício físico | | | | | | |
| 2. Demonstra falta de condicionamento físico | | | | | | |
| 3. Verbaliza preferência por atividade com pouco exercício físico | | | | | | |

Lista dos Fatores Relacionados

| Fatores Relacionados | Você acha que esses fatores relacionados estão presente ou ausente? | |
|---|---|---------|
| | Presente | Ausente |
| Conhecimento deficiente sobre os benefícios que a atividade física traz à saúde | | |
| Falta de treino para fazer exercícios | | |
| Falta de recursos (tempo, dinheiro, companhia ou estrutura) | | |
| Falta de motivação | | |
| Falta de interesse | | |

APÊNDICE G
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Nirla Gomes Guedes, enfermeira, aluna do curso de Mestrado de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada “Acurácia das características definidora do diagnóstico de enfermagem “Estilo de vida sedentário” em portadores de hipertensão arterial”, sob a orientação do Professor Marcos Venícios de Oliveira Lopes. Os objetivos da pesquisa são: identificar a prevalência do diagnóstico “Estilo de vida sedentário” em pacientes portadores de hipertensão arterial, bem como das características definidoras e dos fatores relacionados; verificar a reprodutibilidade das características definidoras para o estabelecimento do diagnóstico “Estilo de vida sedentário” em pacientes portadores de hipertensão arterial; determinar a sensibilidade, a especificidade e o valor preditivo das características definidoras do diagnóstico “Estilo de vida sedentário” em pacientes portadores de hipertensão arterial.

Para desenvolver este estudo, preciso contar com o seu apoio, com vistas à uma entrevista que tem, como intuito, obter algumas informações a seu respeito. A entrevista, sob minha responsabilidade inclui dados sócio-demográficos, dados relativos à prática habitual de atividade física, à forma física, às barreiras percebidas para a prática de atividade física, bem como ao conhecimento sobre atividade física.

Informo que lhe são assegurados o direito e a liberdade de não participar desta pesquisa, ou dela se retirar, se for sua vontade, sem nenhum prejuízo. Esclareço que sua identidade será mantida no anonimato, e salvaguardada qualquer informação que possa identificá-lo (la). Os dados obtidos serão usados apenas para realização desta pesquisa, sendo-lhe permitido acesso às informações sempre que solicitar.

Para quaisquer esclarecimentos entre em contato com:

Aluna: Nirla Gomes Guedes

Orientador: Marcos Venícios de Oliveira Lopes

Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1115

Fone: (Oxx85) 3366849. e-mail: nirlagomes@hotmailcom/marcos@ufc.br.

Se for se desejo, faça contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – 3366-8338

Gostaria imensamente de ter a sua valorosa cooperação, no desenvolvimento deste estudo, pelo que, de antemão, muito lhe agradeço.

Pesquisadora

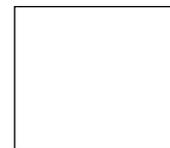
✂-----

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que após esclarecido (a) pela pesquisadora, e tendo entendido tudo o que me foi explicado, concordo em participar da Pesquisa que tem como título: Análise da acurácia das características definidoras do diagnóstico de enfermagem “Estilo de vida sedentário” em pacientes portadores de hipertensão arterial.

Fortaleza, _____ de _____ de 2007.

Assinatura do sujeito da pesquisa



Impressão digital (para quem não consegue assinar o nome)

ANEXOS

ANEXO A



Universidade Federal do Ceará
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. Nº 862/07

Fortaleza, 14 de setembro de 2007

Protocolo COMEPE nº 212/07

Pesquisador responsável: Nirla Gomes Guedes

Deptº./Serviço: Departamento de Enfermagem/ UFC

Título do Projeto: "Acurácia das características definidoras do diagnóstico de enfermagem estilo de vida sedentário em hipertensos"

Levamos ao conhecimento de V.Sª, que o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará – COMEPE, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 e complementares, aprovou o projeto supracitado na reunião do dia 13 de setembro de 2007.

Outrossim, informamos, que o pesquisador deverá se comprometer a enviar o relatório parcial e final do referido projeto.

Atenciosamente,

Mirian Parente Monteiro.

Dr. Mirian Parente Monteiro
Coordenadora Adjunta do Comitê
de Ética em Pesquisa
do Hospital