

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM

NIRLA GOMES GUEDES

REVISÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM ESTILO DE VIDA
SEDENTÁRIO: ANÁLISE DE CONCEITO E VALIDAÇÃO POR ESPECIALISTAS

FORTALEZA
2011

NIRLA GOMES GUEDES

REVISÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM ESTILO DE VIDA
SEDENTÁRIO: ANÁLISE DE CONCEITO E VALIDAÇÃO POR ESPECIALISTAS

Tese submetida à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

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

Orientador: Prof. Dr. Marcos Venícios de Oliveira Lopes.

FORTALEZA
2011

G958v Guedes, Nirla Gomes

Revisão do diagnóstico de enfermagem Estilo de vida sedentário: análise de conceito e validação por especialista. / Nirla Gomes Guedes. – Fortaleza, 2011.

251f.: il.

Orientador: Prof. Dr. Marcos Venícios de Oliveira Lopes
Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Ceará.
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

1. Enfermagem. 2. Diagnóstico de enfermagem. 3. Estudos de validação. 4. Estilo de vida sedentário. 5. Hipertensão I. Lopes, Marcos Venícios de Oliveira (Orient.)
II. Título.

CDD 616.10132

NIRLA GOMES GUEDES

REVISÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM ESTILO DE VIDA
SEDENTÁRIO: ANÁLISE DE CONCEITO E VALIDAÇÃO POR ESPECIALISTAS

Tese submetida à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Enfermagem. Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Aprovada em: ____/____/____

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. Emília Soares Chaves
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira – UNILAB

Profa. Dra. Ana Luisa Brandão de Carvalho Lira
Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN

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

Este estudo contou com a subvenco parcial da Coordenao de Aperfeiamento do Pessoal de Nvel Superior (CAPES), de setembro de 2010 a agosto de 2011, por meio de bolsa de estudos do Programa REUNI de Orientao e Operacionalizao da Ps-Graduao (PROPAG-REUNI).

*A Sofia, minha pequenina e amada
filha, razão de todo meu esforço.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, por guiar todos os meus passos, por sempre colocar sobre mim sua mão acalentadora, por renovar, em meu coração, a vontade de lutar, a força para vencer e a alegria de viver.

A minha querida mãe, Suelly, por todos os sacrifícios pessoais dedicados a mim, pelo seu amor incondicional e por me mostrar que na vida podemos o quanto queremos. Mainha, 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. Em especial, à minha irmã Tatiane por compartilhar com muita harmonia assuntos profissionais e maternos.

À Sofia, minha princesinha, minha pimentinha, minha vida, por me tornar uma pessoa mais serena e por proporcionar um amor verdadeiro, único e grandioso.

Ao meu amado esposo, Paulo, pela compreensão nos momentos de ausência, por ser um pai maravilhoso, por compartilhar meus planos e por oferecer um amor grandioso que me faz mais feliz. Seu cuidado com a nossa filha foi essencial para que eu concluísse a tese.

À minha segunda família, tia Silvana, tio Silas, Silas e Maurício por todo o amor e doçura dedicado à Sofia, por suprir meus momentos de ausência e pela disponibilidade em ajudar. Em especial, à minha sogra que por, muitas vezes, foi mãe da Sofia, por ser sempre tão amável e compreensiva. Devo muito desse trabalho a senhora.

Ao professor Marcos, minha mais sincera gratidão, pelo acolhimento, compreensão, disponibilidade e conhecimento embasador dos meus objetivos acadêmicos.

Às minhas grandes amigas de graduação, mestrado e doutorado, Rafaella e Tahissa, por me ensinarem o valor de uma amizade, pela torcida sincera e pela amizade edificada nos momentos de alegria e de tristeza. Amigas, podem contar sempre comigo.

À turma de doutorado pelos momentos de conhecimento compartilhados.

Aos integrantes do Grupo de Estudos em Diagnóstico, Intervenção e Resultados de Enfermagem – GEDIRE pelo aprendizado a cada quinta-feira.

Às professoras Thelma Leite de Araujo, Maria Vilani Cavalcante Guedes, Emília Soares Chaves, Ana Luisa Brandão de Carvalho Lira, Francisca Elisângela Teixeira

Lima e Lúcia de Fátima da Silva pelas importantes contribuições para o aprimoramento desse trabalho.

Aos professores e funcionários do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará pelos ensinamentos e apoio nesses nove anos de caminhada.

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

Aos especialistas, que gentilmente dedicaram tempo para contribuir com este trabalho.

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

*“De tudo na vida ficaram três coisas:
a certeza de que estamos sempre começando...
a certeza de que precisamos continuar...
a certeza de que seremos interrompidos antes de terminar...”*

*Portanto, devemos fazer:
Da interrupção um caminho novo.
Da queda um passo de dança.
Do medo, uma escada.
Do sonho, uma ponte.
Da procura...um encontro.”*

(Fernando Pessoa)

RESUMO

O estudo tem por objetivo revisar o diagnóstico de enfermagem Estilo de vida sedentário (EVS), fundamentando-se na ideia de que é necessário avaliar esse diagnóstico em relação à adequação da definição, das características definidoras (CD) e dos fatores relacionados (FR) nessa população e de que há outros indicadores clínicos pertinentes ao EVS, além dos definidos pela NANDA-I quando o diagnóstico se aplica a indivíduos com hipertensão arterial. A validação do EVS foi realizada em duas etapas: Análise de conceito e Validação por especialista. Para a execução da primeira etapa utilizou-se a revisão integrativa da literatura a partir de cinco bases de dados (LILACS, CINAHL, PUBMED, SCOPUS E COCHRANE), com as seguintes combinações de descritores e equivalentes nas línguas inglesa e espanhola: Estilo de vida sedentário *and* Hipertensão e Sedentarismo *and* Hipertensão. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, restaram 43 estudos que subsidiaram a análise do conceito. Após esta etapa foi construído um instrumento contendo os FR e as CD identificadas, com as respectivas definições conceituais e referências empíricas. Este instrumento foi submetido ao crivo de 48 enfermeiros especialistas em terminologias de enfermagem e/ou sedentarismo e/ou hipertensão arterial. O processo de validação conduziu aos seguintes resultados: modificação da definição do EVS, de nomeações de alguns indicadores clínicos e o acréscimo de outros. Desse modo, recomenda-se a seguinte definição ao EVS: refere-se a um hábito de vida em que o indivíduo não realiza exercício físico na frequência, na duração e na intensidade recomendada. A proposta final do processo de validação incorpora onze FR, a saber: “conhecimento deficiente sobre os benefícios que a atividade física traz à saúde e / ou sobre as consequências do sedentarismo”; “falta de motivação para a prática do exercício físico”; “falta de interesse em se exercitar”; “falta de recursos (tempo, dinheiro, lugar, segurança e equipamento)”; “falta de treino para fazer exercício físico”; “atitudes, crenças e hábitos de saúde que dificultam a prática de atividade física”; “falta de apoio social para a prática de exercício físico”; “falta de confiança para prática de exercício físico”; “mobilidade prejudicada”; “intolerância à atividade”; “relato de dor”. Os cinco primeiros FR descritos são os que já compõem a taxonomia II da NANDA-I, sendo o quinto o único com a mesma nomeação. Com relação às CD, recomenda-se: o desmembramento da característica presente na NANDA-I “demonstra falta de condicionamento físico” em “capacidade cardiorrespiratória diminuída”, “força muscular diminuída” e “flexibilidade das articulações diminuída”; a manutenção de “escolhe rotina sem exercício físico” e “verbaliza preferência por atividades com pouco exercício físico”; e o acréscimo de “excesso de peso”; “baixo desempenho nas atividades instrumentais de vida diária” e “não realiza atividades físicas no tempo de lazer”. Quanto às definições conceituais e às referências empíricas construídas foram, em geral, evidenciadas estatisticamente proporções de adequação entre os especialistas não inferior a 80% ($p > 0,05$) e valores índice de validade de conteúdo diagnóstico superiores a 0,70. O mesmo foi encontrado para os onze FR e para as oito CD. Considera-se que processo de revisão subsidiou uma direção para a eficiência diagnóstica de indicadores clínicos do EVS, contribuindo com o refinamento e o aprimoramento desse diagnóstico e de seus componentes. É imprescindível à enfermagem apropriar-se desse diagnóstico em diferentes contextos e que os enfermeiros utilizem suas tecnologias com vistas a incrementar e amplificar o conhecimento e a autonomia própria da profissão.

Palavras-chave: Enfermagem; Diagnóstico de Enfermagem; Estudos de validação; Estilo de vida sedentário; Hipertensão arterial.

ABSTRACT

The objective of this study is to validate the nursing diagnosis of sedentary lifestyle (SL) in individuals with hypertension, based on the idea that it is necessary to evaluate this diagnosis in relation to the appropriateness of the definition, the defining characteristics (CD) and the related factors (FR) in this population and that there are other clinical indicators relevant to the SL, in addition to the factors defined by NANDA-I. The validation of the SL was conducted in two stages: concept analysis and validation by expert. To implement the first stage we used the integrative literature review of five databases (LILACS, CINAHL, PubMed, Scopus and Cochrane), with the following combinations of descriptors and equivalent in English and Spanish: Sedentary lifestyle & Hypertension and Physical inactivity & Hypertension. After application of the inclusion and exclusion criteria, the remaining 43 studies which supported the analysis of the concept. After this stage, an instrument was built containing the FR and identified CD, with their respective conceptual definitions and empirical references. This instrument was subjected to the evaluation of 48 specialist nurses in terminologies of nursing and/or sedentary lifestyle and/or hypertension. The validation process has led to the following results: change of the definition of the SL, definition of some clinical indicators and the addition of others. In this way, it is recommended the following definition to the SL: It refers to a life style in which the individual does not perform physical exercise in frequency, duration nor the recommended intensity. The final proposal of the validation process incorporates eleven FR,: " defective knowledge on the benefits that the physical activity brings to the health and / or on the consequences of the sedentary life style "; " lack of motivation for practicing physical exercise "; " lack of interest in exercising "; " lack of resources (time, money, place, security and equipment) "; " lack of training to perform physical exercise "; " attitudes, beliefs and habits of health that make difficult the practice of physical activity "; " lack of social support for the practice of physical exercise "; " lack of confidence for practice of physical exercise "; " damaged mobility "; " intolerance to the activity "; " report of pain ". The first five described FR are those who already compose the taxonomy II of the NANDA-I, being the fifth one the only one with the same nomination. Regarding the CD, it is recommended: the separation of the present characteristic in the NANDA-I " demonstrates lack of physical conditioning " in " reduced cardio-respiratory capacity ", " reduced muscular strength " and " reduced flexibility of the articulations "; the maintenance of " chooses routines without physical exercises " and " it verbalizes preference for activities with little physical exercise "; and the addition of "excess weight"; " low performance in the instrumental activities of daily life " and " it does not carry out physical activities in the leisure time ". As the conceptual definitions and empirical references built, were, in general, evidenced statistically proportions of matching within the specialists not less than 80% ($p > 0.05$) and values index of content validity of diagnosis more than 0.70 . The same was found for the 11 FR, and for the eight CD. It is considered that validation process assumed a direction for the diagnostic accuracy of clinical indicators of SL, contributing with the refinement and improvement of this diagnosis, and of its components. It is essential that the Nursing to appropriate this diagnosis in different contexts and that nurses use their technologies with a view to enhance and amplify the knowledge and the autonomy of the profession itself.

Key Words: Nursing; Nursing Diagnosis; Validation studies; Sedentary lifestyle; Hypertension.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Componentes da revisão integrativa da literatura, descritas por Whittemore e Knafl (2005).....	32
Diagrama 1	Processo de seleção da base de dados SCOPUS.....	37
Diagrama 2	Processo de seleção da base de dados CINAHL.....	37
Diagrama 3	Processo de seleção da base de dados PUBMED.....	38
Diagrama 4	Processo de seleção da base de dados COCHRANE.....	38
Diagrama 5	Processo de seleção da base de dados LILACS.....	39
Diagrama 6	Total de estudos selecionados para a Análise do Conceito.....	39
Quadro 1	Classificação dos níveis de evidência para a avaliação dos estudos.....	40
Quadro 2	Definições evidenciadas na literatura do conceito “sedentarismo” em pessoas com hipertensão arterial. Fortaleza, 2011.....	46
Quadro 3	Distribuição dos resultados da análise de conceito referente ao fator relacionado “conhecimento deficiente sobre os benefícios que a atividade física traz à saúde e/ou sobre as consequências do sedentarismo”. Fortaleza, 2011.....	51
Quadro 4	Distribuição dos resultados da análise de conceito referente ao fator relacionado “atitudes, crenças e hábitos de saúde que dificultam a prática de exercício físico”. Fortaleza, 2011.....	53
Quadro 5	Distribuição dos resultados da análise de conceito referente aos fatores relacionados “falta de motivação” e “falta de interesse”. Fortaleza, 2011.....	54
Quadro 6	Distribuição dos resultados da análise de conceito referente ao fator relacionado “falta de apoio social”. Fortaleza, 2011.....	56
Quadro 7	Distribuição dos resultados da análise de conceito referente ao fator relacionado “falta de recursos (tempo, dinheiro, lugar, segurança, equipamento)”. Fortaleza, 2011.....	57
Quadro 8	Distribuição dos resultados da análise de conceito referente ao fator relacionado “baixa autoeficácia para o exercício físico”. Fortaleza, 2011.....	58
Quadro 9	Distribuição dos resultados da análise de conceito referente ao fator relacionado “falta de treino para fazer exercício físico”. Fortaleza, 2011.....	61
Quadro 10	Distribuição dos resultados da análise de conceito referente ao fator relacionado “mobilidade prejudicada”. Fortaleza, 2011.....	62
Quadro 11	Distribuição dos resultados da análise de conceito referente ao fator relacionado “intolerância à atividade”. Fortaleza, 2011.....	63
Quadro 12	Distribuição dos resultados da análise de conceito referente ao fator relacionado “dor”. Fortaleza, 2011.....	64
Quadro 13	Distribuição dos resultados da análise de conceito referente ao fator relacionado “reações emocionais”. Fortaleza, 2011.....	66
Quadro 14	Distribuição dos resultados da análise de conceito referente à característica definidora “excesso de peso”. Fortaleza, 2011.....	67
Quadro 15	Distribuição dos resultados da análise de conceito referente à característica definidora “demonstra falta de condicionamento físico”. Fortaleza, 2011.....	69
Quadro 16	Distribuição dos resultados da análise de conceito referente à característica definidora “resistência cardiorrespiratória diminuída”. Fortaleza, 2011.....	72
Quadro 17	Distribuição dos resultados da análise de conceito referente à	

	característica definidora “força muscular diminuída”. Fortaleza, 2011.....	72
Quadro 18	Distribuição dos resultados da análise de conceito referente à característica definidora “flexibilidade das articulações diminuída”. Fortaleza, 2011.....	73
Quadro 19	Distribuição dos resultados da análise de conceito referente às características definidoras “escolhe uma rotina diária sem exercício físico”, “não realiza atividades físicas no tempo de lazer” e “verbaliza preferência por atividades com pouco exercício físico”. Fortaleza, 2011.....	73
Quadro 20	Distribuição dos resultados da análise de conceito referente à característica definidora “baixo desempenho nas atividades da vida diária”. Fortaleza, 2011.....	75
Quadro 21	Distribuição dos resultados da análise de conceito referente à característica definidora “relato de desordens de saúde”. Fortaleza, 2011...	76
Quadro 22	Definições do EVS provenientes da análise de conceito e da taxonomia da NANDA-I. Fortaleza, 2011.....	78
Quadro 23	Fatores relacionados (FR) provenientes da análise do conceito e do diagnóstico de enfermagem EVS da taxonomia NANDA-I. Fortaleza, 2011.....	78
Quadro 24	Características definidoras provenientes da análise do conceito e do diagnóstico de enfermagem EVS da taxonomia NANDA-I. Fortaleza, 2011.....	78
Quadro 25	Sistema de pontuação de especialistas do modelo de validação por especialistas de Fehring (FEHRING,1994).....	100
Quadro 26	Adaptação do sistema de pontuação de especialistas do modelo de validação de conteúdo da Fehring (1994).....	104
Quadro 27	Estrutura proposta para o diagnóstico de enfermagem Estilo de vida sedentário em indivíduos com hipertensão arterial. Fortaleza, 2011.....	143

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição dos artigos conforme o país, ano de publicação, área, sujeitos, cenários e temática do estudo. Fortaleza, 2011.....	43
Tabela 2	Distribuição dos estudos, segundo o delineamento e a força de evidência estabelecida por Melnyk, Fineout-Overholt (2005). Fortaleza, 2011.....	45
Tabela 3	Dados referentes ao perfil dos especialistas (n=48). Fortaleza, 2011.....	110
Tabela 4	Avaliação pelos especialistas dos títulos diagnósticos e definições propostas ao diagnóstico de enfermagem Estilo de vida sedentário. Fortaleza, 2011.....	112
Tabela 5	Avaliação da adequação dos fatores relacionados do diagnóstico de enfermagem Estilo de vida sedentário em indivíduos com hipertensão arterial, segundo grupos de especialistas. Fortaleza, 2011.....	113
Tabela 6	Avaliação da adequação das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Estilo de vida sedentário em indivíduos com hipertensão arterial, segundo grupos de especialistas. Fortaleza, 2011.....	114
Tabela 7	Avaliação dos especialistas quanto à pertinência do conceito e da referência empírica do fator relacionado “conhecimento deficiente sobre os benefícios que a atividade física traz à saúde e/ou sobre as consequências do sedentarismo”. Fortaleza, 2011.....	116
Tabela 8	Avaliação dos especialistas quanto à pertinência do conceito e da referência empírica do fator relacionado “atitudes, crenças e hábitos de saúde que dificultam a prática de exercício físico. Fortaleza, 2011.....	118
Tabela 9	Avaliação dos especialistas quanto à pertinência do conceito e da referência empírica do fator relacionado “falta de motivação”. Fortaleza, 2011.....	119
Tabela 10	Avaliação dos especialistas quanto à pertinência do conceito e da referência empírica do fator relacionado “falta de interesse”. Fortaleza, 2011.....	120
Tabela 11	Avaliação dos especialistas quanto à pertinência do conceito e da referência empírica do fator relacionado “falta de apoio social”. Fortaleza, 2011.....	121
Tabela 12	Avaliação dos especialistas quanto à pertinência do conceito e da referência empírica do fator relacionado “falta de recursos (tempo, dinheiro, lugar, segurança, equipamento)”. Fortaleza, 2011.....	123
Tabela 13	Avaliação dos especialistas quanto à pertinência do conceito e da referência empírica do fator relacionado “baixa autoeficácia para o exercício”. Fortaleza, 2011.....	124
Tabela 14	Avaliação dos especialistas quanto à pertinência do conceito e da referência empírica do fator relacionado “falta de treino para fazer o exercício físico”. Fortaleza, 2011.....	126
Tabela 15	Avaliação dos especialistas quanto à pertinência do conceito e da referência empírica do fator relacionado “intolerância à atividade”. Fortaleza, 2011.....	127

Tabela 16	Avaliação dos especialistas quanto à pertinência do conceito e da referência empírica do fator relacionado “mobilidade prejudicada”. Fortaleza, 2011.....	128
Tabela 17	Avaliação dos especialistas quanto à pertinência do conceito e da referência empírica do fator relacionado “dor”. Fortaleza, 2011.....	129
Tabela 18	Avaliação dos especialistas quanto à pertinência do conceito e da referência empírica o fator relacionado “reações emocionais”. Fortaleza, 2011.....	131
Tabela 19	Avaliação dos especialistas quanto à pertinência do conceito e da referência empírica da característica definidora “excesso de peso”. Fortaleza, 2011.....	132
Tabela 20	Avaliação dos especialistas quanto à pertinência do conceito e da referência empírica da característica definidora “baixo desempenho nas atividades da vida diária”. Fortaleza, 2011.....	133
Tabela 21	Avaliação dos especialistas quanto à pertinência do conceito e da referência empírica da característica definidora “escolhe uma rotina diária sem exercício físico”. Fortaleza, 2011.....	134
Tabela 22	Avaliação dos especialistas quanto à pertinência do conceito e da referência empírica da característica definidora Não realiza atividades físicas no tempo de lazer. Fortaleza, 2011.....	135
Tabela 23	Avaliação dos especialistas quanto à pertinência do conceito e da referência empírica da característica definidora “resistência cardiorrespiratória diminuída”. Fortaleza, 2011.....	136
Tabela 24	Avaliação dos especialistas quanto à pertinência do conceito e da referência empírica da característica definidora “força muscular diminuída”. Fortaleza, 2011.....	138
Tabela 25	Avaliação dos especialistas quanto à pertinência do conceito e da referência empírica da característica definidora “flexibilidade das articulações diminuída”. Fortaleza, 2011.....	139
Tabela 26	Avaliação dos especialistas quanto à pertinência do conceito e da referência empírica da característica definidora “verbaliza preferência por atividade com pouco exercício físico.” Fortaleza, 2011.....	140
Tabela 27	Avaliação dos especialistas quanto à pertinência do conceito e da referência empírica da característica definidora “relato de desordens de saúde”. Fortaleza, 2011.....	141

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	17
VALIDAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	23
CAPÍTULO I – ANÁLISE DE CONCEITO	25
1 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO	26
1.1 Análise de conceito	26
1.2 O Modelo de Análise de Conceito de Walker e Avant	26
1.3 Revisão Integrativa da Literatura	29
2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS DA ANÁLISE DE CONCEITO	33
3 MATERIAIS E MÉTODOS DA ANÁLISE DE CONCEITO	34
3.1 Revisão integrativa da literatura	34
3.1.1 Identificação da questão de pesquisa	34
3.1.2 Busca na literatura	35
3.1.3 Qualificação dos dados- foco na qualidade metodológica	39
3.1.4 Análise dos dados - divisão, exposição e comparação.....	40
3.1.5 Apresentação dos resultados	41
3.2 Modelo de Análise de Conceito de Walker e Avant	41
3.2.1 Seleção de um conceito, determinação dos objetivos e propostas para a análise conceitual e identificação de usos do conceito	41
3.2.2 Determinação dos atributos e identificação dos antecedentes e conseqüentes	41
3.2.3 Identificação de um caso modelo e identificação de um caso contrário	42
3.2.4 Definições conceituais e referências empíricas	42
4 RESULTADOS DA ANÁLISE DE CONCEITO	43
4.1 Caracterização dos estudos e avaliação da qualidade metodológica	43
4.2 Análise do Conceito Sedentarismo	45
4.2.1 Identificação dos possíveis usos do conceito	45
4.2.2 Atributos críticos ou essenciais do conceito “sedentarismo”	46
4.2.3 Construção de um caso modelo	48
4.2.4 Construção de um caso contrário	49
4.2.5 Identificação dos fatores relacionados do EVS e suas definições conceituais e referências empíricas	50
4.2.6 Identificação das características definidoras do EVS e suas definições conceituais e referências empíricas	66
4.3 Proposta para o diagnóstico de Enfermagem Estilo de vida sedentário	76
5 DISCUSSÃO DA ANÁLISE DE CONCEITO	79
CAPÍTULO II – VALIDAÇÃO POR ESPECIALISTAS	98
1 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO	99
1.1 Validação por especialista.....	99
2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS DA VALIDAÇÃO POR ESPECIALISTA	102
3 MATERIAIS E MÉTODOS DA VALIDAÇÃO POR ESPECIALISTA	103
3.1 Natureza do estudo	103
3.2 Seleção dos especialistas	103
3.3 Instrumento de coleta de dados, período e operacionalização da coleta	105
3.4 Organização e Análise dos dados	107
3.5 Aspectos éticos	109
4 RESULTADOS DA VALIDAÇÃO POR ESPECIALISTAS	110
4.1 Avaliação do título e da definição do diagnóstico	111
4.2 Adequação dos fatores relacionados e das características definidoras ao diagnóstico de enfermagem Estilo de vida sedentário em indivíduos com	

hipertensão arterial.....	113
4.3 Pertinência dos conceitos e das referências empíricas dos fatores relacionados do diagnóstico de enfermagem EVS.....	116
4.4 Pertinência dos conceitos e das referências empíricas das características definidoras do diagnóstico de enfermagem EVS.....	132
5 DISCUSSÃO DA VALIDAÇÃO POR ESPECIALISTA.....	147
6 CONCLUSÃO.....	172
REFERÊNCIAS	177
APÊNDICES	204
ANEXOS	243

INTRODUÇÃO

A operacionalização dos sistemas de linguagem, seja de diagnóstico, de intervenções ou de resultados, pode colaborar na construção de um raciocínio clínico mais acurado, além de oferecer contribuição ao crescimento científico da enfermagem e conseqüentemente, à promoção da melhoria do cuidado ao paciente. Nesse sentido, a validação de diagnósticos de enfermagem é essencial para o desenvolvimento da prática clínica, e deve ser entendida como uma relevante meta para a enfermagem, uma vez que a produção de conhecimento que fundamenta o processo de cuidar fornece, ao enfermeiro, subsídios importantes à sua ação com segurança.

A finalidade deste estudo é a revisão do diagnóstico de enfermagem Estilo de vida sedentário (EVS) em indivíduos com hipertensão arterial. O interesse em desenvolver essa temática surgiu diante da relação desse hábito de vida com a saúde cardiovascular, e em decorrência de um estudo previamente realizado (GUEDES, 2008) que analisou a acurácia das características definidoras desse diagnóstico nessa população.

Os resultados desse estudo evidenciaram uma prevalência do EVS de 60%. A característica definidora e o fator relacionado mais prevalente foram: “demonstra falta de condicionamento físico” e “falta de treino para fazer o exercício”, respectivamente. O fator relacionado conhecimento deficiente sobre os benefícios que a atividade física traz à saúde, fez-se presente em apenas 4,2% da amostra. O EVS esteve associado a todas as características definidoras e os fatores relacionados, à exceção do conhecimento deficiente sobre os benefícios que a atividade física traz à saúde (GUEDES, 2008).

Nessa sua assertiva, a autora revelou dificuldades em avaliar e mensurar cada característica definidora, além de perceber a existência de diferenças das especificidades e sensibilidades das características definidoras com estudos anteriormente realizados (GUIRAO-GORIS; PINA; CAMPO, 2000; GUIRAO-GORIS; DUARTE-CLIMENTS, 2007), as quais são influenciadas pela prevalência do diagnóstico, com dependência direta das características populacionais estudadas.

Nesse âmbito, percebe-se a necessidade de clarificação do conceito do EVS e de aprofundamento desse tema, em diversos contextos populacionais, para um melhor refinamento desse diagnóstico. 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 pesquisas em diferentes realidades.

O sistema de classificação de diagnósticos de enfermagem da NANDA Internacional (NANDA-I) é um dos mais divulgados e de maior aplicabilidade no âmbito mundial. Tal 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-I, aumentando sua capacidade de generalização e predição e, conseqüentemente, a confiabilidade da inferência diagnóstica (GARCIA, 1998; MELO, 2004). Tal fato está alicerçado na dificuldade com que se deparam os enfermeiros, na prática clínica, para identificar os diagnósticos de enfermagem, bem como os seus indicadores clínicos.

Ressalta-se que os diagnósticos de enfermagem propostos pela NANDA-I são conhecidos e bem aplicados; contudo, os mesmos não são definitivos, considerando que pesquisas em populações específicas permitem seu aprimoramento e tornam sua estrutura conceitual mais apropriada. Em face disso, torna-se necessário conhecer seus conceitos e propostas, testá-los, validá-los e analisá-los quanto à sua aplicabilidade nas diferentes realidades (PILEGGI, 2007).

Conforme asseveram Chaves, Carvalho e Rossi (2008), o diagnóstico de enfermagem é um instrumento de planejamento direcionado para as necessidades de cuidados em situações clínicas específicas. Por isso, é necessário ampliar a confiabilidade dos diagnósticos de enfermagem, por meio de estudos de validação, tornando confiável a sua utilização tanto na prática como no ensino. Um diagnóstico de enfermagem para ser considerado válido deverá corresponder ao estado verdadeiro dos fenômenos que estão sendo medidos; terá confiabilidade se, em diferentes momentos, apresentar o mesmo resultado; e estabilidade se for igualmente identificado em diversas observações similares (MELO; CARVALHO; HAAS, 2008).

Nesse contexto, validar diagnósticos significa legitimá-los, torná-los verdadeiros e representativos de uma situação clínica específica, necessitando, assim, serem sempre revisados, porém nunca finalizados (MELO, 2004; CHAVES, 2008). Gordon (1994) ressalta que a validação é uma tarefa processual, uma vez que as situações identificadas e tratadas pelos enfermeiros são complexas e multidimensionais, variando de acordo com as características culturais, sociais, econômicas e individuais.

Diante do exposto, acrescenta-se a necessidade de manter contínuos fluxos de pesquisas na tentativa de acompanhar as modificações sociais e culturais locais, sempre considerando as peculiaridades das manifestações de tais problemas em populações específicas (MELO, 2004).

A validação dos diagnósticos de enfermagem é alvo de estudo em diferentes países. No Brasil, a produção nessa área é recente e escassa, evidenciando a necessidade de pesquisas acerca dessa temática (CREASON, 2004; CARVALHO *et al.*, 2006; CHAVES; CARVALHO; ROSSI, 2008). A questão de desenvolver e aprimorar sistemas de classificação específicos para os problemas de competência de enfermagem, em especial os investimentos na área de validação de diagnóstico, justifica-se pelo fato de ser uma ferramenta necessária para alicerçar a prática clínica do enfermeiro, subsidiando uma assistência de melhor qualidade (CORRÊA, 1997; BERUSA, 1998; BACHION; ARAÚJO; SANTANA, 2002; MELO, 2004; GALDEANO, 2007; PILEGGI, 2007; FAVRETTO; CARVALHO, 2008; OLIVEIRA, 2011).

Esse aspecto foi confirmado por Guedes *et al.* (2009), os quais ao avaliarem a tendência dos estudos de validação de diagnósticos de enfermagem da NANDA-I, produzidos em programas de pós-graduação stricto-sensu, observaram uma propensão crescente no desenvolvimento de pesquisas dessa natureza, em que o foco principal dessas foi a validação das características definidoras, seguido dos fatores relacionados e do título diagnóstico.

O diagnóstico de enfermagem EVS foi incluído na NANDA-I em 2004, tornando-se o primeiro da taxonomia II validado por estudiosos espanhóis (GUIRAO-GORIS; PINA; CAMPO, 2000; NANDA-I, 2006). Este diagnóstico foi definido como “um hábito de vida que se caracteriza por um baixo nível de atividade física” (NANDA-I, 2010, pág. 146). O diagnóstico supracitado pertence ao domínio 4 – Atividade/Repouso, à classe 2 – Atividade/Exercício, e tem como características definidoras: demonstra falta de condicionamento físico; escolhe rotina diária sem exercício 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 interesse; falta de motivação; falta de recursos (tempo, dinheiro, companhia, estrutura); falta de treino para fazer o exercício; (NANDA-I, 2010).

Pondo à mostra a crescente preocupação global, em relação ao sedentarismo, Barnett-Damewood e Carlson-Catalano (2000), em estudo semelhante ao

de validação do diagnóstico EVS, apontaram a necessidade de acrescentar na taxonomia da NANDA-I 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.

Face à recente inclusão desses elementos na taxonomia da NANDA-I, 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, que se constitui um indicador de risco à saúde, capaz de acarretar profundas consequências negativas à vida de indivíduos, famílias e comunidades.

Estimativas nacionais apontam para um alto índice de sedentarismo na população brasileira. Dados do IBGE, descritos pela Sociedade Brasileira de Cardiologia, confirmam que no Brasil a população exibe um alto nível de sedentarismo, com mais de 80% dos indivíduos adultos totalmente sedentários. Desses, 9,2% 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). Outras evidências científicas confirmam o estilo de vida sedentário na população brasileira (PITANGA; LESSA, 2005; HALLAL *et al.*, 2007; BARETTA; BARETTA; PERES, 2007; SIQUEIRA *et al.*, 2008). Por conseguinte, hábitos de vida sedentários têm sido a tônica de debates nos grandes centros urbanos (BRASIL, 2002). Em estudo multicêntrico, realizado em 15 capitais brasileiras, contemplando faixa etária de 15 a 69 anos, a cidade de 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).

Atualmente, já está bem estabelecido que uma rotina diária com exercícios físicos ajuda na promoção da saúde, 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).

Diante das evidências da relação do estilo de vida sedentário com a saúde cardiovascular e da restrição de pesquisas de enfermagem envolvendo o diagnóstico EVS, bem como seu uso na assistência, torna-se importante validá-lo, tendo em vista que nem sempre as evidências clínicas de um diagnóstico, pertinentes a uma determinada situação, correspondem ao que é observado na prática (BRAGA, 2004). Além disso, Guedes (2008) aponta a necessidade de incrementar estudos sobre as diversas facetas do EVS, tornando-se fundamental depurar melhor esse diagnóstico e desenvolver validação em diversos contextos.

Nessa perspectiva, surge a necessidade de submeter o EVS a uma validação que produza evidências suficientes para verificar sua representatividade. Esse tipo de estudo tem o intuito de avaliar a adequação dos componentes deste diagnóstico, a necessidade de outras nomeações para os componentes existentes, e a possibilidade de inclusão de outros componentes do dito diagnóstico à Taxonomia da NANDA-I, tendo por base sua identificação em portadores de hipertensão arterial. Ademais, o processo de validação proporciona a construção e avaliação de definições conceituais e referências empíricas para as características definidoras e para os fatores relacionados, com a finalidade de prover instrumentos cientificamente fundamentados, amplos e criteriosos para avaliação do estado de saúde.

Em função do exposto, surgiram os seguintes questionamentos: A definição do diagnóstico oferece uma descrição clara e representativa? Existem outras características definidoras ou fatores relacionados, além dos existentes, que desencadeiam essa resposta humana em indivíduos com hipertensão arterial? Serão imperiosas outras nomeações para as características definidoras ou fatores relacionados que já compõem o diagnóstico EVS em indivíduos com hipertensão arterial?

A relevância de pesquisas como esta, alicerça-se na importância de prevenção de um estilo de vida sedentário para a saúde cardiovascular, na escassez de estudos de validação e na compreensão da necessidade de refinamento diagnóstico em populações específicas, aqui exemplificadas pelos indivíduos com hipertensão arterial, uma vez que da inferência diagnóstica depende a adequação das intervenções escolhidas e, portanto, a qualidade da assistência de enfermagem disponibilizada. Por conseguinte, é fundamental a realização de novas investigações em diferentes situações clínicas, a fim de que os diagnósticos sejam refinados de forma a assegurar uma aplicação prática mais precisa.

A tese fundamenta-se nas seguintes hipóteses: a) é necessário avaliar o diagnóstico de enfermagem EVS em relação à adequação da definição, das características definidoras e dos fatores relacionados na população de indivíduos com hipertensão arterial; b) além dos indicadores clínicos definidos pela taxonomia II da NANDA-I, existem outros fatores relacionados e características definidoras pertinentes ao EVS em indivíduos com hipertensão arterial.

Dadas a abrangência e a complexidade do problema do estilo de vida sedentário, a compreensão dos fatores determinantes favorecerá uma visão abrangente desde as causas até as consequências desse hábito de vida. Nesse contexto, a tese ora apresentada torna-se consonante com a abordagem da promoção da saúde por assegurar uma avaliação mais precisa quanto a essa resposta humana e, conseqüentemente, intervenções mais seguras e eficazes, que possam influenciar o comportamento das populações, com vistas à promoção da atividade física. Assim, a promoção da saúde, no âmbito da adesão a um estilo de vida ativo, favorece a redução da prevalência da hipertensão arterial, assim como previne complicações no estado de saúde, em decorrência desse agravo.

Com o intuito de responder aos questionamentos levantados e testar as hipóteses formuladas, este estudo tem como objetivo geral revisar o diagnóstico de enfermagem EVS em indivíduos com hipertensão arterial. Para o alcance deste objetivo, inicialmente, foi realizada uma breve explanação sobre validação dos diagnósticos de enfermagem. Sequencialmente estão descritos dois capítulos inter-relacionados, separados somente para fins didáticos, intitulados como Análise de conceito e Validação por especialista. Cada capítulo é composto por seu referencial teórico-metodológico, objetivos específicos, metodologia, resultados e discussões. Como desfecho, após os dois capítulos, são apresentadas: conclusão e referências.

APRESENTAÇÃO

Validação dos diagnósticos de enfermagem

Desde 1973, os diagnósticos aprovados para Taxonomia de Diagnóstico de Enfermagem da NANDA-I foram desenvolvidos e submetidos por enfermeiros que utilizaram uma variedade de métodos de pesquisa. Os diagnósticos baseiam-se, cada um, em pesquisas, sendo que alguns deles possuem evidências de pesquisas mais sólidas do que outras. Durante as últimas quatro décadas, os métodos de pesquisa tornaram-se mais sofisticados, tendo o Comitê de Desenvolvimento de Diagnósticos exigido evidências mais rigorosas como fundamento para a aprovação de novos diagnósticos (NANDA-I, 2010).

Para que permaneça baseada em evidências, a estrutura taxonômica precisa de refinamentos contínuos. Nesse sentido, o processo de validação de um diagnóstico de enfermagem envolve obtenção de validade e confiabilidade. Validade é o grau com que determinado diagnóstico representa a resposta do paciente a uma situação clínica, o que possibilitará aperfeiçoar e legitimar os elementos da taxonomia da NANDA-I, subsidiando o estabelecimento das intervenções e da avaliação de enfermagem (CARLSON-CATALANO, 2004). Para que haja confiabilidade nos resultados das investigações sobre validação de diagnóstico, é necessário incluir procedimentos que possam favorecer a capacidade de generalização e de predição (PARKER; LUNNEY, 1998).

À medida que os diagnósticos são validados ou novos diagnósticos são propostos, passam esses por uma revisão analítica sistemática do Comitê de Desenvolvimento de Diagnósticos da NANDA-I, para que seja determinada a coerência com os critérios estabelecidos para um diagnóstico de enfermagem. Todas as submissões são subsequentemente avaliadas, segundo a etapa de desenvolvimento pré-estabelecida (enunciado, definição, característica definidora, fator de risco e fator relacionado) e de acordo com as evidências que sustentam o nível de desenvolvimento, como a sua validação. Após as revisões, as submissões serão avaliadas por especialistas e pelo Comitê Internacional da NANDA-I. Posteriormente, os diagnósticos serão discutidos em fóruns durante as conferências bienais. As recomendações dos fóruns serão revisadas e os diagnósticos sugeridos ou revisados serão encaminhados ao

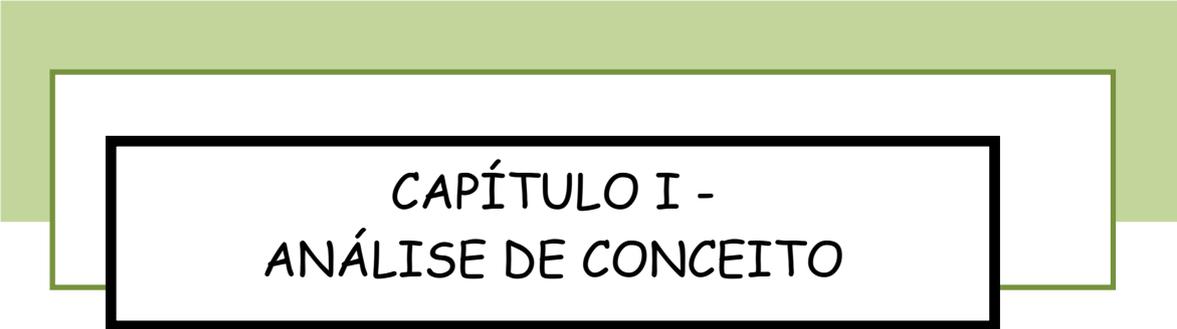
Conselho Diretor, a fim de serem incluídos na próxima edição da classificação (NANDA-I, 2010).

Na literatura têm sido descritos diversos modelos metodológicos que podem ser utilizados para a geração, análise e/ou validação de diagnósticos de enfermagem. Dentre os quais: Modelo de Avant para análise de conceito; o Modelo de Gordon e Sweeney, subsidiado pelo método retrospectivo, clínico e de validação de diagnóstico diferencial; o Modelo de Hoskins, composto por análise de conceito, validação por especialistas e validação clínica; e o Modelo de Fehring, no qual se observa a validação de conteúdo, validação clínica, correlação etiológica e validação de definição diagnóstica. Além desses modelos, também é observada a validação de diagnósticos por meio de procedimentos metodológicos ou de validação de instrumentos de medida, como, por exemplo, os critérios de validade e confiabilidade para construção de instrumentos que contribuem para a validação de construto e de conteúdo (CHAVES; CARVALHO; ROSSI, 2008).

Referidos autores afirmam ainda que essa diversidade metodológica dificulta a replicação de estudos com a temática de validação de diagnóstico. Desse modo, atualmente, o uso conjugado dessas referências tem sido apresentado em pesquisas brasileiras sobre validação dos diagnósticos de enfermagem (MELO, 2004; GALDEANO, 2007; PILEGGI, 2007; CHAVES, 2008).

Devido à complexidade desse tipo de estudo e do tema abordado, a presente pesquisa foi baseada nas propostas metodológicas discutidas por Hoskins (1989) e, quando necessário, naquelas desenvolvidas por Fehring (1986, 1987, 1994). Ademais, esses dois modelos foram construídos, em especial, para validação específica de diagnósticos de enfermagem, pelo que podem ser empregados de forma conjugada ou não, na sua totalidade ou em parte, com adaptações, ou da forma preconizada pelos autores, em função da população estudada e das características do diagnóstico a ser estudado.

De tal modo, com vistas a oferecer respostas ao objetivo proposto, o desenvolvimento da tese ora apresentada foi fundamentado na análise de conceito e na validação por especialistas, descritas nos dois capítulos que vêm a seguir.



CAPÍTULO I -
ANÁLISE DE CONCEITO

1 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

1.1 Análise de conceito

A análise de conceito, realizada para identificar os atributos característicos de um conceito, engloba revisão da literatura e a construção do conhecimento. Para Hoskins (1989) esses aspectos correspondem à estruturação teórica do processo de pesquisa, que permite o desenvolvimento de um modelo para explicar porque se espera que certas características estejam presentes quando ocorre um determinado fenômeno.

Os procedimentos para análise do conceito que a autora recomenda são descritos por Walker e Avant (2005). Ambos os autores propõem uma análise modificada e simplificada, a partir de um modelo clássico de análise de conceito, anteriormente proposto por Wilson em 1963. Para realização deste estudo, o ponto de referências será o estudo Walker e Avant (2005), uma vez que, segundo as autoras, o seu modelo tem referência direta com a enfermagem e, mais especificamente, com os sistemas de classificação da linguagem da enfermagem.

1.2 O Modelo de Análise de Conceito de Walker e Avant

A identificação e a formulação de conceitos compõem a primeira etapa do desenvolvimento de um novo diagnóstico e do aperfeiçoamento de diagnósticos já aceitos (NANDA-I, 2010).

Walker e Avant (2005) asseveram que todo diagnóstico de enfermagem é um conceito que precisa ser elaborado por meio de métodos sistemáticos. O Modelo de Análise de Conceito dessas autoras possui uma abordagem filosófica evolucionária, na qual o conceito é considerado uma abstração, expresso de alguma forma. O conceito é formado pela identificação de características comuns para uma classe de objetos ou fenômenos e pela abstração e junção dessas características, em algum meio de expressão. A abordagem evolucionária defende também que os conceitos são constantemente reestruturados por meio das experiências cotidianas e dos conhecimentos adquiridos (RODGERS; KNAFL, 2000; WALKER; AVANT, 2005).

Para Polit, Beck e Hungler (2004), conceito é uma abstração baseada na observação de determinados comportamentos ou características, formulada por meio do processo de desenvolvimento e aprimoramento de idéias. Os conceitos, de modo geral,

contêm três elementos: uma palavra ou um termo (símbolo linguístico), que vincula uma ideia (o significado) relacionada a um fenômeno (o significante).

Entende-se que, no âmbito da construção do conhecimento, é fundamental que se trabalhe com conceitos claros, distintos e bem definidos, para que seja possível caracterizar de forma adequada as situações e os fenômenos. De acordo com Garcia e Nóbrega (2001), atribuir significado a algo pressupõe a atividade cognitiva, de identificação e de nomeação do fenômeno.

Nesse sentido, a análise de conceito é um exame cuidadoso da descrição de uma palavra ou expressão que permite a identificação e análise de diversas possibilidades dentro do conceito de interesse. Destaca-se que o processo de análise dos elementos básicos de um conceito tem servido para o desenvolvimento da ciência em muitas disciplinas ao longo do tempo (WALKER; AVANT, 2005).

Quanto às finalidades da análise conceitual, incluem-se: desenvolvimento de conceitos de diagnósticos de enfermagem; refinamento de conceitos ambíguos em uma teoria; elucidação do significado de conceitos que, embora utilizados com frequência na prática profissional, são ainda vagos ou pouco precisos; etapa preliminar da construção teórica de uma pesquisa, para determinar, entre outros aspectos, que variáveis estudar e incluir no instrumento de coleta de dados (WALKER; AVANT, 2005).

No âmbito da enfermagem, a análise conceitual facilita o trabalho taxonômico, permitindo o desenvolvimento de uma linguagem padronizada para representar a prática de enfermagem, uma vez que os termos para apresentar os diagnósticos de enfermagem, intervenções e os resultados têm sido desenvolvidos por consenso ou em ambientes totalmente práticos, sem considerar as questões teóricas relativas à atribuição de nomes para os problemas dos clientes, às intervenções sugeridas ou aos resultados esperados (WALKER; AVANT, 2005).

Ademais, reconhecer, compreender e clarificar os conceitos que estão em seu domínio representam ações dinâmicas de construção do conhecimento da enfermagem, uma vez que descrevem os fenômenos de uma forma mensurável e reprodutível, aumentando o potencial de aplicabilidade prática desses conceitos, seja no ensino, na pesquisa ou na assistência de enfermagem (GARCIA; NÓBREGA, 2001).

Walker e Avant (2005) descrevem oito passos para a realização de uma análise conceitual, sintetizados como se segue:

1. Seleção do conceito → deve ser feita com cuidado, prestando-se para refletir o tópico ou área de maior interesse, sendo recomendável a escolha de um conceito, com lastro no

interesse do pesquisador, sua prática ou problema de pesquisa. Deve-se escolher o conceito que for mais crítico para as necessidades da pesquisa.

2. Determinação dos objetivos da análise conceitual → deve ser selecionado pelo próprio pesquisador, com antecedência, para servir de orientação durante toda a análise. Em sua essência deve responder à pergunta: "Por que esta análise será executada?". Ou seja, refere-se à finalidade da análise conceitual, conforme mencionado anteriormente.

3. Identificação dos possíveis usos do conceito → trata-se de uma busca ampliada da literatura para identificar os possíveis usos do conceito. É importante não limitar a busca da literatura para a enfermagem ou literatura médica, mas buscar o conceito de forma ampla e, somente após a identificação dos usos do conceito, decidir quais aspectos serão considerados.

4. Determinação dos atributos críticos ou essenciais → é um passo fundamental para a análise de um conceito, em que são identificadas as palavras ou expressões que mostram a essência do conceito, quais características lhe são atribuídas e quais idéias o conceito em questão transmite. No âmbito dos diagnósticos de enfermagem, a seleção dos atributos auxilia na identificação da definição.

5. Construção de um caso modelo → é um exemplo do uso do conceito, abordando todos os seus atributos críticos.

6. Construção de casos adicionais (limite, relacionado, contrário, inventado ou ilegítimo) → elaboração de uma situação que seja um exemplo claro de oposição ao conceito. Ajudará nos julgamentos sobre o que melhor define os atributos ou as características. Recomenda-se a utilização dessa etapa, apenas se o conceito não estiver claro no caso modelo.

7. Identificação dos antecedentes e consequentes do conceito → são eventos ou situações necessários para a ocorrência do conceito. Os antecedentes são os acontecimentos ou incidentes que devem incidir antes da ocorrência do conceito e os consequentes, por outro lado, são os acontecimentos ou incidentes que sucedem como resultado do acontecimento do conceito. São úteis para determinar, frequentemente, ideias negligenciadas, variáveis ou relações que podem render prósperas e novas direções de pesquisa. Considerando a estrutura dos diagnósticos de enfermagem, os antecedentes e os consequentes são representativos dos fatores relacionados e das características definidoras, respectivamente.

8. Definição das referências empíricas → é o passo final da análise conceitual. As referências empíricas são fundamentais na elaboração de instrumentos de pesquisa que

reflitam, de modo acurado, os atributos essenciais do conceito e auxiliem o profissional de saúde na observação do fenômeno na prática assistencial. Esse passo deve ser guiado pela pergunta: Para medir esse conceito ou determinar a sua existência no mundo real, como se deve fazer isso?

Walker e Avant (2005) evidenciam como vantagem da análise de conceito a construção de definições conceituais e referências empíricas precisas para o uso na teoria e na prática; o esclarecimento de termos em enfermagem; o desenvolvimento de instrumentos; e a padronização da linguagem de enfermagem.

Para uma melhor fundamentação do conhecimento construído relativo à análise de conceito, será utilizado como método para a revisão de literatura os passos da revisão integrativa proposta por Whitemore e Knafl (2005), descritos a seguir. Observa-se que, apesar das etapas da análise de conceito serem apresentadas como sequenciais, elas são interativas e ocorrerão concomitantemente à revisão integrativa.

1.3 Revisão Integrativa da Literatura

Métodos de pesquisa que sintetizam os achados científicos que são necessários à evolução da ciência e da prática de enfermagem. Associado a isso, a expansão nas últimas décadas do universo de informações científicas na área da saúde, bem como do acesso rápido e fácil, vem favorecendo o uso de estudos de revisão de literatura (SEGURA-MUÑOZ, 2002).

No processo de validação de diagnósticos, na etapa de análise de conceito, recomenda-se que seja realizada uma revisão de literatura, visando buscar suporte teórico para a efetivação de todas as fases desse processo (FEHRING, 1987; HOSKINS, 1989; POMPEO; ROSSI; GALVÃO, 2009). Os métodos de revisão de literatura têm como principal propósito, buscar, avaliar criticamente e sintetizar evidências disponíveis do tema investigado, aumentando a capacidade de generalização dos dados acerca de um fenômeno (WHITTEMORE; KNAFL, 2005; POMPEO; ROSSI; GALVÃO, 2009). Dentre esses propósitos destacam-se:

1. Revisão narrativa → ampla apresentação e discussão do tema investigado, restringindo-se a estudos de relevância para o pesquisador, mas que forneçam sustentação para a pesquisa (BEYEA; NICOLL, 1998). Dificilmente parte de uma questão específica bem definida, não exigindo um protocolo rígido para sua confecção. A busca das fontes não é pré-determinada e específica e a seleção dos estudos é

arbitrária, provendo o autor de informações sujeitas a viés de seleção, com grande interferência da percepção subjetiva (CORDEIRO *et al.*, 2007).

2. Revisão sistemática → tem como princípio geral a exaustão na busca dos estudos relacionados a um problema clínico específico, seguindo método rigoroso de seleção, avaliação da relevância e validade das pesquisas encontradas. Recomenda-se que os estudos incluídos neste tipo de revisão tenham delineamento de pesquisa experimental (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

3. Meta-análise → método estatístico utilizado para integrar os resultados dos estudos incluídos e aumentar o poder estatístico da pesquisa primária. Integra o conhecimento surgido por esta análise, assim como as inferências envolvidas na análise dos dados dos estudos primários, melhorando sua objetividade e validade (SOUSA; RIBEIRO, 2009).

4. Revisão integrativa: reúne e sintetiza as pesquisas realizadas sobre problemas idênticos ou similares, construindo uma conclusão a partir dos resultados evidenciados em cada estudo. Os estudos incluídos na revisão, experimentais e não-experimentais, são analisados de forma sistemática em relação aos seus objetivos, materiais e métodos, permitindo que o leitor analise o conhecimento pré-existente sobre o tema investigado (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A revisão integrativa é um método de revisão amplo, pois permite incluir literatura teórica e empírica, bem como estudos com diferentes abordagens metodológicas. Deve seguir padrões de rigor metodológico, os quais permitirão gerar uma fonte de conhecimento atual, verificar a aplicabilidade na prática clínica, além de oferecer subsídios para o avanço da enfermagem (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Essas autoras recomendam a revisão integrativa como etapa inicial nos estudos de validação de diagnósticos de enfermagem por proporcionar uma compreensão mais completa do tema de interesse, podendo a mesma ser aplicada para a definição de conceitos. Esse método de pesquisa, segundo Whittemore e Knafl (2005) contempla cinco passos, a seguir descritos:

1. Identificação da questão de pesquisa → consiste na escolha do tema e na elaboração da questão norteadora da pesquisa, que deve ser clara, específica e relacionada ao raciocínio clínico e teórico do pesquisador, com o escopo de facilitar as etapas subsequentes (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

2. Busca na literatura → é a busca exaustiva nas bases de dados para a obtenção dos estudos a serem incluídos e analisados. Whittemore e Knafl (2005) afirmam que a

seleção dos estudos para a avaliação crítica é fundamental, a fim de que se obtenha a validade interna da revisão. É um indicador para atestar a confiabilidade, amplitude e poder de generalização das conclusões da revisão. Segundo Pompeo, Rossi e Galvão (2009) essa fase deve ser claramente documentada, incluindo as palavras-chave utilizadas, as bases de dados consultadas, as estratégias de busca e os critérios de inclusão e exclusão delimitados para determinar pesquisas primárias relevantes. É importante que todas as decisões tomadas frente aos critérios de inclusão e exclusão dos estudos sejam documentadas e justificadas na descrição da metodologia da revisão (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

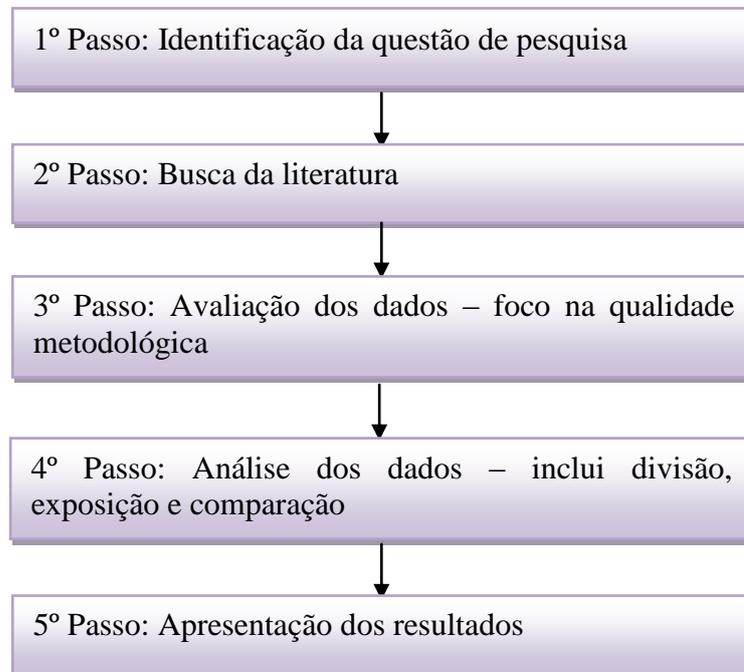
3. Avaliação dos dados → é o momento em que os estudos passam por uma análise detalhada, quanto aos critérios de autenticidade, qualidade metodológica, importância das informações e representatividade. No bojo das sugestões, está o uso de escalas e de critérios específicos, bem como o uso de modelos de análise de conceito, incluindo o de Walker e Avant, como meio para a avaliação metodológica (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

4. Análise dos dados → os dados da pesquisa primária devem ser ordenados, codificados, categorizados e sumarizados com o intuito de unificar e integrar as conclusões acerca do problema. Nesta etapa, é possível aprofundar a discussão das informações, levantar lacunas de conhecimentos e sugerir caminhos para novos estudos (GANONG, 1987). Consiste esse passo, de três etapas: a) Divisão – inclui a divisão em subgrupos de acordo com um sistema lógico para facilitar a análise, podendo ser baseada no nível de evidência, nas bases de dados, na cronologia, no cenário, e nas características da amostra ou em uma classificação conceitual pré-determinada; b) Exposição dos dados - os resultados poderão ser apresentados em forma de gráficos, diagramas, matrizes, tabelas ou quadros. O importante é a visualização para facilitar a etapa seguinte; c) Comparação – processo interativo com vistas ao exame dos dados para confrontar os padrões e as relações estabelecidos na interpretação dos dados. Criatividade, análise crítica dos dados e exposição dos dados são elementos fundamentais na comparação e na identificação de importantes e acurados padrões e temas (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

5. Apresentação dos resultados → neste passo são sintetizadas as evidências obtidas das pesquisas analisadas e apresentadas de forma clara e confiável. É um momento de extrema importância, já que produz impacto devido ao acúmulo do conhecimento existente sobre a temática pesquisada (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

De maneira ilustrativa e mais pormenorizada, as etapas da revisão integrativa estão dispostas na figura a seguir.

Figura 1 - Componentes da revisão integrativa da literatura, descritas por Whitemore e Knafl (2005).



Frente ao exposto, acredita-se que a revisão integrativa, bem como a análise de conceito proposta por Walker e Avant podem contribuir de maneira substancial na validação do diagnóstico de enfermagem EVS.

2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS DA ANÁLISE DE CONCEITO

- Revisar os componentes do Estilo de vida sedentário propostos pela NANDA-I (definição, características definidoras e fatores relacionados), a partir das evidências da literatura para indivíduos com hipertensão arterial.
- Comparar os componentes propostos pela NANDA-I, àqueles evidenciados na literatura, para indivíduos com hipertensão arterial;
- Construir as definições conceituais e referências empíricas das características definidoras e dos fatores relacionados do diagnóstico de enfermagem Estilo de vida sedentário para indivíduos com hipertensão arterial.

3 MATERIAIS E MÉTODOS DA ANÁLISE DE CONCEITO

Trata-se de uma revisão integrativa desenvolvida com o intuito de aplainar um problema conceitual necessário à realização de uma documentação e uma investigação apropriada, fundamentada por Whitemore e Knafl (2005).

A análise de conceito foi realizada no período de agosto de 2010 a fevereiro de 2011 e corresponde à estruturação teórica, em que se busca construir o conhecimento sobre o fenômeno na busca de evidências sobre o diagnóstico de enfermagem em estudo, suas características e fatores, bem como de novos componentes (características definidoras e fatores relacionados) que, após o processo de validação, poderão ser acrescentadas à Taxonomia da NANDA-I. Ademais, nesta etapa foram elaboradas as definições conceituais e as referências empíricas desses indicadores.

Hoskins (1989) propõe que a validação diagnóstica se inicie incorporando uma ampla revisão da literatura e a construção teórica do diagnóstico de interesse. Portanto, para auxiliar a execução da análise de conceito foi realizada uma busca bibliográfica por meio da revisão integrativa proposta por Whitemore e Knafl (2005). Para o desenvolvimento da análise de conceito foi utilizado o modelo de Walker e Avant (2005). Os passos seguidos para a revisão integrativa e para o modelo de Walker e Avant estão descritos no item 3.1.

Ressalta-se que antes da execução da revisão integrativa, foi construído um protocolo de revisão que norteou o desenvolvimento de todos os passos. Este protocolo contém o tema da revisão, os objetivos, as questões norteadoras, as estratégias de busca, as bases de dados selecionadas, os descritores adotados na busca, os critérios de inclusão e de exclusão, a avaliação da qualidade metodológica dos estudos e a estratégia para síntese e apresentação dos dados (APÊNDICE A).

3.1 Revisão integrativa da literatura

3.1.1 Identificação da questão de pesquisa

O objetivo da revisão foi apresentar o conhecimento produzido sobre o EVS e seus determinantes em pessoas com hipertensão arterial, sob a forma de três perguntas norteadoras: Qual é a definição do EVS em indivíduos com hipertensão arterial? Quais

são os componentes desse diagnóstico de enfermagem em indivíduos com hipertensão arterial? Como esses componentes são definidos e mensurados?

3.1.2 Busca na literatura

Para a seleção bibliográfica foram utilizadas as seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde (Lilacs), *National Library of Medicine and National Institutes of Health* (Pubmed), *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (Cinahl), Scopus e Cochrane. Com a utilização dessas diversas bases de dados buscou-se ampliar o âmbito da pesquisa e, dessa forma, minimizar possíveis vieses.

Para o levantamento dos estudos contidos nestas bases de dados foram identificados os respectivos descritores de cada base. Com relação ao Pubmed, a terminologia preconizada por esta base de dados é o vocabulário MeSH - *Medical Subject Headings of U.S. National Library of Medicine (NLM)* em língua inglesa, usado para indexar estudos. Para as demais bases de dados, foi empregado o vocabulário estruturado e trilingüe DeCS - Descritores em Ciências da Saúde, criado para uso na indexação de estudos de revistas científicas, livros, anais de congressos, relatórios técnicos, e outros tipos de materiais, assim como para ser usado na pesquisa e recuperação de assuntos da literatura científica nas bases de dados disponíveis pela Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Vale salientar que na base de dados Lilacs, o termo utilizado para a busca dos estudos é o próprio descritor, enquanto nas outras bases de dados (Cinahl, Scopus e Cochrane) os descritores são conhecidos como palavras-chave ou termos (BVS, 2007).

Em um levantamento prévio, em ambos os vocabulários, *Estilo de vida sedentário* é considerado um descritor-controlado. No entanto, tendo em vista o pequeno número de estudos envolvendo esse descritor, optou-se por utilizar o descritor não-controlado *Sedentarismo*, o descritor-controlado *Estilo de vida sedentário*, bem como os seus equivalentes na língua inglesa e espanhola. Além disso, foi acrescido à busca o descritor controlado *Hipertensão*.

Para efetuar a busca nas cinco bases de dados foram realizados cruzamentos dos descritores adotados na busca. Para tanto, foi utilizado um operador booleano, geralmente empregado para relacionar termos ou palavras em uma expressão de

pesquisa. Para ampliar a busca foi realizado dois tipos de cruzamento, utilizando o operador *AND*: *Sedentary and Hypertension* e *Sedentary lifestyle and Hypertension*.

Foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: artigos completos disponíveis eletronicamente; focalizar o tema da pesquisa em indivíduos acima de 18 anos; abordar o conceito a ser analisado; responder às questões norteadoras; estar escrito nos idiomas português, inglês ou espanhol. Como critérios de exclusão: estudos em formato de Editoriais e estudos em formato de Cartas ao editor.

O levantamento dos estudos ocorreu no mês de agosto de 2010. A busca foi realizada em cada base em um único dia, com gravação das páginas encontradas, enquanto a seleção das publicações foi realizada nos dias subsequentes. Para a seleção dos estudos, procedeu-se, inicialmente, com leitura do título e do resumo para apreciação prévia e confirmação de que possuía elementos os quais serviriam de base para a análise conceitual pretendida. Na ocorrência de dúvidas se o artigo atendia aos critérios de inclusão e exclusão, optou-se por incluí-lo para posterior.

Em seguida, os estudos selecionados foram submetidos à leitura criteriosa e minuciosa para análise do conteúdo e para ratificar que continham elementos básicos para a abordagem conceitual pretendida. Realizou-se uma terceira leitura, destacando elementos fundamentais à análise conceitual descritos no item 3.2.2 (Determinação dos atributos e Identificação dos antecedentes e consequentes).

Destaca-se que os artigos que não estavam disponíveis, inicialmente, nas bases de dados no período da coleta de dados foram buscados no portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), conforme recomendações (POMPEO; ROSSI; GALVÃO, 2009) e no endereço eletrônico www.google.com.br.

O processo de seleção dos artigos nas cinco bases de dados foi realizado no período de setembro a novembro de 2010 e está disposto nos seis diagramas a seguir.

Diagrama 1 – Processo de seleção da base de dados SCOPUS.

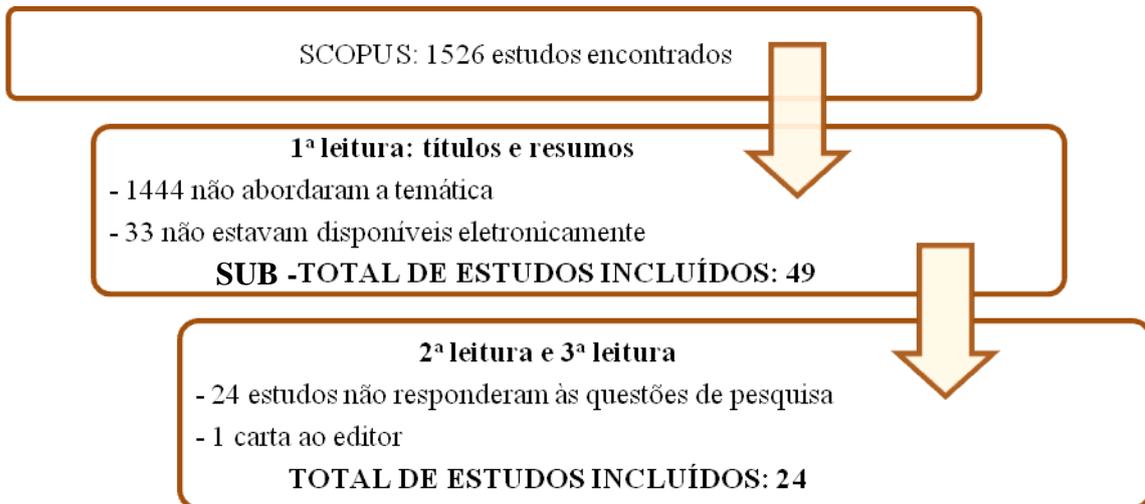


Diagrama 2 – Processo de seleção da base de dados CINAHL.

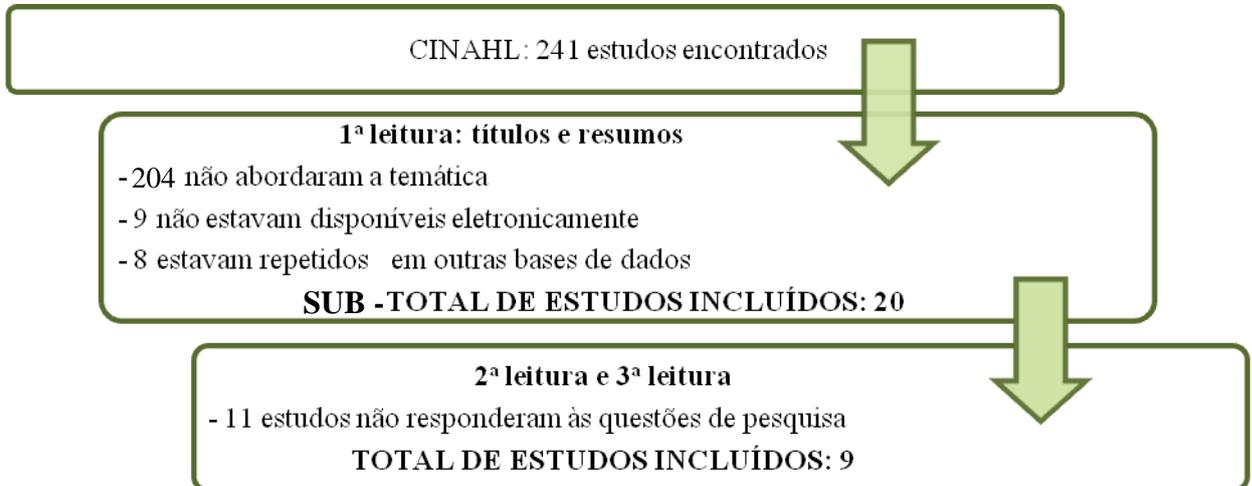


Diagrama 3 – Processo de seleção da base de dados PUBMED.

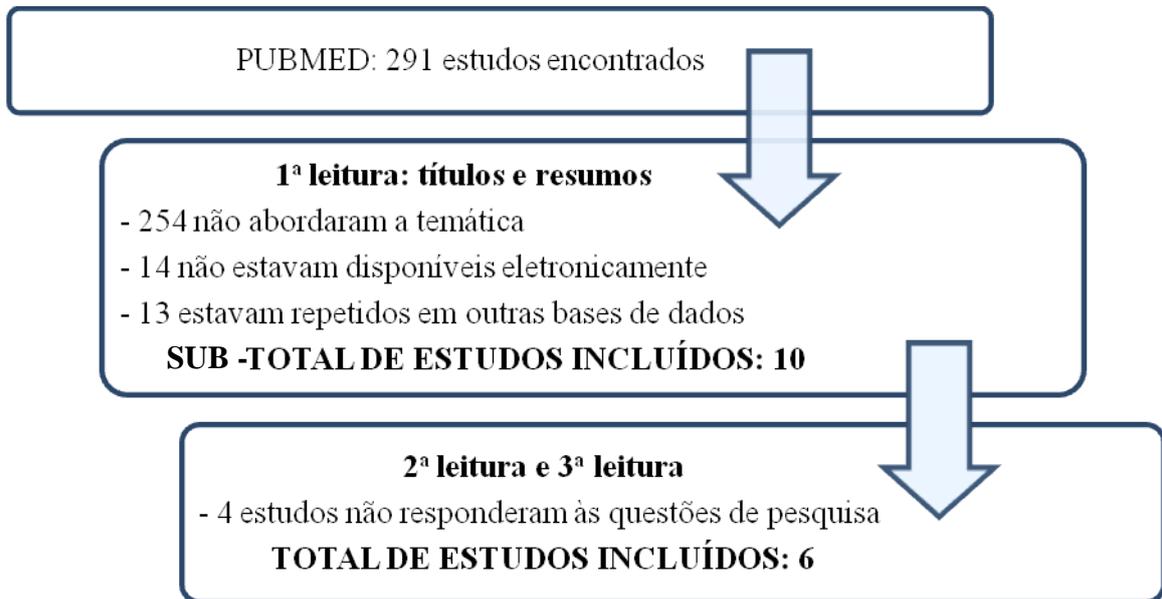


Diagrama 4 – Processo de seleção da base de dados COCHRANE.

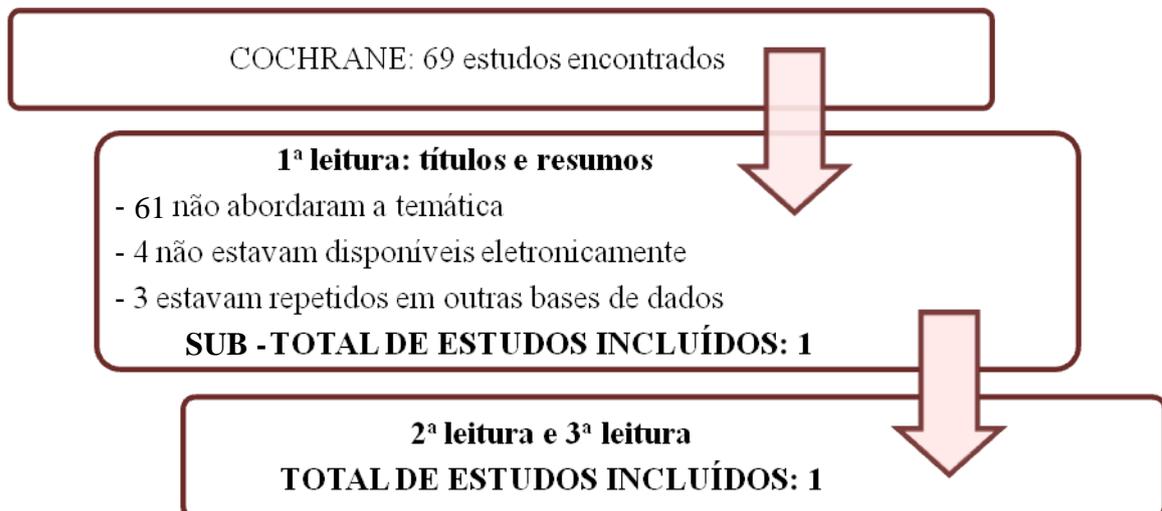
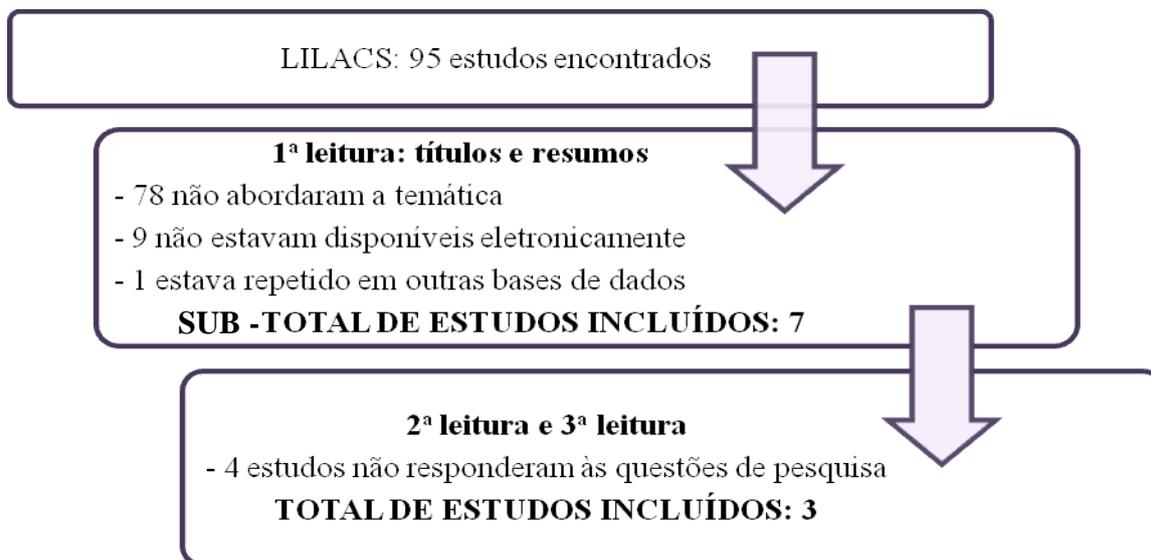


Diagrama 5 – Processo de seleção da base de dados LILACS.



Após o processo de levantamento e seleção dos estudos selecionou-se um total de 43 publicações para fundamentar a análise do conceito “sedentarismo” em indivíduos com hipertensão arterial, apresentado na Diagrama 6. A avaliação e caracterização dessas 43 publicações encontra-se na seção dos resultados.

Diagrama 6 – Total de estudos selecionados para a Análise do Conceito.

43 estudos				
SCOPUS 24	CINAHL 9	PUBMED 6	COCHRANE 1	LILACS 3

3.1.3 Avaliação dos dados – foco na qualidade metodológica

Esta etapa foi executada mediante a classificação das forças de evidências para a avaliação de pesquisas proposta por Melnyk, Fineout-Overholt (2005), exposta no Quadro 1.

Quadro 1 - Classificação dos níveis de evidência para a avaliação dos estudos.

Nível de evidência	Força de evidência
Nível 1: as evidências são provenientes de revisão sistemática ou metanálise de todos relevantes ensaios clínicos randomizados controlados ou oriundas de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados;	<p>Mais fortes</p>  <p>Menos forte</p>
Nível 2: evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado;	
Nível 3: evidências obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização;	
Nível 4: evidências provenientes de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados;	
Nível 5: evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos;	
Nível 6: evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo;	
Nível 7: evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas.	

Fonte: MELNYK, FINEOUT-OVERHOLT (2005) citado por GALVAO, Cristina Maria. Níveis de evidência. *Acta Paul. Enferm.*, v. 19, n. 2, Junho 2006.

O nível de evidência dos estudos deve ser avaliado a fim de determinar a confiança no uso de seus resultados e fortalecer as conclusões que gerarão o estado do conhecimento atual do tema investigado (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

3.1.4 Análise dos dados – divisão, exposição e comparação

Nesta etapa, foram identificadas e documentadas de forma concisa as informações extraídas dos estudos. Para tanto, foi utilizado um instrumento adaptado de Chaves (2008) (ANEXO A), o qual possibilitou explorar dados de identificação do estudo, características metodológicas, resultados obtidos e conclusões.

Além desses aspectos, como parte da análise de conceito de Walker e Avant, durante cada leitura dos estudos selecionados, foram realizadas triagens de trechos que identificassem os atributos críticos, antecedentes e consequentes do EVS, bem como trechos pertinentes às definições conceituais e às referências empíricas de seus componentes.

É válido ressaltar que as referências empíricas tornam os componentes do diagnóstico mais claros, objetivos e, sobretudo, mensuráveis (HOSKINS, 1997). Além disso, aumentam a validade e a credibilidade da pesquisa (GRANT; KINNEY apud GALDEANO, 2007).

Esta etapa, em conjunto com a anterior, foi realizada no período de dezembro de 2010 a fevereiro de 2011.

3.1.5 Apresentação dos resultados

Os dados foram apresentados em forma de diagramas, tabelas e quadros e discutidos conforme literatura pertinente.

3.2 Modelo de Análise de Conceito de Walker e Avant

3.2.1 Seleção de um conceito, Determinação dos objetivos e propostas para a análise conceitual e Identificação de usos do conceito

Apesar dessas etapas serem discutidas como sequenciais, elas são interativas e ocorrem concomitantemente à revisão integrativa. Com fundamentação nas informações colhidas durante a revisão integrativa, foi executada a análise do conceito “sedentarismo”, a partir dos objetivos e questionamentos levantados no item 3.1.1 (Identificação da questão de pesquisa).

3.2.2 Determinação dos atributos e identificação dos antecedentes e consequentes

Para a identificação dos atributos críticos que discutem o sedentarismo em indivíduos com hipertensão arterial, foram utilizadas as seguintes questões: Como os autores definem o conceito? Quais as características ou atributos apontados? Que ideias os autores discutem sobre sedentarismo em indivíduos com hipertensão arterial? Os eventos antecedentes e os consequentes foram identificados, respectivamente, por meio das respostas às perguntas: Que eventos, situações e/ou fenômeno contribuem para a evidência do conceito de sedentarismo em indivíduos com hipertensão arterial? Quais são os eventos ou situações resultantes do sedentarismo em indivíduos com hipertensão arterial?

3.2.3 Identificação de um caso modelo e Identificação de um caso contrário

A construção de um caso modelo e de um caso contrário possibilita uma maior clareza dos atributos críticos, e dessa maneira, proporciona uma melhor compreensão dos resultados da análise conceitual.

3.2.4 Definições conceituais e referências empíricas

As definições conceituais e as referências empíricas contribuíram para o conteúdo e a validade de construto de um instrumento, que teve como base o título do diagnóstico de enfermagem EVS, a definição desse diagnóstico, as características definidoras e os fatores relacionados, bem como as respectivas definições conceituais e referências empíricas. Esse instrumento foi utilizado na etapa de Validação por especialistas, descrita no Capítulo 2 (APÊNDICE B).

4 RESULTADOS DA ANÁLISE DE CONCEITO

Foram selecionados 43 estudos que fundamentaram a análise do conceito “sedentarismo” em indivíduos com hipertensão arterial. Os dados compilados estão dispostos em duas tabelas e 23 quadros, contemplando a caracterização dos estudos, a definição do conceito selecionado, a identificação dos atributos críticos dos antecedentes e dos consequentes do “sedentarismo”, bem como as definições conceituais e as referências empíricas. Além disso, está descrita a comparação entre os componentes do diagnóstico EVS descritos na NANDA-I (2010) e os evidenciados na literatura.

4.1 Caracterização dos estudos e avaliação da qualidade metodológica

A seguir, serão apresentadas nas duas tabelas subsequentes a caracterização dos estudos e a avaliação da qualidade metodológica.

Tabela 1- Distribuição dos artigos conforme o país, ano de publicação, área, sujeitos, cenários e temática do estudo. Fortaleza, 2011

Variável	N ^o	%
Continente		
América do Norte	21	48,8
Europa	12	27,9
América do Sul	7	16,3
Ásia	3	7,0
Total	43	100,0
Ano de publicação		
Anteriores a 2000	7	16,3
2000 até 2006	14	32,6
2007	6	13,9
2008	6	13,9
2009	7	16,3
2010	3	7,0
Total	43	100,0
Área		
Medicina	14	32,6
Enfermagem	13	30,3
Educação física	5	11,6
Nutrição	1	2,3
Fisioterapia	1	2,3
Multiprofissional	6	13,9
Não mencionada	3	7,0
Total	43	100,0

Continua

Continuação

Tabela 1- Distribuição dos artigos conforme o país, ano de publicação, área, sujeitos, cenários e temática do estudo. Fortaleza, 2011

Variável	N^o	%
Sujeitos		
Adultos e idosos	20	46,5
Adultos	14	32,6
Idosos	2	4,6
Não especificou	7	16,3
Total	43	100,0
Cenário		
Atenção primária	11	25,6
Academia/Laboratório	6	13,9
Domicílio	5	11,6
Atenção secundária	1	2,3
Não mencionado	20	46,5
Total	43	100,00
Temática do estudo		
Atividade física e/ou exercício físico no manejo da hipertensão	20	46,5
Epidemiologia e/ou fisiopatologia da hipertensão	12	27,9
Educação em saúde e/ou programas para mudança do estilo de vida	8	18,6
Conhecimento, percepção e comportamento de pessoas com hipertensão arterial	3	7,0
Total	43	100,00

Conforme demonstrado na Tabela 1, os artigos foram originários, principalmente, da América do Norte (48,8%) e da Europa (27,9%), e desenvolvidos por médicos (32,6%) e enfermeiros (30,3%). Destaca-se que os sete estudos realizados na América do Sul foram desenvolvidos no Brasil. Pertinentes ao ano de publicação, 22 (51,2%) foram divulgados a partir do ano de 2007.

Quanto à faixa etária dos sujeitos, percebe-se que a maioria dos estudos envolveu adultos e/ou idosos (83,7%) e teve como cenário a atenção primária (25,6%). Além desses, onze estudos (25,5%) foram desenvolvidos em academias/laboratórios ou domicílios e envolveram, especificamente, o papel do exercício físico na redução dos valores de pressão arterial ou a adesão a essa prática após alguma intervenção.

Em relação à temática abordada, a atividade física e/ou exercício físico no manejo da hipertensão foi a mais abordada pelos estudos (46,5%), seguidos da epidemiologia e/ou fisiopatologia da hipertensão (27,9%), da educação em saúde e/ou programas para mudança do estilo de vida (18,6%) e do conhecimento, percepção e comportamento de indivíduos com hipertensão arterial (7,0%).

Tabela 2 – Distribuição dos estudos, segundo o delineamento e a força de evidência. Fortaleza, 2011

Tipo de estudo	Nível de Evidência	Frequência	%
Revisão sistemática/Metanálise	I	-	-
Ensaio Clínico randomizado bem delineado	II	7	16,3
Ensaio Clínico bem delineado sem randomização	III	8	18,6
Estudos de coorte ou caso-controle bem delineados	IV	2	4,6
Revisão de estudos descritivos ou qualitativos	V	8	18,6
Estudo descritivo ou qualitativo	VI	14	32,6
Opinião de autoridades/Relatório de Comitê de Especialistas	VII	4	9,3
Total		43	100,0

Fonte: Melnyk, Fineout-Overholt (2005)

Com relação ao delineamento dos estudos, destacaram-se os de natureza descritiva ou qualitativa (32,6%), os ensaios clínicos bem delineados sem randomização e as revisões de estudos descritivos ou qualitativos, com 18,6% cada. Dessa forma, a força da maioria dos artigos analisados foi distribuída nos níveis III, V e VI, face à demonstração de que não houve evidências clínicas muito fortes, de vez que as melhores evidências são provenientes de revisões sistemáticas/metanálise e de ensaios clínicos bem delineados e randomizados.

A seguir, estão expostas as evidências sobre o fenômeno “sedentarismo”, em indivíduos com hipertensão arterial, segundo dados obtidos mediante análise dos estudos selecionados.

4.2 Análise do conceito sedentarismo

4.2.1 Identificação dos possíveis usos do conceito

Evidenciou-se nos 43 estudos analisados que, desses, 42 usam o conceito “sedentarismo” para representar um indicador de risco importante na gênese da hipertensão arterial, bem como para complicações decorrentes dessa doença. Somente o estudo de Guedes *et al.* (2010) abordou esse conceito, enquanto diagnóstico de enfermagem, ratificando a restrição de estudo com esta abordagem evidenciada em estudo anterior (GUEDES, 2008). Em geral, os estudos caracterizaram o sedentarsimo como um hábito de vida com ausência ou insuficiência de práticas de atividades físicas.

4.2.2 Atributos críticos ou essenciais do conceito “sedentarismo”

Entre as 43 publicações analisadas, 25 (58,1%) trouxeram o conceito de sedentarismo. A definição fornecida por cada estudo, com suas respectivas referências e base de dados, encontram-se no Apêndice C. A seguir, para a identificação dos atributos críticos, serão apresentadas, de início, as definições encontradas na literatura para o termo “sedentarismo”.

Quadro 2 – Definições evidenciadas na literatura do conceito “sedentarismo” em pessoas com hipertensão arterial. Fortaleza, 2011

CONCEITO DE SEDENTARISMO
Ausência de atividade física, de moderada a intensa, por pelo menos 45 minutos, três vezes por semana, durante o tempo de lazer (KORNITZER; DRAMAIX; BACKER, 1999).
Ausência de exercícios físicos realizados com a finalidade de aumentar o pulso durante pelo menos 30 minutos, como ciclismo, caminhadas ou natação (DREVENHORN; KJELLGREN; BENGTON, 2007).
Ausência de atividade física no trabalho ou em atividades domésticas, por mais de 20 minutos, em pelo menos dois dias por semana (BANKS-WALLACE; ENYART; JOHNSON, 2004).
Ausência de exercícios aeróbios por, pelo menos, três vezes por semana, durante, pelo menos, 20 minutos, em uma faixa de frequência cardíaca refletindo intensidade moderada a vigorosa (DALEY <i>et al.</i> , 2009).
Prática de exercício físico menor do que duas horas semanais, a exemplo de: correr, nadar, jogar tênis ou atividades equivalentes (BØG-HANSEN <i>et al.</i> , 2007).
Ausência de exercício aeróbico por pelo menos, 30 a 45 minutos, de três a cinco dias por semana, na frequência cardíaca de 60% a 85% do valor máximo (GORDON; SCOTT; LEVINE, 1997).
Ausência de esportes ou atividades, moderadamente ou vigorosamente energéticas (STEPTOE; MCMUNN, 2009).
Ausência de atividade física de intensidade pelo menos moderada, por no mínimo 30 minutos, na maioria dos dias da semana (ISHIKAWA-TAKATA; OHTA; TANAKA, 2003; ALFONSO <i>et al.</i> , 2008; BANKS-WALLACE, 2007; HALM; AMOAKO, 2008).
Ausência de exercício ou trabalho suficiente para suar por, pelo menos, 20 minutos, por três vezes por semana (AINSWORTH <i>et al.</i> , 1991).
Ausência de exercício físico por mais de 20 minutos em, pelo menos, três ou mais dias por semana, ou menos de 8000 passos por dia, avaliado por uma semana (MARTIN <i>et al.</i> , 2009).

Continua

Continuação

Quadro 2 – Definições evidenciadas na literatura do conceito “sedentarismo” em pessoas com hipertensão arterial. Fortaleza, 2011

CONCEITO DE SEDENTARISMO
Menos de 30 minutos de prática de atividades físicas nas horas de lazer, na maior parte dos dias da semana (pelo menos quatro dias) (BLOCH; RODRIGUES; FISZMAN, 2006).
Ausência de atividade física por, pelo menos, três a cinco vezes por semana, com duração mínima entre 15 e 60 minutos (COTTA <i>et al.</i> , 2009).
Ausência de exercícios, pelo menos em três a quatro vezes na semana, consumindo entre 40-85% do volume de oxigênio máximo (MONTEIRO; SANT'ANA, 2002).
Não ter um total de, pelo menos, 30 minutos de atividade física por, no mínimo, cinco dias por semana (MARTIN <i>et al.</i> , 2007, 2008).
Ausência de exercício físico na maioria dos dias da semana, em intensidade no mínimo moderada (40% a 60% do volume de oxigênio máximo) por, pelo menos, 30 minutos contínuos ou acumulados de atividades dinâmicas, complementadas por atividades estáticas, na maioria dos dias por semana (ACSM, 2004).
Ausência de exercício físico na maioria dos dias da semana, em intensidade pelo menos moderada (40% a 70% do volume de oxigênio máximo, ou 50% a 70% da frequência cardíaca máxima prevista), por, pelo menos, 30 minutos contínuos ou acumulados de atividades dinâmicas, complementadas por atividades estáticas, em, pelo menos, três a cinco dias por semana (MACKNIGHT, 2003).
Ausência de exercício dinâmicos cardiorespiratórios, com, no mínimo, frequência de três a cinco sessões semanais, com duração de 20-60 minutos, e intensidade de 40-70% da capacidade máxima de trabalho físico (WALLACE, 2003).
Refere-se a menos de uma sessão semanal de exercício físico de lazer, e 30 minutos ou menos da caminhada diária (AUBERT <i>et al.</i> , 1998).
Ausência exercícios dinâmicos de intensidade moderada por sessões, de 50-60 minutos, três ou quatro vezes por semana (CLÉROUX; FELDMAN; PETRELLA, 1998).
Ausência de exercício físico de intensidade pelo menos moderada (60-85% da frequência cardíaca máxima ou 40% a 60% da reserva do volume de oxigênio máximo) por, no mínimo, 30 minutos contínuos ou acumulados de atividades física, de preferência em todos os dias da semana (KOKKINOS <i>et al.</i> , 2009).
Ausência de atividades esportivas regulares, tais como corrida, ciclismo, <i>joggins</i> , natação, futebol, tênis, dentre outras, por, pelo menos, uma vez por semana, durante os últimos dois meses (PALATINI <i>et al.</i> , 2010).

Ao analisar o conceito “sedentarismo” evidenciado na literatura, configuraram-se como atributos críticos: a intensidade, a frequência e a duração.

Na maioria das definições apresentadas no Quadro 2, a falta de atividade física em uma intensidade pelo menos moderada, com consumo máximo de oxigênio (VO_{2max}), variando de 40 a 85%, ou frequência cardíaca refletindo uma variação de 50 a 85% da FC_{max} , caracteriza o sedentarismo. Quanto à frequência e à duração da atividade física, a maioria dos autores definiu “sedentarismo” quando essa prática não é realizada na maioria dos dias da semana por, no mínimo, 30 minutos.

Entre os 43 estudos, sete abordaram que os exercícios físicos aeróbicos (isotônicos), tais como ciclismo, caminhada, corrida e natação são aconselhados aos indivíduos com hipertensão arterial. Desses, dois estudos acrescentaram que exercícios estáticos (isométricos), como os de força muscular, foram considerados exercícios benéficos no tratamento não farmacológico da hipertensão arterial. Assim, face à possibilidade dos exercícios isotônicos, bem como os isométricos oferecerem benefícios, cada um em sua dimensão, o tipo de exercício não foi considerado um atributo essencial.

Diante dessas considerações, e no intuito de clarificar o conceito “sedentarismo”, adiante serão expostos um caso modelo e um caso contrário.

4.2.3 Construção de um caso modelo

B. V. G, 50 anos, sexo masculino, casado, natural e procedente de Cratêus-Ceará. Há cinco anos foi diagnosticada hipertensão arterial. Encaminhado para um centro estadual de referência de acompanhamento de hipertensão arterial com a queixa principal de não conseguir controlar a doença. Sem história prévia de dislipidemia, diabetes ou outras doenças sistêmicas. Afirma que usou, regularmente, os medicamentos prescritos, porém não conseguiu aderir a algumas orientações gerais. Nega tabagismo. É obeso. Possui hábitos alimentares inadequados: não se alimenta com verduras, come poucas frutas e consome, geralmente, alimentos gordurosos e salgados. Usa bebidas alcoólicas esporadicamente nos fins de semana em que encontra amigos. Quanto à prática de atividade física, realiza uma vez por semana, 20 minutos de caminhada, ao redor da praça próxima a sua casa. Afirma que caminha lentamente, por não ter preparo físico suficiente para caminhar mais rápido. No momento da avaliação, a média de três mensurações da pressão arterial foi 162 X 106 mmHg.

Diante desse caso, percebe-se claramente, que os atributos essenciais da atividade física como frequência, intensidade e duração não são seguidos conforme se recomenda, caracterizando, portanto, *B.V.G* como sedentário.

4.2.4 Construção de um caso contrário

N. G. F, 67 anos, sexo masculino, aposentado, divorciado, natural e procedente de Fortaleza-Ceará. Há 12 anos, tem diagnóstico e faz tratamento da hipertensão arterial sistêmica. É acompanhado, mensalmente, pela equipe de saúde da família de uma Unidade Básica de Saúde. Nesses 12 anos aderiu ao tratamento medicamentoso e seguiu às orientações quanto ao estilo de vida saudável. Na consulta de enfermagem, informou que nas terças e quintas-feiras participa do grupo de ginástica aeróbica promovida pelo Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Ceará, com duração de 60 minutos. Além desse exercício, nas segundas e quartas-feiras faz 30 minutos de caminhada na praça próxima a sua casa. N. G. F, declarou que, ao término dos exercícios, a frequência cardíaca é de 96 bpm. No momento da consulta, a média de três mensurações da pressão arterial foi 128 X 86 mmHg.

Nesse caso contrário, fica bastante explícito que N.G.F não pode ser considerado como um indivíduo sedentário. Este caso contemplou os seguintes atributos críticos: Intensidade (frequência cardíaca representando 62,7% da FC_{max}), Duração e Frequência (60 minutos nas terças e quintas-feiras e 30 minutos nas segundas e quartas-feiras). Além disso, serviu de referência, o tipo de atividade física (ginástica aeróbica e caminhadas).

Desse modo, com base na apreciação das definições de “sedentarismo” evidenciados na literatura, acerca dos atributos críticos essenciais a esse conceito, constitui-se a partir dos casos modelo e contrário apresentados, uma definição única, objetiva e clarificada que contempla os resultados desta análise conceitual.

Refere-se a um hábito de vida em que o indivíduo não realiza atividade física, na frequência, na duração e na intensidade recomendadas.

Na definição acima proposta, o tipo de atividade física não foi mencionado por sua diversidade e possibilidades, donde a dificuldade de incluí-lo, conforme explicitado anteriormente.

Nos devidos termos, a etiqueta diagnóstica pertencente à taxonomia II da NANDA-I referente ao “sedentarismo” é Estilo de vida sedentário. Tem-se, portanto, como definição: um hábito de vida que se caracteriza por um baixo nível de atividade física (NANDA-I, 2010). Logo, percebe-se que esta definição não aborda, especificamente, nenhum dos atributos evidenciados na literatura e ratificados nesta análise conceitual, interferindo no processo de inferência diagnóstica.

De tal modo, sugere-se revisão e reformulação da definição deste diagnóstico de enfermagem. Adiante, serão apresentados os antecedentes e os consequentes do “sedentarismo” com as respectivas definições conceituais e referências empíricas, os quais a partir de então serão denominados de fatores relacionados e características definidoras do EVS.

4.2.5 Identificação dos fatores relacionados do EVS e suas definições conceituais e referências empíricas

Adiante, serão apresentados nos quadros, os 12 fatores relacionados do EVS, bem como suas definições conceituais e referências empíricas encontrados nas publicações selecionadas. Nos quadros, será também exposto o número de estudos que relacionaram o fator relacionado ao sedentarismo. Importa ressaltar, que dentre esses estudos, nem todos evidenciam as definições conceituais e/ou referências empíricas para os fatores relacionados. Por conseguinte, foram consideradas para o processo de construção outras literaturas (livros-texto e artigos científicos), bem assim a experiência da pesquisadora e de seu orientador. Nesses casos, as mesmas estão sintetizadas no instrumento elaborado para a validação por especialistas (APÊNDICE B) e constam, também, nos Quadros referente a cada fator relacionado com as suas respectivas referências e bases (Apêndice D). Ademais, cada fator relacionado terá, ao final, uma única definição conceitual, podendo, no entanto, ter mais de uma referência empírica.

Quadro 3 – Distribuição dos resultados da análise de conceito referente ao fator relacionado “conhecimento deficiente sobre os benefícios que a atividade física traz à saúde e/ou sobre as consequências do sedentarismo”. Fortaleza, 2011

Conhecimento deficiente sobre os benefícios que a atividade física traz à saúde e/ou sobre as consequências do sedentarismo		Nº de estudos
		5
Conceito	Conhecimento deficiente quanto aos benefícios, ao tipo, à frequência, à intensidade e à duração da atividade física, e quanto às consequências do sedentarismo.	
Referência empírica	Ao ser interrogado quanto aos benefícios da atividade física, à prescrição do exercício físico (tipo, frequência, intensidade e duração) e às consequências do sedentarismo, o indivíduo demonstra desconhecimento ou conhecimento insuficiente, dificultando mudanças de comportamentos em relação à prática de atividade física.	
Referência/Base	GUEDES, N. G.; LOPES, M. V.; MOREIRA, R. P.; CAVALCANTE, T. F.; ARAUJO, T. L. Prevalence of sedentary lifestyle in individuals with high blood pressure. International Journal Nursing Terminology Classification , v. 21, n. 2, p. 50-56, apr-Jun., 2010. (Pubmed)	
Conceito	Ausência/Déficit de informações quanto aos benefícios funcionais e para a saúde, associados à atividade física.	
Referência empírica	-	
Referência/Base	WONG, J.; WONG, S. Evidence-based care for the elderly with isolated systolic hypertension. Nursing & Health Sciences , v. 7, n. 1, p. 67-75, mar., 2005. (Cinahl)	
Conceito	Desconhecimento sobre como agir em relação a comportamentos de risco e mudanças de estilo de vida, em relação à atividade física.	
Referência empírica	-	
Referência/Base	DREVENHORN, E.; KJELLGREN, K. I.; BENGTON, A. Outcomes following a programme for lifestyle changes with people with hypertension. Journal of Nursing & Healthcare of Chronic Illnesses , v. 16, n. 7b, Supplement: 144-51, 2007. (Cinahl)	
Sugestão de referências empíricas*		
O indivíduo apresenta um seguimento inadequado das instruções de um plano de tratamento estruturado, não-farmacológico, que inclui aconselhamento sobre como agir em relação à atividade física;		
O indivíduo apresenta comportamento indevido quanto à prática de exercício físico, em relação ao tipo, à frequência, à duração e/ou à intensidade do exercício.		

* Definidos por consenso entre a autora e o orientador, com escopo de contemplar o conhecimento prático.

No que se refere ao fator relacionado “conhecimento deficiente sobre os benefícios que a atividade física traz à saúde e/ou sobre as consequências do sedentarismo”, cinco estudos relacionaram o déficit de conhecimento com o sedentarismo e contribuíram com aspectos específicos na redação final deste fator relacionado (UNITED STATE AMERICAN – USA, 1994; STEWART, 2004; WONG;

WONG, 2005; DREVENHORN; KJELLGREN; BENGTSON, 2007; GUEDES *et al.*, 2010).

Wong e Wong (2005) acreditam que o conhecimento de indivíduos com hipertensão arterial, relativo aos benefícios funcionais e para a saúde, estão associados à prática de atividade física regular. Em consonância, Stewart (2004) afirma que a falta de conhecimento favorece aos indivíduos com hipertensão arterial e diabetes subutilizarem a atividade física, apesar das evidências mostrarem os benefícios dessa prática. Em contrapartida, o Instituto Nacional de Saúde Americano associa a falta de adesão aos comportamentos saudáveis, como a atividade física, à ausência ou à deficiência educacional (NATIONAL HIGH BLOOD PRESSURE EDUCATION, 1994).

O conceito sugerido por Drevenhorn, Kjellgren e Bengtson (2007) para o fator relacionado ora apresentado, traz uma peculiaridade importante: enfatiza o desconhecimento prático. Ou seja, como o indivíduo com hipertensão arterial enseja a prática de exercícios físicos. Apesar de os autores não esclarecerem como fazer para avaliar e/ou julgar esse fator relacionado, considerou-se importante a elaboração de uma proposta de referência empírica baseada nesse aspecto. Ou seja, o conhecimento do indivíduo poderá também ser avaliado a partir do comportamento relativo à prática de exercício físico.

Em contrapartida, Guedes *et al.* (2010) levantaram aspectos importantes para a descrição deste fator relacionado e para a elaboração da definição conceitual e referência empírica. Consideraram que, além do desconhecimento relacionado aos benefícios, o desconhecimento quanto às consequências do sedentarismo pode ter um papel determinante. Nesse estudo, para estimar o conhecimento, os autores utilizaram um instrumento que avaliava aspectos relativos aos benefícios, às consequências e às recomendações gerais para a prática de exercício físico. Desse modo, esse estudo contribuiu, singularmente, tanto na decisão de inclusão desse fator relacionado, quanto para a definição conceitual e referência empírica.

Assim, a partir do consenso entre a autora e o seu orientador, em relação aos conceitos para o fator relacionado exposto no Quadro 3, indica-se uma única definição conceitual: ausência e/ou deficiência de informação cognitiva quanto aos benefícios da atividade física, ao tipo, à frequência, à intensidade e à duração da atividade física e, também, quanto às consequências do sedentarismo.

Quanto às referências, conforme apresentado no Quadro 3, sugere-se mais duas referências além da indicada por Guedes *et al.* (2010), que contemplem não somente o conhecimento teórico, mas o prático.

Quadro 4 – Distribuição dos resultados da análise de conceito referente ao fator relacionado “atitudes, crenças e hábitos de saúde que dificultam a prática de exercício físico”. Fortaleza, 2011

Atitudes, crenças e hábitos de saúde que dificultam a prática de exercício físico		Nº de estudos
		4
Conceito	Fatores internos individuais relacionados ao processo saúde/doença que influenciam na tomada de decisão sobre a adoção de comportamentos saudáveis, como a prática de exercício físico regular.	
Referência empírica	-	
Referência/Base	COTTA, R. M. M.; BATISTA, K. C. S.; REIS, R. SENA.; SOUZA, G. A.; DIAS, G.; CASTRO, F. A. F.; ALFENAS, R. C. G. Social-sanitary and lifestyle profile of hypertense and/or diabetics, users of the Family Health Program in the city of Teixeiras, Minas Gerais State. Ciências Saúde Coletiva , v. 14, n. 4, p. 1251-1260, julho-ago., 2009. (Lilacs)	
Sugestão de referência empírica*		
O indivíduo apresenta comportamentos e/ou crenças quanto à efetividade ou à necessidade de execução do exercício físico, com interferência nessa prática.		

* Norteadada pela definição conceitual.

Conforme exposto no Quadro 4, o fator relacionado “atitudes, crenças e hábitos de saúde que dificultam a prática de exercício físico” foi sugerido por quatro estudos (AUBERT *et al.*, 1998; WONG; WONG, 2005; MARTIN *et al.*, 2007; COTTA *et al.*, 2009). No entanto, somente um embasou a definição conceitual e nenhum subsidiou a elaboração de referência empírica.

As ideias apresentadas pelos autores defendem o seguinte: que as atitudes e crenças do indivíduo, com relação ao estilo de vida, exercem um papel crítico no controle da pressão arterial (WONG; WONG, 2005); que as crenças, atitudes e hábitos influenciam diretamente na adoção de hábitos saudáveis (COTTA *et al.*, 2009); que a crença do indivíduo impacta na decisão de praticar um exercício físico (MARTIN *et al.*, 2007); que o entendimento da percepção, da atitude e da crença é fundamental para compreender comportamentos e para orientar mudanças de comportamento (AUBERT *et al.*, 1998).

A definição conceitual foi embasada no estudo de Cotta *et al.* (2009). Esses autores afirmam que a existência de estilos de vida que tendem a ser estáveis, com o tempo, o que inclui crenças, atitudes e hábitos, além dos prazeres individuais, exerce

grande influência nos indivíduos com hipertensão arterial, para que não se motivem a adotar comportamentos saudáveis, como a prática de atividade física regular.

A referência empírica, sugerida para o fator relacionado exposto no Quadro 4, foi norteadada pela definição conceitual exposta no quadro.

Quadro 5 – Distribuição dos resultados da análise de conceito referente aos fatores relacionados “falta de motivação” e “falta de interesse”. Fortaleza, 2011

Falta de motivação	Nº de estudos
	5
Sugestões de definição conceitual e referência empírica*	
<p>Definição conceitual: estado em que o indivíduo experimenta falta de desejo, de impulso, de força ou outra característica fisiológica, intelectual ou afetiva intrínseca a cada indivíduo que leva a buscar satisfação com a prática de exercício físico.</p> <p>Referências empíricas: o indivíduo expressa falta de volição para a execução de exercício físico, relacionada a fatores intrínsecos, tais como: falta de desejo, de impulso, de força ou outra característica fisiológica, intelectual ou afetiva.</p>	
Falta de interesse	Nº de estudos
	3
Sugestões de definição conceitual e referência empírica*	
<p>Definição conceitual: estado em que o indivíduo demonstra desinteresse em praticar exercício físico. Tal desinteresse refere-se à condição de falta de uma disposição de juízo, dirigida à prática de atividade física em que o indivíduo não percebe vantagens, ganhos, proveitos e importância decorrentes dessa prática.</p> <p>Referência empírica: o indivíduo verbaliza juízo de valor negativo acerca dos benefícios e da importância do exercício físico, com consequências na execução dessa prática.</p>	

* Definidas a partir das ideias de Balancho e Coelho (2004).

Os fatores relacionados “falta de motivação” e “falta de interesse” estão apresentados e discutidos em conjunto, vez que algumas literaturas utilizadas como auxílio no processo de construção, atrelam a motivação ao interesse. Além disso, nenhum estudo evidenciou aspectos importantes que subsidiassem a construção de definições conceituais e referências empíricas. No entanto, torna-se possível clarificar a diferença entre eles.

Os estudos apresentam que a “falta de motivação” leva à subutilização do treinamento físico, e que, por outro lado, os indivíduos precisam de motivação para engajamento em um exercício físico (STEWART, 2004; BONNET *et al.*, 2005; MARTIN *et al.*, 2008; DALEY *et al.*, 2009).

Quanto à “falta de interesse”, os autores defendem que a falta de envolvimento do paciente no plano de tratamento leva à falta de adesão aos protagonistas no tratamento não farmacológico do indivíduo com hipertensão, tais como a prática de exercício físico (NATIONAL HIGH BLOOD PRESSURE EDUCATION, 1994; MARTIN *et al.*, 2008).

Guedes *et al.* (2010) citam apenas que a “falta de motivação” e a “falta de interesse” na realização de exercício físico, antecedem ao sedentarismo, sendo mais especificamente, fatores relacionados do diagnóstico de enfermagem EVS. No entanto, não explicitam nenhuma relação causal, tão pouco apresentam explicações que justifiquem essa relação.

Diante do exposto, as ideias de Balancho e Coelho (2004) contribuíram com a construção das definições conceituais e das referências empíricas desses fator relacionados. Essas autoras afirmam que o interesse mantém a atenção, no sentido de um valor que se deseja. O motivo, porém, fornece energia suficiente, vence as resistências à execução de um ato. As coisas que interessam, e por isso prendem a atenção, podem ser várias, mas talvez nenhuma possua a força suficiente para conduzir alguém à ação, a qual exige o esforço de um motivo determinante da vontade interna. Não há motivo eficaz sem interesses, embora muitos interesses não estejam reforçados por motivos. As autoras realçam que, quando o fim requer esforço continuado, o motivo nem sempre é suficiente para manter a atividade. Neste caso, faz falta a força estimulante de um interesse que não desfaleça. Nesse sentido, fica evidente a diferença entre motivação e interesse.

Nesse sentido, o indivíduo com hipertensão pode ter o desejo de se exercitar e se interessar por muitos aspectos relacionados a essa prática; no entanto, não basta o interesse para levá-lo a empreender a realização dessa prática. A motivação completa-se apenas quando o indivíduo encontra razão suficiente para exercitar-se, quando lhe aprecia o valor e percebe que os seus esforços o levam à realização do ideal desejado.

Diante do exposto, tornam-se válidas as sugestões das definições conceituais e referências empíricas para os fator relacionados apresentados no Quadro 5.

Quadro 6 – Distribuição dos resultados da análise de conceito referente ao fator relacionado “falta de apoio social”. Fortaleza, 2011

Falta de apoio social		Nº de estudos
		4
Conceito	Ações, crenças e atitudes da família e/ou amigos que facilitam/dificultam a prática de exercício físico.	
Referência empírica	Desempenho inadequado de apoio da família e/ou amigos avaliado pela Escala de Apoio Social para a prática de exercício físico.	
Referência/Base	<p>MARTIN, M. Y.; PERSON, S. D.; KRATT, P.; PRAYOR-PATTERSON, H.; KIM, Y.; SALAS, M.; PISU, M. Relationship of health behavior theories with self-efficacy among insufficiently active hypertensive African-American women. Patient Education and Counseling, v. 72, n. 1, p. 137-145, 2008. (Scopus)</p> <p>MARTIN, M. Y.; PRAYOR-PATTERSON, H.; KRATT, P.; KIM, Y.; PERSON, S. Characteristics of insufficiently active hypertensive black women who volunteer to be in a physical activity promotion intervention: An application of social cognitive theory and the transtheoretical model. Ethnicity and Disease, v. 17, n. 4, p. 604-610, 2007. (Scopus)</p>	

Dentre os estudos analisados, quatro consideraram que “falta de apoio social” é um fator relacionado do EVS (NATIONAL HIGH BLOOD PRESSURE EDUCATION, 1994; ESC, 2007; MARTIN *et al.*, 2007; 2008). Desses, dois contribuíram substancialmente para a construção da definição conceitual e referência empírica (MARTIN *et al.*, 2007; 2008).

Esses dois estudos utilizaram a Escala de Suporte Social para exercício na avaliação do apoio social, a qual tem sido desenvolvida e aplicada, com confiabilidade e validade adequados (SALLIS *et al.*, 1987). Os autores dessa escala afirmam que os fatores psicossociais como a autoeficácia e o apoio social de familiares e amigos estão consistentemente associados à atividade física (REIS; SALLIS, 2005). Com efeito, o apoio social parece desempenhar um papel importante nos hábitos de saúde.

A Escala de Apoio Social para a prática de exercício físico possui 13 itens, avaliados a partir de uma escala de Likert, variando de 1 (nunca) a 5 (sempre). Os itens avaliados são:

1. Fazem exercício comigo;
2. Oferecem-se para fazer exercício comigo;
3. Deram-me lembretes úteis para o exercício;
4. Deram-me coragem para cumprir meu programa de exercícios;
5. Mudam o seu horário para que pudéssemos exercitar em conjunto;
6. Discutem o exercício comigo;

7. Queixam-se do tempo que gasto com o exercício;
8. Me criticam ou zombam de mim;
9. Deram-me recompensas quando me exercito;
10. Planejamos exercício em passeios de lazer;
11. Ajudam a planejar atividades em torno de meu exercício;
12. Perguntam-me por ideias de como podem ajudar para que eu me exercite mais;
13. Falam o quanto eles gostam de se exercitarem (SALLIS *et al.*, 1987).

Conforme apresentados nos itens dessa escala, ações e atitudes de amigos e/ou familiares facilitam ou dificultam a prática de exercício físico. Acredita-se que o fato de familiares e/ou amigos confiarem nos benefícios do exercício físico ou, em contrapartida, não considerarem ser essa prática importante para o controle da hipertensão arterial, podendo influenciar diretamente na escolha dos hábitos de vida dos indivíduos. Dessa maneira, essas considerações nortearam a construção da definição conceitual do fator relacionado Falta de apoio social (MARTIN *et al.*, 2007, 2008).

Os resultados do estudo de validação desta escala no Brasil mostraram que a reprodutibilidade e a consistência interna, avaliadas pelo coeficiente Intraclass e pelo coeficiente de alfa de Chronbach, foi de 0.61 a 0.81 e de 0.78 a 0.81, respectivamente. Os autores concluíram que a Escala de Suporte Social apresentou fidedignidade adequada e validade moderada (REIS; SALLIS, 2005). Outro estudo que validou essa escala em adultos encontrou que a reprodutibilidade apresentou coeficiente intra-classe entre 0,63 e 0,80 e consistência interna um alfa de Cronbach entre 0,87 e 0,91 (SANTOS; REIS; HALL, 2010).

Quadro 7 – Distribuição dos resultados da análise de conceito referente ao fator relacionado “falta de recursos (tempo, dinheiro, lugar, segurança, equipamento)”. Fortaleza, 2011

Falta de recursos (tempo, dinheiro, lugar, segurança, equipamento)	Nº de estudos
	9
Sugestões de definição conceitual e referência empírica*	
<p>Definição conceitual: Referência verbal de insuficiência de recursos para início e/ou manutenção da prática de atividade física.</p> <p>Referência empírica: o indivíduo relata pelo menos falta de um desses recursos para a prática de exercício físico: tempo, dinheiro, lugar, segurança ou equipamentos. Por exemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - o trabalho ocupacional ou doméstico que ocupa todo o dia, é exaustivo; - a família consome muitas horas do dia, dificultando a prática de exercício físico; - há falta de recursos financeiros mínimos para a aquisição do material mínimo necessário para o exercício físico, ou para pagar empresas responsáveis pela oferta de suporte ao exercício físico; - não há ambiente ou clima favoráveis ao exercício físico; - não há lugar, com condições mínimas de prover segurança pessoal, que garanta a integridade física; - não há equipamentos necessários para execução de um exercício físico específico. 	

* Baseada em experiências prévias e obtidas por consenso entre a autora e o orientador.

Conforme apresentado no Quadro 7, nove estudos fundamentaram o fator relacionado “falta de recursos (tempo, dinheiro, lugar, segurança, equipamento)” (AINSWORTH *et al.*, 1991; OSAWA; CAROMANO, 2002; LEE; ARTHUR; AVIS, 2007; MARTIN *et al.*, 2007, 2008; DELA CRUZ; GALANG, 2008; HALM; AMOAKO, 2008; DALEY *et al.*, 2009; GUEDES *et al.*, 2010). Desses, somente o estudo de Daley *et al.* (2009) referenciou tempo, dinheiro, lugar, segurança e equipamento. Especificamente, tempo foi citado por seis estudos, dinheiro e lugar por três, segurança por dois e equipamento por somente um estudo.

Apesar de diversos artigos citarem esses aspectos como fatores que podem dificultar o início e/ou a manutenção da prática de exercício físico, não foram disponibilizados na leitura conteúdos suficientes capazes de nortear a definição conceitual e a referência empírica. Dessa forma, considerou-se o relato do paciente como padrão para a conceituação e avaliação desse fator relacionado.

Quadro 8 – Distribuição dos resultados da análise de conceito referente ao fator relacionado “baixa autoeficácia para o exercício físico”. Fortaleza, 2011

Baixa autoeficácia para o exercício físico		Nº de estudos
		5
Conceito	Falta de confiança para a prática regular de exercícios, demonstrada pela capacidade percebida diminuída, face às barreiras à prática.	
Referência empírica	O indivíduo apresenta baixa autoeficácia para a prática de exercício físico avaliada pela Escala de autoeficácia para o exercício (MCAULEY, 1993)	
Referência/Base	DALEY, L. K.; FISH, A. F.; FRID, D. J.; MITCHELL, G. L. Stage-specific education / counseling intervention in women with elevated blood pressure. Progress in Cardiovascular Nursing , v. 24, n. 2, p. 45-52, 2009. (Cinahl)	
Conceito	Falta de confiança para motivar-se a realizar exercício físico por, pelo menos, seis meses.	
Referência empírica	O indivíduo apresenta baixa autoeficácia para a prática de exercício físico avaliada pela Escala de autoeficácia para o exercício (SALLIS, 1988)	
Referência/Base	MARTIN, M. Y.; PRAYOR-PATTERSON, H.; KRATT, P.; KIM, Y.; PERSON, S. Characteristics of insufficiently active hypertensive black women who volunteer to be in a physical activity promotion intervention: An application of social cognitive theory and the transtheoretical model. Ethnicity and Disease , v. 17, n. 4, p. 604-610, 2007. (Scopus)	
Conceito	Falta de confiança na capacidade de executar um comportamento específico em uma variedade de circunstâncias.	
Referência empírica	O indivíduo apresenta baixa autoeficácia para a prática de exercício físico avaliada pela Escala de autoeficácia para o exercício (RESNICK; JENKINS, 2000)	
Referência/Base	LEE, L.-L.; ARTHUR, A.; AVIS, M. Evaluating a community-based walking intervention for hypertensive older people in Taiwan: A randomized controlled trial. Preventive Medicine , v. 44, n. 2, p. 160-166, 2007. (Scopus)	

Continua

Continuação

Quadro 8 – Distribuição dos resultados da análise de conceito referente ao fator relacionado “baixa autoeficácia para o exercício físico”. Fortaleza, 2011

Baixa autoeficácia para o exercício físico		Nº de estudos
		5
Conceito	Índice baixo de crença e de confiança do indivíduo no desempenho de comportamentos de saúde para gerir determinadas condições, demonstrando pouca persistência, comprometimento, desenvoltura e perseverança.	
Referência empírica	O indivíduo apresenta baixa autoeficácia para a prática de exercício físico avaliada pelo instrumento de autoeficácia para o exercício (KIM, 1994)	
Referência/Base	LEE, M.S.; LIM, H. J.; LEE, M. S. Impact of qigong exercise on self: efficacy and other cognitive perceptual variables in patients with essential hypertension. Journal of Alternative and Complementary Medicine , v. 10, n. 4, p. 675-685, 2004. (Scopus)	
Conceito	Crença diminuída ou ausente na própria capacidade para organizar e executar as ações necessárias na produção dos resultados desejados, avaliada por meio do comportamento e cognição.	
Referência empírica	O indivíduo apresenta baixa autoeficácia para a prática de exercício físico avaliada pela Escala de autoeficácia para o exercício (SALLIS, 1988)	
Referência/Base	MARTIN, M. Y.; PERSON, S. D.; KRATT, P.; PRAYOR-PATTERSON, H.; KIM, Y.; SALAS, M.; PISU, M. Relationship of health behavior theories with self-efficacy among insufficiently active hypertensive African-American women. Patient Education and Counseling , v. 72, n. 1, p. 137-145, 2008. (Scopus)	

Conforme exposto no Quadro 8, cinco estudos citaram a “baixa autoeficácia para o exercício físico” como fator relacionado e fundamentaram consistentemente a definição conceitual e a referência empírica (LEE; LIM; LEE, 2004; LEE; ARTHUR; AVIS, 2007; MARTIN *et al.*, 2007, 2008; DALEY *et al.*, 2009).

Os aspectos básicos das definições de autoeficácia evidenciadas em todos os estudos foram embasados na teoria da autoeficácia de Bandura (1977, 1986) que tem sido utilizada para investigar a autoconfiança no esporte por traçar uma relação entre autoeficácia, motivação e execução. Desse modo, são percebidas no Quadro 8 semelhanças entre as definições conceituais elencadas.

Este autor define como autoeficácia “a crença do indivíduo sobre as suas capacidades de exercer controle sobre acontecimentos que afetam a sua vida” e “a crença nas suas capacidades para mobilizar motivação, recursos cognitivos e implementar ações que lhe permitam exercer controle sobre tarefas exigidas” (BANDURA, 1989). Desta forma, diz respeito, não às capacidades que um indivíduo possui para realizar determinada tarefa com sucesso, mas sim, ao julgamento que ele faz sobre essas mesmas capacidades (BANDURA, 1986).

Para a tese ora apresentada, procurou-se englobar mais amplamente os aspectos evidenciados no Quadro 8 na construção final de uma única definição. Portanto, elaborou-se uma única definição conceitual, a saber: “Falta de confiança do indivíduo para a prática do exercício físico, demonstrando pouca persistência, comprometimento, desenvoltura e perseverança frente às barreiras para a prática”.

Percebe-se que há uma diversidade de escalas na avaliação da autoeficácia para o exercício. No estudo de Daley *et al.* (2009) os autores utilizaram a Escala de autoeficácia para o exercício, proposta por McAuley (1993), que varia de nenhuma confiança a alta confiança.

A escala de autoeficácia para o exercício utilizada no estudo de Lee, Arthur e Avis (2007) possui nove itens e está centrada nas expectativas de autoeficácia em relação ao grau de confiança para o exercício, em face dos obstáculos. As pontuações possíveis variaram de 0 a 10, com escores mais altos, representando maior exercício de autoeficácia. A escala na versão original apresentou um alfa de Cronbach de 0,92.

Um estudo realizado na Coreia (LEE; LIM; LEE, 2004), no intuito de avaliar o impacto do exercício na autoeficácia em pacientes com hipertensão, utilizou um instrumento desenvolvido por coreanos para avaliar a autoeficácia para o exercício, contendo oito itens, com uma variação de zero (não em todos) a dez (completamente). A consistência interna avaliada pelo alfa de Cronbach apresentou um valor de 0,932 (KIM, 1994).

Os estudos de Martin *et al.* (2007, 2008) utilizaram a Escala de autoeficácia para o exercício (SALLIS, 1996), a qual é uma revisão da escala original (SALLIS *et al.*, 1988) para avaliar a confiança na automotivação para praticar exercício físico. A escala avalia o quanto o indivíduo está confiante de que pode realmente se motivar a fazer um exercício físico de forma consistente por, pelo menos, seis meses. A escala possui 12 itens avaliados a partir de uma escala de Likert, variando de 1 (eu sei que eu não posso) a 5 (eu sei que eu posso). A escala apresentou uma consistência interna de 0,95 (WILCOX *et al.*, 2003) e uma confiabilidade teste-reteste considerada adequada apresentando um valor de 0,68 (SALLIS *et al.*, 1988). Os itens avaliados são:

1. Acordar cedo, até mesmo nos fins de semana, para se exercitar;
2. Cumprir o programa de exercícios depois de um longo e cansativo dia no trabalho;
3. Exercitar-se, mesmo que esteja se sentindo deprimido;
4. Separar um tempo para um programa de atividade física, ou seja, caminhar, correr, nadar, pedalar ou praticar outras atividades;

5. Continuar a se exercitar com os outros, apesar de parecer muito rápido ou muito devagar para você;
6. Cumprir o programa de exercícios, quando submetido a mudanças de vida estressantes;
7. Participar de uma festa somente após se exercitar;
8. Cumprir o programa de exercícios, quando a família exige mais tempo;
9. Cumprir o programa de exercícios, quando tem tarefas domésticas para fazer;
10. Cumprir o programa de exercícios, mesmo quando você tem uma demanda excessiva de trabalho;
11. Cumprir o seu programa de exercícios, mesmo quando as obrigações sociais consomem muito seu tempo;
12. Ler ou estudar menos para fazer mais exercício (SALLIS, 1996).

Para o presente estudo optou-se por fundamentar a referência empírica no desempenho avaliado pela Escala proposta por SALLIS *et al.* (1988), por se encontrar disponível na íntegra, além de ter sido a mais utilizada nos estudos que abordaram essa temática.

Quadro 9 – Distribuição dos resultados da análise de conceito referente ao fator relacionado “falta de treino para fazer exercício físico”. Fortaleza, 2011

Falta de treino para fazer o exercício físico	Nº de estudos
	1
Sugestões de definição conceitual e referência empírica*	
Definição conceitual: falta de treinamento para desenvolver a capacidade e habilidade de realizar exercício físico, incrementando a aptidão física e o desempenho em esforços físicos.	
Referência empírica: o indivíduo relata falta de habilidade ou capacidade para o uso de materiais e/ou equipamentos, ou para execução adequada de exercícios que requerem treinamento específico.	

* Definidas a partir do estudo de Godoy (1997) e McArdle, Katch e Katch (2002).

Somente o estudo de Guedes *et al.* (2010) considerou que “falta de treino para fazer exercício físico” pode favorecer o sedentarismo. Apesar disso, não forneceu subsídios para a construção da definição conceitual e da referência empírica. Dessa maneira, foram norteadas no I Consenso Nacional de Reabilitação Cardiovascular (GODOY, 1997) e na literatura que aborda os fundamentos de fisiologia do exercício (MCARDLE; KATCH; KATCH, 2002). Quanto à referência empírica, no âmbito da

avaliação realizada pelo enfermeiro, considerou-se como base o relato dos indivíduos sobre os aspectos envolvidos na Falta de treino para o exercício físico.

Quadro 10 – Distribuição dos resultados da análise de conceito referente ao fator relacionado “mobilidade prejudicada”. Fortaleza, 2011

Mobilidade prejudicada		Nº de estudos
		2
Conceito	-	
Referência empírica	Ao ser perguntado sobre dificuldades para algumas atividades, tais como: subir um lance de escada sem descanso ou caminhar 100 metros, o indivíduo responde positivamente.	
Referência/Base	STEPTOE, A.; MCMUNN, A. Health behaviour patterns in relation to hypertension: the English Longitudinal Study of Ageing. Journal Hypertension , v. 27, n. 2, p. 224-230, 2009. (Pubmed)	
Sugestões de definição conceitual e referência empírica		
Definição conceitual:* Capacidade limitada do indivíduo para desempenhar movimentos necessários à execução de exercícios físicos.		
Referência empírica:** O indivíduo apresenta dificuldade em desempenhar movimentos motores, tais como: flexão, extensão, abdução, adução, rotação, circundação, supinação, pronação, inversão, eversão, protração e retração dos músculos do corpo. Essa dificuldade pode estar associada ao controle e/ou força muscular diminuídos, bem como ocorrer por enrijecimento das articulações. A amplitude de movimento das articulações é avaliada pelos tipos básicos de movimentos articulares: flexão, extensão, dorsiflexão, flexão palmar e plantar, adução e abdução, rotação interna e externa, pronação, supinação, inversão e eversão.		

** Baseada em Swartz (2006), Seidel *et al.* (2007) e NANDA- I (2010).

* Baseada nos fundamentos da referência empírica sugerida.

O Quadro 10 apresenta dois estudos que evidenciaram dificuldades de mobilidade como antecedente do sedentarismo (DALEY *et al.*, 2009; STEPTOE; McMUNN, 2009). O primeiro traz que problemas articulares, tais como artrites, agravadas pelo exercício, caracterizam-se como limitações para o exercício. O segundo encontrou relações estatisticamente significativas entre problemas de mobilidade e o sedentarismo, sendo responsáveis por 65% da variação do comportamento sedentário. Além disso, propõe, também, a presença de artrite como fator relacionado.

Assim, esses achados foram resumidos no fator relacionado “mobilidade prejudicada”. A escolha por essa denominação também foi influenciada pelo fato de já ser pertinente à taxonomia II da NANDA-I (2010).

Nenhum dos dois estudos apresentou definição conceitual. Quanto à forma de medir e/ou avaliar, Steptoe e McMunn (2009) consideram que se o indivíduo

apresenta dificuldades para alguma atividade, tais como subir um lance de escada sem descanso ou caminhar 100 metros, é classificado como tendo problemas de mobilidade.

Apesar desse artigo ter fornecido subsídios para a referência empírica de “mobilidade prejudicada” achou-se necessário consultar, ainda, outras literaturas para estabelecê-la. Para acréscimo, foi proposta outra referência empírica baseada na crença de que a dificuldade em realizar movimentos associa-se ao controle e/ou força muscular diminuídos, bem como ao enrijecimento das articulações. Portanto, a mobilidade pode ser avaliada pelo desempenho de movimentos motores, bem assim pela amplitude de movimento articulares (SWARTZ, 2006; SEIDEL *et al.*, 2007).

Assim, deve ser considerada a dificuldade em desempenhar movimentos motores que pode ser associada ao controle e/ou força muscular diminuídos, bem como por enrijecimento das articulações. Portanto, também é fundamental a avaliação de movimentos motores e articulações, tais como: flexão, extensão, dorsiflexão, flexão palmar e plantar, adução e abdução, rotação interna e externa, pronação, supinação, inversão e eversão, circundação, protração e retração dos músculos do corpo (SWARTZ, 2006; SEIDEL *et al.*, 2007).

Com base nos fundamentos da referência empírica supracitada e na definição proposta pela NANDA-I (2010) para o diagnóstico de enfermagem “Mobilidade Prejudicada”, elaborou-se a definição conceitual: “capacidade limitada do indivíduo para desempenhar movimentos necessários à execução de exercícios físicos”.

Quadro 11 – Distribuição dos resultados da análise de conceito referente ao fator relacionado “intolerância à atividade”. Fortaleza, 2011

Intolerância à atividade		Nº de estudos
		6
Conceito	Manifestações de sinais e sintomas físicos potencialmente negativos para a prática de exercício físico que podem impedir ou dificultar a realização desse comportamento.	
Referência empírica	-	
Referência/Base	WHETSTONE, W. R.; REID, J. C. Health promotion of older adults: perceived barriers. Journal of Advanced Nursing , v. 16, n. 11, p. 1343-1349, 1991. (Cinahl)	
Sugestões de referência empírica*		
Apresenta dispnéia, desconforto e/ou resposta anormal da frequência cardíaca aos esforços; Relato verbal de desmaios, tonturas e fraqueza aos esforços.		

* Sugerida a partir dos sinais e sintomas evidenciados na literatura.

O fator relacionado “intolerância à atividade” foi sugerido pela compilação de alguns sinais e sintomas que interferem na prática de atividade física. A seguir, serão apresentadas as evidências de alguns artigos.

De acordo com Lee, Arthur e Avis (2007), a experiência de sensações desagradáveis, tais como dispnéia, desconforto e/ou resposta anormal da frequência cardíaca aos esforços, limita as pessoas no tipo e/ou intensidade de atividade física, além de deixá-las menos confiantes na realização dessa prática. Além dessas, podem ser acrescentadas sensações de mal-estar, desânimo, desmaio, tontura e fraqueza (OSAWA; CAROMANO, 2002; MARTIN *et al.*, 2007, 2008; DALEY *et al.*, 2009). Generalizando, Halm e Amoako (2008) evidenciam que as limitações físicas influenciam a adesão à prática de exercício físico.

Quanto à definição conceitual, Whetstone e Reid (1991), ao estudarem o conhecimento das concepções de saúde, o valor que lhes são colocadas, as capacidades de autocuidado e as percepções e sentimentos sobre as barreiras para a promoção da saúde de indivíduos hipertensos, definiram barreiras como um aspecto potencialmente negativo de uma ação de saúde, capazes de agir como impedimento ou dificuldade para a realização de um comportamento de saúde recomendado. De tal maneira, essa ideia foi adaptada para construção da definição conceitual de “intolerância à atividade”.

Os dois estudos encontrados na literatura analisada não foram suficientes para a elaboração da referência empírica. Para tanto, considerou-se a presença relatada pelo indivíduo/familiares, ou confirmada por avaliação criteriosa do enfermeiro, acerca de dispnéia, desconforto e/ou resposta anormal da frequência cardíaca aos esforços, desmaios, tonturas e fraqueza aos esforços.

Quadro 12 – Distribuição dos resultados da análise de conceito referente ao fator relacionado “dor”. Fortaleza, 2011

Dor	Nº de estudos
	3
Sugestões de definição conceitual e referência empírica*	
<p>Definição conceitual: Experiência sensorial e emocional desagradável associada a dano real ou potencial de um tecido. É um fenômeno fisiológico, comportamental e emocional.</p> <p>Referência empírica: Escala Descritiva da Intensidade da dor: - Nenhuma; - Quase imperceptível; - Leve; - Moderada; - Grave; - Pior dor</p>	

* Baseada em Seidel *et al.* (2007) e NANDA-I (2010).

Continua

Continuação

Quadro 12 – Distribuição dos resultados da análise de conceito referente ao fator relacionado “dor”. Fortaleza, 2011

Dor	Nº de estudos
	3
Sugestões de definição conceitual e referência empírica*	
Referência empírica: O indivíduo: <ul style="list-style-type: none">- relata que está sentindo dor;- apresenta expressão facial de dor: olhos embaçados, aparência cansada, testa enrugada, olhos exageradamente abertos ou fechados, olhar fixo ou disperso, caretas ou outras expressões distorcidas, aparência triste ou abatida;- comporta-se na defensiva: coloca as mãos sobre a área dolorida, postura contorcida.- apresenta vocalizações que representam a dor: grunhidos, gemidos, choro;- apresenta mudanças nos sinais vitais;- apresenta palidez, diaforese e boca seca.	

* Baseada em Seidel *et al.* (2007) e NANDA-I (2010).

De acordo com o Quadro 12 três publicações evidenciaram “dor” como uma sensação que antecede o sedentarismo (OSAWA; CAROMANO, 2002; LEE; ARTHUR; AVIS, 2007; DALEY *et al.*, 2009). Não obstante, deixaram de fazer alusão a definições conceituais e referência empírica.

Dada essa razão, foi proposta a definição conceitual de dor, baseada em outras literaturas. A dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a dano real ou potencial de um tecido (NANDA-I, 2010). É um fenômeno fisiológico, comportamental e emocional (SEIDEL *et al.*, 2007).

Devido à natureza subjetiva da dor, sua avaliação é baseada, principalmente, na história clínica, no exame físico e nas respostas do paciente às várias escalas que avaliam a intensidade e qualidade da dor.

Nesse sentido, algumas atitudes ou sinais e sintomas podem ser consideradas na avaliação da dor, a saber: relato de dor; expressão facial de dor; comportamento defensivo; direcionamento das mãos sobre a área dolorida; postura contorcida; vocalizações representativas de dor; alterações de sinais vitais; presença de palidez, diaforese e boca seca (SEIDEL *et al.*, 2007; NANDA-I, 2010).

É importante lembrar que a percepção do paciente pode não ser comparável à esperada intensidade da dor identificada por outros indivíduos. Contudo, é a percepção do paciente que deve ser o “padrão ouro” ou a variável de controle. Em contrapartida, o

uso de escalas, além de medir a percepção da intensidade e o tipo da dor do paciente, permite a documentação diária da resposta do paciente (SEIDEL *et al.*, 2007).

Diante do exposto, foram consideradas duas referências empíricas a serem julgadas pelos especialistas: uma a partir de dados subjetivos e a outra considerando a avaliação da dor por meio de escala.

Quadro 13 – Distribuição dos resultados da análise de conceito referente ao fator relacionado “reações emocionais”. Fortaleza, 2011

Reações emocionais	Nº de estudos
Sugestões de definição conceitual e referência empírica	
<p>Definição conceitual:* Manifestações de sentimentos potencialmente negativos para a prática de exercício físico que podem impedir ou dificultar a realização desse comportamento.</p> <p>Referência empírica:** Relato verbal de sentimentos potencialmente negativos à execução de exercícios físicos, tais como: medo de cair, mau-humor, sentimentos de tédio, vergonha, desânimo, depressão.</p>	

* Baseada na definição proposta por Whetstone e Reid (1991)

** Sugerida a partir da definição conceitual, considerando as reações emocionais evidenciados na literatura.

De acordo com a literatura analisada, sete artigos afirmaram que a presença de “reações emocionais” negativas favorece ao sedentarismo. No entanto, nenhum norteou a definição conceitual e a referência empírica.

Medo de cair, sentimentos de tédio (LEE; ARTHUR; AVIS, 2007), mau-humor (MARTIN *et al.*, 2007, 2008); vergonha (DALEY *et al.*, 2009), desânimo e depressão (BONNET *et al.*, 2005; SMITH *et al.*, 2007; STEPTOE; McMUNN, 2009) foram as reações emocionais evidenciadas na literatura, constituindo-se as mesmas em barreiras para a prática de exercício físico.

Destarte, a definição conceitual foi baseada na ideia de barreira proposta por Whetstone e Reid (1991), conforme descrita. O conceito foi resumido em manifestações de sentimentos potencialmente negativos para a prática de exercício físico, as quais podem impedir ou dificultar a realização desse comportamento.

Com o escopo de clarificar a definição operacional, foram descritos alguns dos sentimentos dispostos nos estudos. Foi considerado como padrão o relato verbal do indivíduo. Portanto, o enfermeiro avaliará “reações emocionais” a partir do relato verbal de sentimentos potencialmente negativos à execução de exercícios físicos, tais como:

medo de cair, mau-humor, sentimentos de tédio, vergonha, desânimo, depressão, dentre outros.

4.2.6 Identificação das características definidoras do EVS e suas definições conceituais e referências empíricas

Adiante, serão discutidas/apresentadas as nove características definidoras do EVS, bem como suas definições conceituais e referências empíricas evidenciados na literatura analisada. Nos quadros, será também exposto o número de estudos que relacionaram a característica definidora ao sedentarismo.

Igualmente aos fatores relacionados, nem todos os estudos foram suficientes à construção de definições conceituais e/ou referências empíricas para as características definidoras. Nesses casos, foram consideradas outras literaturas (livros-texto e artigos científicos) e a experiência da pesquisadora e de seu orientador. Assim, as mesmas estão sintetizadas no instrumento elaborado para a validação por especialistas (APÊNDICE B) e constam, também, nos quadros referentes a cada característica com suas respectivas referências e bases de dados (APÊNDICE E). Ao final, cada característica terá uma única definição conceitual, para a qual será considerada a possibilidade de ter mais de uma referência empírica.

Quadro 14 – Distribuição dos resultados da análise de conceito referente ao característica definidora “excesso de peso”. Fortaleza, 2011

Excesso de peso		Nº de estudos
		9
Conceito	Balanço energético positivo que resulta de uma dieta com alta ingestão de energia e do desencorajamento da atividade física regular.	
Referência empírica	-	
Referência/Base	MACKNIGHT, J. M. Exercise considerations in hypertension, obesity, and dyslipidemia. Clin Sports Med , n. 22, p.101-121, 2003. (Scopus)	
Conceito	-	
Referência empírica	Índice de massa corporal maior ou igual a 25 kg/m ² , calculado a partir da fórmula: peso(kg)/altura(m) ² .	
Referência/Base	ISHIKAWA-TAKATA, K.; OHTA, T.; TANAKA, H. How much exercise is required to reduce blood pressure in essential hypertensives: a dose-response study. Am J Hypertens , v.16, n. 8, p. 629-633, aug., 2003. (Pubmed)	
	ROSÁRIO, T. M.; SCALA, L. C.; FRANÇA, G. V.; PEREIRA, M. R.; JARDIM, P. C. Prevalence, control and treatment of arterial hypertension in Nobres - MT. Arquivo Brasileiro de Cardiologia , v. 93, n. 6, p. 672-678, 2009. (Pubmed)	

Continua

Continuação

Quadro 14 – Distribuição dos resultados da análise de conceito referente ao característica definidora “excesso de peso”. Fortaleza, 2011

Excesso de peso		Nº de estudos
		9
Referência/Base	PALATINI, P.; BRATTI, P.; PALOMBA, D.; SALADINI, F.; ZANATTA, N.; MARAGLINO, G. Regular physical activity attenuates the blood pressure response to public speaking and delays the development of hypertension. Journal of Hypertension , v. 28, n. 6, p. 1186-1193, 2010. (Scopus)	

Conforme apresentado no Quadro 14 nove estudos concordam que o sedentarismo contribui com maiores índices de excesso de peso entre os indivíduos com hipertensão arterial (MacKNIGHT, 2003; STEWART, 2004; BLOCH; RODRIGUES; FISZMAN, 2006; BEUNZA *et al.*, 2007; SMITH *et al.*, 2007; ALFONSO *et al.*, 2008; DELA CRUZ; GALAND, 2008; MUSHTAQ; KHAN, 2010; PALATINI *et al.*, 2010). Desses, somente MacKnight (2003) forneceu suporte para a elaboração da definição conceitual.

Esse autor considera o excesso de peso como um balanço energético positivo que resulta de uma dieta com alta ingestão de energia e do desencorajamento da atividade física regular.

Pertinente à referência empírica, três estudos contribuíram com a descrição (ISHIKAWA-TAKATA; OHTA; TANAKA, 2003; ROSÁRIO *et al.*, 2009; PALATINI *et al.*, 2010), apesar de apenas Palatini *et al.* (2010) terem identificado relações entre o “excesso de peso” e o sedentarismo.

Como forma de identificar essa característica definidora, optou-se pela utilização do índice de massa corporal (IMC) ao considerá-lo uma medida bastante empregada na avaliação do peso corporal. As orientações do *National Institutes of Health* definem que o IMC ideal deve ser um valor entre 19 e 25 kg/m². Já o excesso de peso pode ser definido a partir de um IMC de 25 Kg/m² e a obesidade representa um IMC maior ou igual a 30 Kg/m² (McARDLE; KATCH; KATCH, 2002; ISHIKAWA-TAKATA; OHTA; TANAKA, 2003; MacKNIGHT, 2003; ROSÁRIO *et al.*, 2009; PALATINI *et al.*, 2010). Assim, definiu-se como referência empírica: índice de massa corporal maior ou igual a 25 kg/m², calculado a partir da fórmula: peso(kg)/altura(m)².

Quadro 15 – Distribuição dos resultados da análise de conceito referente à característica definidora “demonstra falta de condicionamento físico”. Fortaleza, 2011

Demonstra falta de condicionamento físico		Nº de estudos
		1
Conceito	Incapacidade de realizar atividade física moderada (exemplo: caminhar rápido) e intensa (correr com suavidade) e muito intensa (correr depressa).	
Referência empírica	Aplicar a escala proposta por COOP/WONCA (TUDELA; FERRER, 2002) que avalia o estado funcional para a prática de exercício físico em uma escala de pontos de 1 a 5. Indagar ao indivíduo sobre qual foi a máxima atividade física que realizou, por pelo menos 2 minutos, nas duas últimas semanas. As opções são: Muito intensa (por exemplo: correr depressa) (1 ponto); Intensa (por exemplo: correr com suavidade) (2 pontos); Moderada (por exemplo: caminhar a passos rápidos) (3 pontos), Leve (por exemplo, caminhar devagar) (4 pontos); Muito leve (por exemplo, caminhar lentamente ou não poder caminhar) (5 pontos). Um escore maior que 3 é considerado uma capacidade diminuída para a realização de exercício físico.	
Referência/Base	GUEDES, N. G.; LOPES, M. V.; MOREIRA, R. P.; CAVALCANTE, T. F.; ARAUJO, T. L. Prevalence of sedentary lifestyle in individuals with high blood pressure. International Journal Nursing Terminology Classification , v. 21, n. 2, p. 50-56, apr-Jun., 2010. (Pubmed).	
Conceito	Diminuição da resistência cardiorespiratória e muscular, da força e da flexibilidade para a prática de atividade física.	
Referência empírica	-	
Referência/Base	WALLACE, J. P. Exercise in hypertension: A clinical review. Sports Medicine , v. 33, n. 8, p. 585-598, 2003. (Scopus)	

No tocante a “demonstra falta de condicionamento físico”, somente foi identificado como característica definidora do EVS no estudo de Guedes *et al.* (2010), servindo de fundamentação para a proposta do conceito, bem assim da referência empírica. Destaca-se que o estudo de Wallace (2003) apesar de não afirmar relação dessa característica com o EVS, trouxe uma asserção importante ao conceito de sedentarismo.

É válido ressaltar que o estudo de Guedes *et al.* (2010) foi baseado no de Guedes (2008) que investigou a acurácia dos indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem EVS. Foram apontadas, então, diferenças importantes entre as especificidades e sensibilidades da característica definidora “demonstra falta de condicionamento físico” ao compará-la com outros estudos de referência. Diante das discrepâncias, a autora levantou a necessidade de refinar os indicadores clínicos para um melhor delineamento de estudos com esse diagnóstico.

Essa possibilidade é recomendada pela NANDA-I (2010), considerando que a identificação e a formulação de conceitos compõem a primeira etapa do

desenvolvimento de um novo diagnóstico e do aperfeiçoamento de diagnósticos já aceitos.

A partir destas considerações, dos achados da literatura analisada e com vistas a clarificar melhor a característica definidora “demonstra falta de condicionamento físico” sugere-se o desmembramento dessa característica em três: “resistência cardiorrespiratória diminuída”, “força muscular diminuída” e “flexibilidade das articulações diminuída”.

A “resistência cardiorrespiratória diminuída” foi definida como a diminuição da capacidade do sistema cardiovascular e do aparelho respiratório para a realização de esforços físicos de intensidade moderada, por períodos de longa duração. Essa característica definidora pode ser estimada na bicicleta ergométrica e avaliada a partir da duração do exercício, do número de watts obtidos na bicicleta ergométrica, da quantidade de METs consumidos (1 MET é a energia equivalente para uma pessoa em repouso e representa o consumo de 3,5 ml de oxigênio por quilograma de peso corporal por minuto) e da percepção de sintomas que sugerem esforço exagerado, tais como: desconforto torácico, dor nas pernas, dispnéia, tontura, vertigem e fadiga (WOODS; FROLICHER; MOTZER, 2005).

No tocante à percepção de esforço, a classificação da Escala de Borg (1985) classifica-o em: extremamente leve; muito leve, razoavelmente leve, um pouco cansativo, cansativo, muito cansativo, extremamente cansativo. Embora subjetiva, a escala é útil para avaliar o esforço para o exercício (WOODS; FROLICHER; MOTZER, 2005).

A escala utilizada no estudo de Guedes *et al.* (2010) e proposta por *Cooperative Project-World Organization of National Colleges and Academies - COOP/WONCA* (TUDELA; FERRER, 2002) foi utilizada como outra possibilidade de referência empírica para “resistência cardiorrespiratória diminuída”. Esta escala define o condicionamento físico a partir da autoavaliação do estado funcional para a prática de exercício físico por meio da seguinte pergunta: Qual tem sido a máxima atividade física que você realizou, por pelo menos 2 minutos, nas duas últimas semanas? As opções variam de 1 a 5 pontos: Muito intensa (por exemplo: correr depressa) (1 ponto); Intensa (por exemplo: correr com suavidade) (2 pontos); Moderada (por exemplo: caminhar a passos rápidos) (3 pontos), Leve (por exemplo, caminhar devagar) (4 pontos); Muito leve (por exemplo, caminhar lentamente ou não poder caminhar) (5 pontos). Um score

maior que 3 é considerado uma capacidade diminuída para a realização de exercício físico.

Quanto à “força muscular diminuída”, as recomendações de Seidel *et al.* (2007) e Campbell (2007) fundamentaram a elaboração da definição e da referência empírica. Assim, essa característica definidora foi conceituada como a força muscular exercida para iniciar ou resistir a movimentos, seja ela a força cinética (a força exercida para mudar-se de posição) ou dinâmica (a força exercida para resistir ao movimento de uma posição fixa). Essa força pode ser testada por duas maneiras: **1)** O indivíduo coloca uma articulação em determinada posição e o examinador tenta movê-la; **2)** O indivíduo tenta mover uma articulação ou contrair um músculo contra a resistência fixa do examinador.

A partir desses testes, a força pode ser avaliada quantitativamente por meio de escalas que consideram o movimento, gravidade e resistência. Seidel *et al.* (2007) sugerem a avaliação da força muscular por meio da consideração dos níveis de função muscular, a saber: Grau 0 – Sem evidências de movimentos; Grau 1 – Traços de movimentos; Grau 2 – Amplitude total de movimento, mas não contra a gravidade; Grau 3 – Amplitude total de movimento contra a gravidade, mas não contra a resistência; Grau 4 – Amplitude total de movimento contra a gravidade e certo grau de resistência, mas fraca; Grau 5 – Amplitude total de movimento contra a gravidade e resistência total. Quando a força muscular for graduada como 3 ou menos, uma incapacidade relativa à força muscular está presente.

A “flexibilidade das articulações diminuída” envolve a diminuição da capacidade de realizar movimentos em certas articulações, com apropriada amplitude de movimento. Observa-se que cada articulação possui uma amplitude de movimento característica, podendo variar de um indivíduo para o outro (SEIDEL *et al.*, 2007).

Avalia-se a amplitude de movimentos ativos e passivos por movimentos articulares básicos, tais como: flexão, extensão, dorsiflexão, flexão plantar, adução, abdução, inversão, eversão, rotação interna, rotação externa, pronação, supinação, bem como por meio de um goniômetro. Quando uso do goniômetro os valores de referências para análise encontram-se no respectivo manual (SWARTZ, 2006; SEIDEL *et al.*, 2007).

A seguir, nos Quadros 16, 17 e 18 estão sumarizadas as propostas de definições conceituais e referências empíricas para as três características definidoras supracitadas.

Quadro 16 – Distribuição dos resultados da análise de conceito referente à característica definidora “resistência cardiorrespiratória diminuída”. Fortaleza, 2011

Resistência cardiorrespiratória diminuída
Sugestões de definição conceitual e referência empírica
<p>Definição conceitual:* Diminuição da capacidade do sistema cardiovascular e do aparelho respiratório para a realização de esforços físicos de intensidade moderada, por períodos de longa duração. É a capacidade cardiorrespiratória que determina o fôlego.</p> <p>Referência empírica:* Diminuição da capacidade aeróbica estimada na bicicleta ergométrica. Essa capacidade pode ser avaliada por meio de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - duração do exercício; - watts obtidos na bicicleta ergométrica; - METs (1 MET é a energia equivalente para uma pessoa em repouso. Representa o consumo de 3,5 ml de oxigênio por quilograma de peso corporal por minuto). - percepção de sintomas durante o exercício que sugerem esforço exagerado, tais como: desconforto torácico, dor nas pernas, dispnéia, tontura, vertigem, fadiga. - classificação da Escala de Borg para o Esforço Percebido: Extremamente leve; muito leve, razoavelmente leve, um pouco cansativo, cansativo, muito cansativo, extremamente cansativo. <p>Referência empírica:** Aplicar a escala proposta por COOP/WONCA (TUDELA; FERRER, 2002) que avalia o estado funcional para a prática de exercício físico em uma escala de pontos de 1 a 5. Perguntar ao indivíduo qual tem sido a máxima atividade física que ele realizou, por pelo menos 2 minutos, nas duas últimas semanas. As opções são: Muito intensa (por exemplo: correr depressa) (1 ponto); Intensa (por exemplo: correr com suavidade) (2 pontos); Moderada (por exemplo: caminhar a passos rápidos) (3 pontos), Leve (por exemplo, caminhar devagar) (4 pontos); Muito leve (por exemplo, caminhar lentamente ou não poder caminhar) (5 pontos). Um escore maior que 3 é considerado uma capacidade diminuída para a realização de exercício físico.</p> <p>Referência empírica:*** O indivíduo não consegue executar atividades físicas que envolvam grandes grupos musculares, com intensidade moderada, de forma contínua, na maioria dos dias da semana, durante, no mínimo, 30 minutos, exemplificada por caminhadas a passos rápidos, corrida, ciclismo, futebol, natação.</p>

* Baseadas nas ideias de Seidel *et al.* (2007) ** Escala proposta por *Cooperative Project-World Organization of National Colleges and Academies* - COOP/WONCA utilizada no estudo de Tudela e Ferrer (2002). ***Sugerida a partir da definição conceitual.

Quadro 17 – Distribuição dos resultados da análise de conceito referente à característica definidora “força muscular diminuída”. Fortaleza, 2011

Força muscular diminuída
Sugestões de definição conceitual e referência empírica*
<p>Definição conceitual: Diminuição da força exercida para dar início ou resistir a movimentos, seja a força cinética (a força exercida para mudar de posição) ou dinâmica (a força exercida para resistir ao movimento de uma posição fixa).</p> <p>Referência empírica: A força pode ser testada de duas maneiras:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) O indivíduo coloca uma articulação em determinada posição e o examinador tenta movê-la; 2) O indivíduo tenta mover uma articulação ou contrair um músculo contra a resistência fixa do examinador.

Continuação

Quadro 17 – Distribuição dos resultados da análise de conceito referente à característica definidora “força muscular diminuída”. Fortaleza, 2011

Força muscular diminuída
Sugestões de definição conceitual e referência empírica*
A partir dos testes, a força pode ser avaliada, quantitativamente, por meio dos Graus do Nível de Função Muscular: 0 Sem evidências de movimentos 1 Traços de movimentos 2 Amplitude total de movimento, mas não contra a gravidade 3 Amplitude total de movimento contra a gravidade, mas não contra a resistência 4 Amplitude total de movimento contra a gravidade e certo grau de resistência, mas fraca 5 Amplitude total de movimento contra a gravidade e resistência total. Quando a força muscular é graduada como 3 ou menos, uma incapacidade está presente.

* Baseadas nas ideias de Seidel *et al.* (2007) e Campbell (2007).

Quadro 18 – Distribuição dos resultados da análise de conceito referente à característica definidora “flexibilidade das articulações diminuída”. Fortaleza, 2011

Flexibilidade das articulações diminuída
Sugestões de definição conceitual e referência empírica*
Definição conceitual: Diminuição da capacidade de realizar movimentos em certas articulações, com apropriada amplitude de movimento. Referência empírica: Avaliar a flexibilidade ativa e passiva das articulações (amplitude máxima fisiológica de um dado movimento articular), a partir da amplitude de movimentos ativos e passivos. A flexibilidade é específica para cada articulação, podendo variar de um indivíduo para o outro. Quando do uso do goniômetro, considerar as referências contidas nos manuais.

*Baseadas nas ideias de Swartz (2006) e Seidel *et al.* (2007).

Quadro 19 – Distribuição dos resultados da análise de conceito referente às características definidoras “escolhe uma rotina diária sem exercício físico”, “não realiza atividades físicas no tempo de lazer” e “verbaliza preferência por atividades com pouco exercício físico”. Fortaleza, 2011

Escolhe uma rotina diária sem exercício físico	Nº de estudos
	1
Sugestões de definição conceitual e referência empírica*	
Definição conceitual: Condição em que o indivíduo escolhe uma rotina diária sem uma atividade física planejada e estruturada, que melhore ou mantenha a aptidão física. Referência empírica: O indivíduo relata que não pratica exercício físico, diariamente, ou que suas atividades se limitam a afazeres domésticos ou ocupacionais.	

Continua

Continuação

Quadro 19 – Distribuição dos resultados da análise de conceito referente às características definidoras “escolhe uma rotina diária sem exercício físico”, “não realiza atividades físicas no tempo de lazer” e “verbaliza preferência por atividades com pouco exercício físico”. Fortaleza, 2011.

Não realiza atividades físicas no tempo de lazer	Nº de estudos
Sugestões de definição conceitual e referência empírica*	
Definição conceitual: Não realiza atividades com gastos energéticos maiores que os de repouso no tempo de lazer. Referência empírica: O indivíduo relata que, no tempo de lazer, não realiza atividades que requerem movimentos físicos com gastos energéticos maiores que os de repouso. Realiza, no tempo de lazer, atividades tais como: assistir televisão, ler livros, assistir filmes, conversar com amigos, entre outras.	
Verbaliza preferência por atividades com pouco exercício físico	Nº de estudos
Sugestões de definição conceitual e referência empírica*	
Definição conceitual: Condição em que o indivíduo verbaliza preferência por movimentos corporais que resultem em pequenos gastos energéticos, com poucos movimentos repetitivos e intencionais de determinados grupos musculares. Referência empírica: O indivíduo relata preferência por atividades não programadas, não intencionais, com pequenos gastos energéticos, com frequência, intensidade e duração inferiores ao recomendado.	

* Conceitos e referências definidos por consenso entre a autora e o orientador.

Observa-se que as três características definidoras estão apresentadas em um mesmo quadro devido à relação guardada entre elas, haja vista que tanto “escolha de uma rotina diária sem exercício físico”, quanto “ausência de atividades físicas no tempo de lazer” são resultantes, possivelmente, da “preferência de atividades com pouco exercício físico”.

A relação entre essas características e o EVS foi evidenciada em poucos estudos. “Escolhe uma rotina diária sem exercício físico” foi citada por um estudo (GUEDES, *et al.*, 2010); “não realiza atividades físicas no tempo de lazer”, também somente por um estudo (BEUNZA *et al.*, 2007); e “verbaliza preferência por atividades com pouco exercício físico” foi mencionada por dois estudos (MARTIN *et al.*, 2008; GUEDES *et al.*, 2010).

Dada à ausência de estudos que possibilitassem a construção de definições conceituais e referências empíricas dessas três características definidoras, e ainda, pela relativa facilidade de avaliá-las, a autora em consonância com o seu orientador,

propuseram os conceitos e as formas de avaliação dispostos no Quadro 19. Destaca-se que foram levados em consideração a definição de exercício físico, suas características e seus objetivos.

Quadro 20 – Distribuição dos resultados da análise de conceito referente à característica definidora “baixo desempenho nas atividades da vida diária”. Fortaleza, 2011

Baixo desempenho nas atividades de vida diária		Nº de estudos
		2
Conceito	Dificuldade em realizar ações necessárias para manter as atividades cotidianas de um dia normal.	
Referência empírica	Dificuldade em realizar ações necessárias para manter as atividades cotidianas de um dia normal, incluindo tarefas básicas como comer, vestir, tomar banho, subir e descer da cama, entre outras.	
Referência/Base	STEPTOE, A.; McMUNN, A. Health behaviour patterns in relation to hypertension: the English Longitudinal Study of Ageing. Journal Hypertension , v. 27, n. 2, p. 224-230, 2009. (Pubmed)	

Conforme demonstrado no Quadro 20, “baixo desempenho nas atividades de vida diária” foi considerada como consequência do sedentarismo em dois estudos (STEPTOE; McMUNN, 2009; GUEDES *et al.*, 2010). Steptoe e McMunn (2009) afirmam que essa característica definidora é fato quando o indivíduo relata ou demonstra dificuldade em realizar ações necessárias para manter as atividades cotidianas de um dia normal, incluindo tarefas básicas como comer, vestir, tomar banho, subir e descer da cama, entre outras. Essa referência empírica, possibilitou, indiretamente, a definição conceitual dessa característica definidora, conforme está explicitada no Quadro 20.

Apesar de para construção da definição conceitual ter sido considerado o estudo de Steptoe e McMunn (2009), outros estudos foram sugeridos, com o escopo de ampliar as possibilidades de tarefas básicas que no cotidiano o indivíduo com hipertensão arterial poderá apresentar dificuldades. Os estudos, assim, acrescidos foram os publicados sobre a validação do diagnóstico de enfermagem, os quais a seguir serão apresentados.

Segundo Guirao-Goris, Pina e Campo (2000) as atividades de vida diária (AVD) constituem fenômeno de enfermagem relacionado ao autocuidado, cujas características específicas são as ações requeridas para manter o desempenho das atividades cotidianas em um dia normal, incluindo tarefas básicas, tais como: comer, vestir-se e tomar banho. Por outro lado, as atividades instrumentais de vida diária

(AIVD) têm como características específicas diversas atividades básicas que são realizadas em um dia normal, como ir às compras, lavar roupa, ir ao banco, cozinhar, cuidar do lar, além das atividades ocupacionais.

No estudo de validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem “sedentarismo”, Guirao-Goris, Pina e Campo (2000) enfatizam que para a determinação do nível de atividade física importa considerar as AVD, as AIVD, e mais a prática de atividade física programada, em um tempo superior a 30 minutos, com uma frequência de, pelo menos, três vezes por semana. Outrossim, definiram “realização exclusiva de atividades operacionais da vida diária” como característica definidora da proposta diagnóstica “Sedentarismo”, encontrando um índice de validade de conteúdo diagnóstico de 0,75.

Guardando similaridade, Guirao-Goris e Duarte-Climents (2007) ao validarem o conteúdo do diagnóstico de enfermagem EVS definiram como uma das características definidoras “apenas realiza atividades de vida diária, tais como: ir ao shopping, tomar banho, fazer transações bancárias, cozinhar, exercer atividades domiciliares e desenvolver atividades ocupacionais”. O índice de validade do conteúdo diagnóstico para essa característica definidora foi de 0,63.

Desse modo, para o instrumento final a ser validado pelos especialistas no estudo ora apresentado, considerou-se como referência empírica da característica definidora “baixo desempenho nas atividades da vida diária” o relato de dificuldade para realizar tarefas básicas, tais como: fazer compras, executar as atividades do trabalho e as atividades domésticas (exemplos: cozinhar, lavar roupa, arrumar a casa, entre outras).

Quadro 21 – Distribuição dos resultados da análise de conceito referente à característica definidora “relato de desordens de saúde”. Fortaleza, 2011

Relato de desordens de saúde	Nº de estudos
	11
Sugestões de definição conceitual e referência empírica*	
<p>Definição conceitual*: Apresenta manifestações de doenças, tais como transtornos metabólicos, doenças cardiovasculares e/ou doenças musculoesqueléticas, ou apresenta complicações dessas doenças.</p> <p>Referência empírica*: O indivíduo afirma possuir doenças, tais como transtornos metabólicos, doenças cardiovasculares e/ou doenças musculoesqueléticas, ou relata complicações dessas doenças.</p>	

* Conceitos e referências definidos por consenso entre a autora e o orientador a partir dos tipos de desordens citadas na literaturas.

Na literatura analisada, foi evidenciado que o sedentarismo contribui para o aumento de transtornos metabólicos, tais como obesidade, diabetes, dislipidemias (STEWART, 2004; BLOCH; RODRIGUES; FISZMAN, 2006; BEUNZA *et al.*, 2007; ALFONSO *et al.*, 2008; FERREIRA; FERREIRA, 2009; STEPTOE; McMUNN, 2009). Igualmente, o sedentarismo favorece o aumento de complicações cardiovasculares (ESC, 2007; SMITH *et al.*, 2007; FU; VONGPATANASIN; LEVINE, 2008; STEPTOE; McMUNN, 2009; MUSHTAQ; KHAN, 2010), contribui para o desenvolvimento de problemas articulares (STEPTOE; McMUNN, 2009), aumenta o risco de queda e diminui a qualidade de vida (MARSHALL; BOOTH; BAUMAN, 2005).

Percebe-se que, a despeito de onze estudos terem considerado que alguns tipos de desordens de saúde são potencializados pelo sedentarismo, nenhum descreveu aspectos que pudessem contribuir com a definição conceitual e referência empírica. Desse modo, esses itens foram sugeridos, levando em conta os tipos de desordens citados na literatura analisada e o relato verbal do paciente.

4.3 Proposta para o diagnóstico de enfermagem estilo de vida sedentário

A revisão integrativa da literatura e a análise do conceito “sedentarismo” subsidiaram a elaboração de uma proposta de revisão do diagnóstico de enfermagem EVS em indivíduos com hipertensão arterial.

A análise do conceito “sedentarismo” fundamentou a elaboração de uma nova definição para o diagnóstico de enfermagem EVS, bem como evidenciou, além dos indicadores já existentes, sete novos fatores relacionados e quatro novas características definidoras que não estão dispostos na NANDA-I (2010). A seguir, nos Quadros 22, 23 e 24, está explicitada a correspondência entre o evidenciado na literatura e os componentes da NANDA-I (2010).

Quadro 22 – Definições do EVS provenientes da análise de conceito e da taxonomia II da NANDA-I. Fortaleza, 2011

Definição - Análise de conceito
Refere-se a um hábito de vida em que o indivíduo não realiza atividade física, na frequência, na duração e na intensidade recomendadas.
Definição - NANDA-I (2010)
Um hábito de vida que se caracteriza por um baixo nível de atividade física.

Quadro 23 – Fatores relacionados (FR) provenientes da análise do conceito e do diagnóstico de enfermagem EVS da taxonomia NANDA-I. Fortaleza, 2011

FR NANDA-I (2010)	FR - análise de conceito
Conhecimento deficiente sobre os benefícios que a atividade física traz à saúde	Conhecimento deficiente sobre os benefícios que a atividade física traz à saúde e/ou sobre as consequências do sedentarismo
Não há correspondentes	Atitudes, crenças e hábitos de saúde que dificultam a prática de atividade física
Falta de motivação	Falta de motivação
Falta de interesse	Falta de interesse
Não há correspondentes	Falta de apoio social
Falta de recursos (tempo, dinheiro, companhia, estrutura)	Falta de recursos (tempo, dinheiro, lugar, segurança, equipamento)
Não há correspondentes	Baixa autoeficácia para o exercício físico
Falta de treino para fazer exercício físico	Falta de treino para fazer exercício físico
Não há correspondentes	Mobilidade prejudicada
Não há correspondentes	Intolerância à atividade
Não há correspondentes	Dor
Não há correspondentes	Reações emocionais

Quadro 24 – Características definidoras (CD) provenientes da análise do conceito e do diagnóstico de enfermagem EVS da taxonomia NANDA-I. Fortaleza, 2011

CD NANDA-I (2010)	CD - análise de conceito
Não há correspondentes	Excesso de peso
Demonstra falta de condicionamento físico	Resistência cardiorrespiratória diminuída
	Força muscular diminuída
	Flexibilidade das articulações diminuída
Escolhe uma rotina diária sem exercício físico	Escolhe uma rotina diária sem exercício físico
Não há correspondentes	Não realiza atividades físicas no tempo de lazer
Verbaliza preferência por atividades com pouco exercício físico	Verbaliza preferência por atividades com pouco exercício físico
Não há correspondentes	Baixo desempenho nas atividades da vida diária
Não há correspondentes	Relato de desordens de saúde

Conforme apresentado nos Quadros 23 e 24, além dos indicadores já dispostos na taxonomia II da NANDA-I (2010) são propostos, para serem avaliados,

julgados e acrescidos à lista oficial, sete e quatro fatores relacionados e características definidoras.

Esse acréscimo foi oportunizado pela revisão integrativa da literatura, por garantir um suporte teórico para a revisão dos diagnósticos de enfermagem, subsidiando, assim, a reconstrução dos seus componentes (MELO, 2004).

Além do levantamento dos fatores relacionados e das características definidoras, foram também construídas, as definições conceituais e as referências empíricas desses indicadores. Destaca-se que, para muitos indicadores, essas características não foram evidenciadas na literatura analisada ou foram consideradas incompletas ou insuficientes.

Diante dessa lacuna, foram consideradas para o processo de construção outras literaturas (livros-texto e artigos científicos), bem assim a experiência da pesquisadora e de seu orientador, respaldada pelo conhecimento preexistente. É importante ressaltar que para alguns indicadores foram encontradas mais de uma definição conceitual e/ou referência empírica. Considerando mais de uma definição, foi obtido um consenso entre a autora deste trabalho e o seu orientador na elaboração de uma única definição. Nos casos de mais de uma referência empírica, todas foram listadas para serem julgadas pelos especialistas na próxima etapa deste estudo.

Diante das características definidoras, dos fatores relacionados e de suas respectivas definições conceituais e referências empíricas, foi construído um instrumento para ser utilizado na próxima etapa, a Validação por especialista (APÊNDICE B). Esse instrumento foi avaliado por três juízes, com experiência em terminologias de enfermagem, quanto à facilidade de leitura, à apresentação e à clareza. Todas as sugestões foram acatadas, sendo o instrumento reformulado. Deu-se por encerrada a apresentação dos resultados da análise de conceito.

5 DISCUSSÃO DA ANÁLISE DE CONCEITO

O mundo atual experimenta uma fase de transição epidemiológica, caracterizada pela modificação dos perfis de morbimortalidade, em que se observa um aumento das doenças crônicas não-transmissíveis. Associados à mudança desse perfil, vêm o aumento da longevidade e as mudanças no estilo de vida, com forte repercussão no padrão de saúde dos países em desenvolvimento (GUEDES, 2008).

Uma das consequências do envelhecimento populacional, é o aumento das prevalências de doenças crônicas como, por exemplo, a hipertensão arterial (WONG; WONG, 2005; PASSOS; ASSIS; BARRETO, 2006), que contribui para uma elevada mortalidade cardiovascular no país. Associado a isso, o menor índice de controle da hipertensão arterial entre os mais velhos, dificulta a manutenção dos valores pressóricos aceitáveis, trazendo consequências econômicas e importantes implicações para a prática clínica, com aumento da demanda no sistema de saúde (WONG; WONG, 2005).

Concernente ao estudo de Osawa e Caromano (2002) os cuidados dispensados aos indivíduos com hipertensão deveriam estar centrados na prevenção primária, enfocando a precaução de complicações, a melhora da qualidade de vida e a promoção da saúde. Para tanto, é preciso eliminar indicadores de risco, tais como o sedentarismo, vez que tem grandes influências no aparecimento da hipertensão arterial, bem como nas complicações advindas dessa doença, fato este que justifica a maior concentração de estudos na atenção primária. Não obstante, faz-se imprescindível a prevenção secundária, devido às sequelas que a falta ou inadequação do tratamento podem ocasionar. Em concordância, Araújo, Paz e Moreira (2010) evidenciam a necessidade de oferta de infraestrutura nos diversos níveis de atenção que contemplem mudanças no processo de cuidar.

Sabe-se que os programas de educação em saúde, voltados aos indicadores de risco, favorecem mudanças comportamentais dos indivíduos com hipertensão arterial. Por outro lado, a falta ou a inadequação da educação do paciente constituem causas comuns para a falta de adesão ao tratamento da hipertensão. Desse modo, os indivíduos com hipertensão devem ser encorajados a assumir a responsabilidade primária para dominar o conhecimento de autocuidado e as habilidades necessárias para seguir o plano de tratamento.

Alguns estudos abordaram a epidemiologia da hipertensão. Essa preocupação foi evidenciada no estudo de Neder e Borges (2006) os quais levantaram a necessidade de expansão do conhecimento epidemiológico da hipertensão arterial no Brasil, abordando, além da prevalência, as especificidades locais, seus determinantes e, principalmente, a forma mais adequada para intervenção na população, para que seja atingido o melhor manejo da doença.

Conforme afirma o Instituto Nacional de Saúde dos Estados Unidos uma diversidade de categorias profissionais é fundamental para o sucesso do tratamento do indivíduo com hipertensão arterial. A categoria médica assume a responsabilidade primária para o estabelecimento da terapia, além de, em conjunto com enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas e educadores físicos, desempenhar um papel importante no cuidado, na educação e apoio aos pacientes, com vistas à adesão prolongada ao tratamento, em especial à adesão a um hábito de vida mais saudável, incluindo a prática de exercícios físicos (NATIONAL HIGH BLOOD PRESSURE EDUCATION, 1994).

Em função da relevância que tem a hipertensão arterial, da preocupação mundial com os malefícios da inatividade física e da associação dessa prática com as doenças crônicas, esforços vêm sendo despendidos, no intuito de evitar ocorrências comprometedoras. Nesse sentido, justifica-se o interesse mundial em produzir conhecimento nessa área, capaz de gerar evidências científicas que subsidiem uma prática clínica mais segura e de melhor qualidade.

Nesse contexto, aponta-se a necessidade do desenvolvimento de estudos que forneçam melhores evidências clínicas, para subsidiar os cuidados de enfermagem, conforme confirmação em outros estudos (POMPEO; ROSSI; GALVÃO, 2009; VITOR, 2010). Por outro lado, acredita-se que, em especial, os estudos de revisão forneçam importante suporte teórico para análise de conceitos, tornando-se por conseguinte, alvo de adoção.

A análise de conceito ora apresentada caracterizou o sedentarismo como a qualidade do que ou de quem é sedentário ou que tem uma vida sedentária. Conceitualmente, o sedentarismo é definido como a falta, ausência e/ou diminuição de atividades físicas ou esportivas. Portanto, pessoas que têm um gasto calórico reduzido pela ausência da prática esportiva, são consideradas sedentárias ou com hábitos sedentários. Segundo Priberam (2011) e Michaelis (2010) o termo sedentarismo tem os seguintes significados: qualidade do que é sedentário; conjunto de hábitos sedentários; vida sedentária.

Para melhor compreensão do conceito, é imperioso destacar que, apesar de frequentemente serem considerados como equivalentes, os termos "atividade física" e "exercício físico" não são sinônimos. Atividade física é qualquer movimento corporal que resulte da contração do sistema musculoesquelético e que proporcione um gasto energético maior do que os níveis de repouso (DOMINGUES; ARAÚJO; GIGANTE, 2004; WALLACE, 2003; SLACK, 2006).

Em contrapartida, considera-se exercício físico a atividade física planejada, estruturada e repetitiva, cujos benefícios à saúde dependem da intensidade, frequência, duração e tipo de atividade, tendo por objetivo a melhoria e a manutenção da aptidão física (DOMINGUES; ARAÚJO; GIGANTE, 2004; SLACK, 2006). Assim, qualquer exercício é considerado uma atividade física, mas nem toda atividade física constitui um exercício físico.

Foram evidenciados, como atributos essenciais do “sedentarismo”, a intensidade, a frequência e a duração do exercício. A intensidade do exercício físico é definida como a quantidade de energia consumida ou o percentual de frequência cardíaca máxima (FC_{max}) relacionada à idade (SLACK, 2006). As recomendações do *guidelines* europeu, para a prevenção de doenças cardiovasculares, acrescentam que a intensidade do exercício pode também ser definida a partir da percepção do esforço (ESC, 2007), bem assim dos equivalentes energéticos medidos em METs, que são unidades de metabolismo (BALDI; ROBINSON, 2002).

Baldi e Robinson (2002) classificam a intensidade considerando o gasto energético em METs: atividade leve, menor que 4 METs; atividade moderada de 4 a 6 METs; e atividade vigorosa, maior que 6 METs. A intensidade pondera pelo consumo de oxigênio e pode ser categorizada em baixa (menor que 45% do VO_{2max}), moderada (45 a 60% do VO_{2max}), vigorosa (61 a 75% do VO_{2max}) e estenuante intensidade (maior que 75% do VO_{2max}) (CLÉROUX; FELDMAN, PETRELLA, 1999; ACSM, 2004; FAGARD *et al.*, 2005). Para Slack (2006), a atividade leve é aquela que o indivíduo consome menos que 3,5 Kcal/min ou atinge menos que 50% da FC_{max} relacionada à idade; moderada, aquela que requer um consumo de 3.5 a 7 Kcal/min ou 50 a 70% da FC_{max} ; vigorosa, a atividade que consome mais que 7 Kcal/min ou que exige mais que 70% da FC_{max} ou aquela que o indivíduo demonstra falta fôlego para manter uma conversação.

Em um estudo sobre a atividade física na prevenção e manejo da pressão arterial elevada, o exercício cuja intensidade favoreça uma frequência cardíaca de 60 a

85% da FC_{max} é mais efetivo na redução da pressão arterial, quando comparado a intensidade maiores (KOKKINOS *et al.*, 2009), bem como, o exercício que exige um consumo de 45 a 60% da capacidade máxima de oxigênio (CLÉROUX; FELDMAN, PETRELLA, 1999).

Recomendações americanas, para a medicina esportiva, evidenciam que nos indivíduos com hipertensão as reduções dos valores de pressão arterial são mais significativas com o consumo máximo de oxigênio de 70%, quando comparados aos exercícios com intensidades maiores. Além disso, maximizam os benefícios e minimizam a possibilidade de efeitos adversos de exercícios mais vigorosos, tais como complicações cardiovasculares e musculoesqueléticas (ACSM, 2004).

Em consonância, MacKnight (2003) alerta quanto aos riscos associados aos exercícios de intensidade vigorosa e assegura que os exercícios de intensidade moderada promovem reduções nos valores de pressão arterial iguais ou superiores. Wallace (2003) acrescenta que a prática de exercícios de intensidade que variam de 70-85% do VO_{2max} podem não ser eficazes, e em alguns casos, parecem exacerbar os níveis da pressão arterial.

Tem-se a seguir, alguns exemplos de exercícios de intensidade leve, moderada e intensa. Leve: caminhada casual, passear de bicicleta menos de 5 milhas por hora (mph), exercícios de alongamento, treinamento leve com pesos, rotina doméstica, jogar jogos de vídeo em um computador, jardinagem enquanto está sentado ou ajoelhado. Moderada: caminhar 3-4,5 mph; ciclismo 5-9 mph, yoga, treinamento com pesos, atividades domésticas (esfregar o chão, lavar janelas), jardinagem (por exemplo, varrer a grama, capinar enquanto em pé, empurrar cortador de grama motorizado), hidroginástica. Intensa: caminhar 5 mph ou mais rápido, pedalar 10 mph ou mais rápido, subir circuito com pesos, praticar a maioria dos esportes competitivos (futebol, basquete, volei), realizar trabalho doméstico pesado (deslocar móveis, carregar objetos pesados), pular corda, corrida de skate, executar a jardinagem (carregar pá pesada, cavar valas, empurrar um cortador de grama não motorizado) (SLACK, 2006).

Quanto à frequência, o *American College of Sports Medicine* defende que sete sessões podem ser mais eficazes do que três sessões, por semana, na redução da pressão arterial, apesar da não associação entre a frequência de exercícios semanais e reduções de pressão arterial (ISHIKAWA-TAKATA; OHTA; TANAKA, 2003). Contudo, o fato de uma única sessão de exercício poder causar uma diminuição aguda na pressão arterial, que dura várias horas, aumentando ou contribuindo com a redução

prolongada da pressão arterial resultante do treinamento físico, é indicativo de aconselhamento, com vistas à realização do exercício na maioria dos dias da semana, dando-se preferência, a que seja diário (ACSM, 2004).

Com relação à duração, um estudo que avaliou a quantidade de exercício necessária para reduzir a pressão arterial de pessoas com hipertensão essencial encontrou que a magnitude da redução foi maior no grupo que se exercitou de 61 a 90 minutos, quando comparado a 30 a 60 minutos por semana. Todavia, os autores alertam que esses resultados devem ser interpretados com cautela, pois foram advindos de estudo não randomizado, além do que as informações sobre a frequência do exercício não terem sido consideradas (ISHIKAWA-TAKATA; OHTA; TANAKA, 2003). Não obstante, a recomendação é que o exercício seja realizado por 30-60 minutos, acumulados ao longo do dia, seja contínuo ou intermitente com um mínimo de 10 minutos por episódios intermitentes (ACSM, 2004).

Além da intensidade, da frequência e da duração, alguns estudos levantaram os tipos de exercício que podem ser classificados em isométricos (estáticos) ou isotônicos (dinâmicos, aeróbicos). Os isométricos favorecem o desenvolvimento muscular. Já os isotônicos são exercícios realizados com repetições sistemáticas de movimentos orientados, com conseqüente aumento da capacidade funcional e diminuição do consumo de oxigênio a qualquer nível de exercício submáximo, o que implica em menor trabalho cardíaco (PÉREZ *et al.*, 2000; MACHADO *et al.*, 2010).

O *American College of Sports Medicine*, a partir de estudos de ensaios clínicos controlados e randomizados, evidencia que os exercícios dinâmicos, que favorecem maior resistência cardiorespiratória, reduzem os valores da pressão arterial de indivíduos normotensos e hipertensos e, portanto, são recomendados como a modalidade primária para aqueles com hipertensão. Os exercícios de força e resistência muscular são reportados como complemento a um programa de exercício, uma vez que são importantes para o desempenho nas atividades da vida diária. Destaca-se que a preferência individual é um fator importante para maximizar a adesão a longo prazo. (WALLACE, 2003; ACSM, 2004).

Em contrapartida, autores enfatizam que os exercícios isométricos aumentam, significativamente, a pressão arterial, e em indivíduos com alterações cardiovasculares este aumento da demanda ventricular pode ser mal tolerado, pelo que sua prática deve ser restrita e realizada sob controle (PÉREZ *et al.*, 2000).

Nesse contexto, entidades científicas ainda não mostram consensos quanto à recomendação isolada do treinamento de força para hipertensos, mas aventam a possibilidade do treinamento de força ser aplicado em associação com o aeróbio. Essa metodologia, inclusive, é a mais adotada em centros de condicionamento físico, porém a quantidade de experimentos ainda é reduzida. Sob essa ótica, cabe investir em pesquisas que investiguem a aplicação simultânea do treinamento aeróbio e de força em sujeitos hipertensos (SIMAO; SALLES; POLITO, 2009).

Alguns dos achados evidenciados na literatura contrapõem-se às recomendações da Organização Mundial da Saúde, do *Centers for Disease Control*, da *American College of Sports Medicine* e, em âmbito nacional, das V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial remetendo 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; FERREIRA; NAJAR, 2005; ACSM, 2004; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO (SBH), 2006).

A partir da análise de conceito, foram identificados os fatores relacionados (antecedentes) e as características definidoras (consequentes) do EVS, bem como suas definições conceituais e referências empíricas. Foram considerados 12 fatores que favorecem e que antecedem ao sedentarismo: “conhecimento deficiente sobre os benefícios que a atividade física traz à saúde e/ou sobre as consequências do sedentarismo”; “falta de motivação”; “falta de interesse”; “falta de recursos (tempo, dinheiro, lugar, segurança, equipamento)”; “falta de treino para fazer exercício físico”; “atitudes, crenças e hábitos de saúde que dificultam a prática de exercício físico”; “falta de apoio social”; “baixa autoeficácia para o exercício físico”; “mobilidade prejudicada”; “intolerância à atividade”; “dor”; “reações emocionais”. Desses antecedentes, somente os cinco primeiros são fatores relacionados do diagnóstico de enfermagem EVS presente na NANDA-I (NANDA-I, 2010).

O déficit de conhecimento sobre como se exercitar, as finalidades de cada exercício e as 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 e a morbimortalidade consequentes a ele aumentem (DOMINGUES; ARAUJO; GIGANTE, 2004; GUEDES *et al.*, 2010).

Para Stewart (2004), a falta ou déficit de conhecimento dos indivíduos com hipertensão e diabetes tem como fator importante a ausência de diretrizes específicas que guiem os profissionais de saúde. Esses profissionais precisam educar os indivíduos quanto aos benefícios do exercício para gestão dessas doenças e formular recomendações específicas para aumentar a prática de atividade física que sejam seguidas em longo prazo. Para tanto, o autor enfatiza que deve ser oferecido ao paciente, em vez de um conselho generalizado, sobre como “você deve se exercitar com mais frequência”, orientações individualizadas, considerando o ambiente e as condições do indivíduo.

Por outro lado, o fato de possuir o conhecimento não implica, necessariamente, na prática de exercício físico, porém sem o conhecimento e a percepção corretos acerca do tema, é improvável que atitudes sejam tomadas, no sentido de alterar um padrão comportamental (GUEDES *et al.*, 2010).

Programas educacionais que forneçam informações quanto aos benefícios funcionais e para a saúde, associados à atividade física, quanto aos riscos do sedentarismo, bem assim quanto às estratégias para mudanças comportamentais, promovem o aumento na adesão da prática de exercícios físicos realizados regularmente (WONG; WONG, 2005). Segundo Drevenhorn *et al.* (2007), o aumento do conhecimento teórico e prático do paciente promove mudanças de atitude em relação à prática de exercício físico.

Há evidências de que abordagens do enfermeiro centradas no paciente, de forma a torná-lo um membro ativo, levam a um aumento do conhecimento e da satisfação, com conseqüente aumento da adesão e melhora dos resultados de saúde (DREVENHORN *et al.*, 2007). Promove, também, capacitação e competência para gerenciamento dos problemas de saúde (DREVENHORN; KJELLGREN; BENGTON, 2007). Acrescenta-se que instruções sobre os exercícios individualizadas, compreensíveis e planejadas segundo necessidades, metas, capacidades iniciais e história clínica do paciente, são consideradas benéficas (NATIONAL HIGH BLOOD PRESSURE EDUCATION, 1994; COTTA *et al.*, 2009).

Estimular a população a desenvolver um estilo de vida mais ativo representa, pois, um valioso instrumento, visando 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 ao fator relacionado “atitudes, crenças e hábitos de saúde que dificultam a prática de exercício físico”, os autores defendem que as atitudes e crenças do indivíduo relacionadas ao estilo de vida exercem um papel crítico no controle da pressão arterial (WONG; WONG, 2005); que as crenças, atitudes e hábitos influenciam diretamente na adoção de hábitos saudáveis (COTTA *et al.*, 2009); que a crença do indivíduo impacta na decisão de praticar um exercício físico (MARTIN *et al.*, 2007); que o entendimento da percepção, da atitude e da crença são meios essenciais para compreender comportamentos e para orientar mudanças de comportamento (AUBERT *et al.*, 1998).

A crença do indivíduo de que a terapia farmacológica é a única ou a mais eficaz opção de tratamento da hipertensão, pode influenciar na escolha da prática de exercício físico para auxílio no tratamento. Por outro lado, os indivíduos que percebem a saúde como boa ou excelente, demonstram maiores níveis de autoeficácia para o exercício, caracterizado por atitudes e hábitos para a prática deste hábito (MARTIN *et al.*, 2007).

Conforme afirmam Aubert *et al.* (1998) a compreensão e avaliação adequadas dos fatores relacionados às atitudes, às percepções, às crenças, ao conhecimento e às expectativas de resultados, são particularmente úteis para orientar mudanças de comportamento, em especial na área de doenças crônicas, como hipertensão arterial, para os quais a prevenção e o controle necessitam de aprovação ao longo da vida consubstanciada em estilo de vida saudável.

Quanto aos fatores relacionados “falta de motivação” e “falta de interesse”, estudos esclarecem a relação com o sedentarismo. Para Miller e Taylor (2003), tomar decisão em saúde é um processo no qual o indivíduo atravessa uma série de estágios em que as interações com pessoas ou eventos criam um ambiente motivacional favorável à tomada de decisão para a sua saúde.

Chummun (2009) e Guedes *et al.* (2010) ao analisarem os determinantes da adesão dos pacientes, da manutenção e da desistência de um programa de prevenção e/ou reabilitação cardiovascular, consideraram “falta de motivação” e “falta de interesse” para o exercício físico aspectos relevantes para a desistência do programa. Em consonância, Martin *et al.* (2008) ressaltam o papel da motivação e do interesse para

a prática de exercícios e acrescentam que a vontade, o prazer e a satisfação estão correlacionados à prática deste hábito.

Outrossim, um estilo de vida ativo favorece alterações emocionais benéficas ao estado de saúde, exerce uma ação positiva sobre a psique dos indivíduos, proporcionando-lhes uma nova postura com relação à sua autoimagem, autopercepção e autoestima, 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 (GUEDES, 2008).

Conforme Lee, Arthur e Avis (2007), o acompanhamento regular realizado por um enfermeiro que mantenha um relacionamento profissional-paciente alicerçado em confiança, é fundamental na promoção da motivação para o início de uma prática de exercícios físicos e para a prevenção de recaídas. Ademais, o enfermeiro deve promover o conhecimento a respeito dos benefícios e usar estratégias comportamentais que motivem o indivíduo a implementar mudanças no estilo de vida (WONG; WONG, 2005). Destaca-se que a construção da motivação, necessária às mudanças de comportamento, não é um processo fácil e pode requerer longos períodos para a sua concretização (DREVENHORN; KJELLGREN; BENGTON, 2007).

Quanto ao fator relacionado “falta de apoio social”, o Instituto Nacional de Saúde dos Estados Unidos defende que envolver o cônjuge e outros membros da família no processo de ensino-aprendizagem forneça suporte às mudanças comportamentais (NATIONAL HIGH BLOOD PRESSURE EDUCATION, 1994). Em consonância Dela Cruz e Galang (2008) ratificam que os familiares auxiliam na gestão da hipertensão e que incluir a família nos programas de intervenção em saúde tem um papel fundamental na redução dos fatores de risco para a morbidade cardiovascular.

Nesse contexto, desenvolver relações de apoio social, relacionadas à família e aos amigos, é um importante componente das intervenções para o início e manutenção da prática de exercício físico (ESC, 2007; MARTIN *et al.*, 2007, 2008).

Além da influência social, a ambiental caracteriza-se como um fator determinante ao sedentarismo. Na abordagem da influência ambiental na adesão ao exercício físico, Ferreira e Najjar (2005) apresentam 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.

A baixa adesão aos programas de exercício físico constitui um grande problema de saúde pública, sabendo-se, inclusive, que não são poucos os fatores

peçoais e ambientais implicados nessa questão (OLIVEIRA FILHO; SALLES; SALVETTI, 2005).

Em um estudo sobre as crenças, percepção e atitude de americanas com hipertensão arterial evidenciou-se a falta de exercício, atribuída à falta de tempo, como uma das causas da hipertensão, sendo as responsabilidades domésticas, familiares e ocupacionais as principais razões elencadas para a carência de tempo (DELA CRUZ; GALANG, 2008).

Em similaridade, Barnett-Damewood e Carlson-Catalano (2000) ao proporem o diagnóstico de enfermagem EVS, afirmam que a falta de tempo tem sido a razão mais prevalente para o sedentarismo, bem como para a desistência de programas de exercícios. Guedes *et al.* (2010) acrescentam que a falta de tempo pode ser relacionada à ausência de informações que orientem, estimulem e auxiliem no planejamento da prática de exercício físico.

Acredita-se que a oferta de estrutura para a prática de exercícios, envolvendo lugar, segurança e equipamentos, 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 segurança e os equipamentos oportunizam a prática, enquanto a proximidade do local do exercício diminui o tempo de deslocamento da pessoa (FERREIRA; NAJAR, 2005). Lee, Arthur e Avis (2007) aduzem que a falta de segurança limita as pessoas no tipo e nível de exercícios físicos, além de deixá-las menos confiante na realização dessa prática.

Daley *et al.* (2009) remetem ao suporte de familiares e amigos, ao tempo, à segurança e aos equipamentos, como focos de atuação do enfermeiro nas estratégias para adesão ao exercício. Consoante afirmam Ainsworth *et al.* (1991), a associação entre desemprego e comportamentos sedentários é coerente com a noção do trabalho, como fonte de demandas físicas ou como fonte de recursos financeiros, para o engajamento em atividades físicas.

Entre as evidências da literatura analisadas, a baixa autoeficácia exerce efeitos negativos à prática de exercício físico. A autoeficácia, dentro do aspecto cognitivo-social, é colocada como um mecanismo cognitivo que mede a motivação das pessoas nos padrões de pensamento e na conduta. As crenças sobre autoeficácia, definidas como julgamento das pessoas sobre sua capacidade para executar níveis determinados, são o produto de um processo complexo de autopersuasão, que depende

do processamento cognitivo de diversas fontes de informação de eficácia. Ela consiste no grau de convicção que uma pessoa tem de que pode executar com sucesso determinado tipo de comportamento necessário à produção de determinado resultado (BANDURA, 1986; DALEY *et al.*, 2009).

Com relação às fontes de informação, podem ser citados os ganhos de execução que provêm da informação sobre a eficácia, por meio das experiências próprias de habilidade, e que, portanto, proporcionam a fonte de informação mais confiável. De tal modo, essas experiências podem afetar os julgamentos de autoeficácia por meio do processamento cognitivo da informação, ou seja, se o indivíduo percebe a prática de exercício físico com êxito, ele aumentará as perspectivas de eficácia, mas, se ele perceber essas experiências como fracasso, as expectativas diminuirão (BANDURA, 1986; DALEY *et al.*, 2009).

A valorização das próprias capacidades para executar um exercício também é um componente importante (DALEY *et al.*, 2009), o que equivale ser dito que o indivíduo se motiva a partir de sua força, do quanto ele é capaz de fazer determinado exercício e alcançar seu objetivo. As experiências vicárias, isto é, a partir de condutas realizadas por outrem e as consequências que delas advêm, são outras fontes de informação, tornando compreensível que eficácia também pode ser obtida por meio de um processo de comparação social. Ademais, os estados psicológicos podem proporcionar informação de eficácia por meio da apreciação cognitiva, tal como associar a ativação psicológica do indivíduo com o medo e a incerteza, ou com o fato de estar psicologicamente preparado para a execução (BANDURA, 1986).

Assim, os julgamentos de eficácia que podem estar baseados nessas fontes principais de execução determinam os níveis de motivação das pessoas, como reflexo dos desafios que enfrentam, do esforço que desempenham na atividade e da perseverança perante dificuldades.

Outro fator determinante ao sedentarismo, encontrado na literatura analisada, foi “falta de treino para fazer o exercício físico”. Apesar da restrição de estudos no fornecimento de aspectos mais teóricos capazes de subsidiar a definição conceitual e a referência empírica, alguns autores relatam relações consistentes entre o treinamento e a prática de atividade física.

Sabe-se que aos benefícios diretos relacionados à pressão arterial, propiciados por programa de treinamento regular, alia-se um melhor condicionamento

físico pela criação de facilidades aos indivíduos para manutenção de uma rotina diária de exercícios físicos, que possa torná-los mais ativos.

Essa relação foi evidenciada no estudo de Guedes *et al.* (2010), uma vez que as características definidoras “escolhe rotina diária sem exercício físico” e “demonstra falta de condicionamento físico” e o fator relacionado “falta de treino para fazer exercícios” aumentaram a probabilidade dos portadores de hipertensão arterial virem a desenvolver o EVS.

Wong e Wong (2005) sugerem que intervenções projetadas para aumentar a participação em exercícios físicos devem expor os participantes a uma variedade de atividades, com desempenho cuidadosamente graduado. O exercício deve ser interessante e desafiador, mas não deve ir além da habilidade de cada indivíduo. Evidências sugerem que programas de treinamento de exercício físico, indo de moderado a intenso, que sejam simples e convenientes de exercer, relativamente baratos e que tenham um componente social, tendem a ser particularmente relevantes e atrativos.

Na tese ora apresentada, foram sugeridos como fator relacionados do sedentarismo “mobilidade prejudicada”, “intolerância à atividade” e “dor”. Esses três fator relacionados são similares a diagnósticos de enfermagem configurados na taxonomia II da NANDA-I (2010). É oportuno salvaguardar que estilo de vida sedentário é fator relacionado dos diagnósticos de enfermagem “Mobilidade física prejudicada” e “Intolerância à atividade”. Logo, entende-se que há uma relação de duplicidade entre o sedentarsimo e a mobilidade prejudicada, bem como entre o sedentarismo e a intolerância à atividade. Tal, pode ser entendida como uma relação de causa e efeito.

Inegavelmente, a mobilidade ou a capacidade de deslocamento do indivíduo, é um componente da função física extremamente importante e constitui pré-requisito para a execução das atividades de vida diária, para a manutenção da independência, bem assim para a prática de exercícios físicos (MOREIRA, 2008). Nesse sentido, a mobilidade prejudicada pode gerar incapacidades ou dificuldades para o indivíduo com hipertensão arterial, dificultando a execução de exercícios físicos.

Entre as possíveis causas de mobilidade prejudicada, destacam-se: redução da capacidade aeróbia máxima e da força muscular; diminuição da tolerância ao esforço físico; dores; perdas do domínio cognitivo; alterações nas funções neuromusculares;

enfraquecimento muscular; doenças crônico-degenerativas (BACHION; ARAÚJO; SANTANA, 2002).

Assim como a mobilidade prejudicada, o indivíduo que apresentar intolerância à atividade a qual, entre outros achados, pode ser caracterizada por dispnéia, desconforto, fraqueza e/ou resposta anormal da frequência cardíaca aos esforços, terá dificuldades em realizar exercícios físicos.

Sabe-se que qualquer pessoa, sem nenhuma doença associada, ao executar qualquer tipo de atividade apresenta, no momento da realização da atividade leve, moderada ou intensa, aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial, com redução posterior (LOPES; BARRETO FILHO; RICCIO, 2003).

Por outro lado, se a pessoa for portadora de alguma alteração cardiovascular, respostas anormais e mais severas da frequência cardíaca e da pressão arterial serão evidenciadas ao praticar exercícios físicos. Desse modo, a hipertensão arterial, em especial as complicações advindas dessa doença, podem favorecer a presença de alguns sinais e sintomas sugestivos de intolerância à atividade e dificultar ou impossibilitar a realização das atividades diárias, bem como de exercícios físicos.

Além dos sinais e sintomas de intolerância à atividade, a dor, seja ela aguda ou crônica, poderá trazer prejuízos para a prática de exercício físico. De modo geral, as síndromes musculoesqueléticas são as causas mais frequentes de desconforto e/ou de dor (TEIXEIRA *et al.*, 1995; PEREIRA, 1997), interferindo diretamente na execução de exercícios físicos.

Outrossim, as manifestações emocionais também são potencialmente negativas para a prática de exercício físico, impedindo ou dificultando a realização desse comportamento. Evidências importantes de sentimentos, tais como medo de cair, mau-humor, sentimentos de tédio, vergonha, desânimo e depressão são discutidas em alguns estudos.

Para Masson *et al.* (2005), a atividade física age sobre a psique dos praticantes, diminuindo o isolamento, a depressão, e favorecendo a socialização e a formação de novos grupos, além de melhorar a autoimagem.

No tocante à depressão, Bonnet *et al.* (2005) encontraram associação estatística entre sintomas de depressão e inatividade física em indivíduos hipertensos. Para esses autores, esta relação sugere uma influência potencial do humor sobre a propensão para o exercício, tendo como causa a falta de informações sobre o papel da

atividade física na prevenção cardiovascular e/ou a falta de motivação específica para o exercício, principalmente na prevenção primária.

Ressalta-se que exercícios variados, programados em sintonia com a habilidade de cada indivíduo, simples, com baixos custos e com componente social, tendem a um maior impacto motivacional e psicológico (WONG; WONG, 2005).

Diante do exposto, são muitos os fatores que podem influenciar o sedentarismo. Logo, o enfermeiro deve estar atento para intervir frente à necessidade, com o escopo de promover uma prática regular e consistente de exercício físico que esteja em acordo com as recomendações.

Além dos fatores que podem culminar no sedentarismo, a análise de conceito também proporcionou evidências que o caracterizam, a exemplo de: “excesso de peso”; “baixo desempenho nas atividades da vida diária”; “escolhe uma rotina sem exercício físico”; “não realiza atividades físicas no tempo de lazer”; “demonstra falta de condicionamento físico” representado por “resistência cardiorrespiratória diminuída”, “força muscular diminuída” e “flexibilidade das articulações diminuída”; “verbaliza preferência por atividades com pouco exercício físico”; “relato de desordens de saúde”.

Quanto ao “excesso de peso”, estudos afirmam que está ligado, direta ou indiretamente, à morbimortalidade cardiovascular, em especial quando IMC é maior que 30 kg/m² (MacKNIGHT, 2003). Um dos fatores contribuintes para a atual pandemia da obesidade é o crescente sedentarismo da população (ALFONSO *et al.*, 2008; DELA CRUZ; GALAND, 2008; MUSHTAQ; KHAN, 2010).

Essa relação pode ser fisiologicamente entendida, a partir da compreensão de que o tecido adiposo não é mais considerado um órgão endócrino que se comunica com o cérebro e tecidos periféricos pela secreção de hormônios que alteram o metabolismo e regulam a ingestão de alimentos. Nesse sentido, a leptina é uma proteína derivada do tecido adiposo que age no sistema nervoso central em humanos, cujas ações relacionadas à menor ingestão alimentar e estimulação do metabolismo energético, além de afetar o eixo hipotálamo-hipofisário, regula os mecanismos neuroendócrinos. Desse modo, a concentração sérica dessa citocina correlaciona-se intimamente com a quantidade de tecido adiposo do indivíduo, sendo o exercício físico agente direto na redução da concentração plasmática de leptina (LAZAR, 2005; LAMBERTUCCI; PUGGINA; PITHON-CURI, 2006).

MacKnight (2003) na produção de uma revisão integrativa sobre as considerações do exercício na hipertensão, na obesidade e na dislipidemia, afirma que,

apesar dos estudos sugerirem uma relação inversa entre o nível de atividade física e os índices de obesidade, o grau em que a falta de atividade física regular promove a obesidade é tão obscuro, quanto a correlação exata entre essas variáveis. Essa dificuldade é inerente ao fato de que outras variáveis, tais como hábitos alimentares inadequados, podem exercer efeitos independentes sobre a saúde, os quais são difíceis de discernir isoladamente da obesidade.

Desse modo, 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 o indivíduo quanto à importância de hábitos alimentares saudáveis, no intuito de reduzir o peso corporal, principalmente no caso das pessoas com sobrepeso e obesidade.

Sabe-se que o exercício é um dos mais potentes estímulos fisiológicos da lipólise, proporcionando taxas maiores de metabolismo de gordura quando comparados à doença crônica ou fome. A par disso, com a adaptação ao exercício de resistência aeróbica, o músculo desenvolve uma maior atividade da enzima oxidativa e favorece o consumo de energia por meio da utilização dos ácidos graxos, ao invés dos estoques de glicogênio. Além disso, há um aumento da lipase hepática (MacKNIGHT, 2003).

Dessa forma, o incentivo à prática de exercício físico proporcionará benefícios em relação às mudanças na composição corporal e distribuição da gordura e, conseqüentemente, na redução da pressão arterial, além de exercer papel importante sobre as conseqüências cardiovasculares advindas da hipertensão (STEWART, 2004).

A relação entre os aspectos que envolvem a falta de condicionamento físico e o sedentarismo foi demonstrada por alguns estudiosos. Andrade *et al.* (2005) mostraram diferenças nas capacidades físicas para o esporte entre os indivíduos sedentários e ativos. Enquanto pessoas ativas relataram capacidade moderada (25%), boa capacidade (60%) e excelente capacidade (15%), os sedentários relataram capacidades que variaram de muito ruim (7%), fraca (33%) e moderada capacidade (60%).

Ainda na mesma esfera, os autores verificaram diferenças quanto à aptidão física e à capacidade motora relatadas pelos grupos. O grupo ativo indicou força muscular, resistência e flexibilidade para os esportes, mostrando capacidade motora excelente. Por outro lado, o grupo sedentário apontou o contrário. Seus integrantes confirmaram não ter a força necessária, tão pouco a resistência e flexibilidade musculares desejados (ANDRADE *et al.*, 2005; GUEDES *et al.*, 2010).

Em consonância, em uma abordagem ampliada, Wallace (2003) considera como componentes do condicionamento físico a resistência cardiorespiratória, a força muscular e a flexibilidade das articulações.

Conforme descrito nos resultados da análise de conceito, as características definidoras “escolhe uma rotina diária sem exercício físico”, “não realiza atividades físicas no tempo de lazer” e “verbaliza preferência por atividades com pouco exercício físico” guardam uma relação no sentido de que se o indivíduo com hipertensão preferir atividades com pouco exercício físico, provavelmente terá um rotina diária sem exercício, bem como não utilizará o tempo de lazer para praticar exercícios físicos.

Achados sugerem que atividades físicas recreacionais, em especial as caminhadas, realizadas pelo menos uma vez por semana, oferecem benefícios à saúde, primariamente, pela redução do risco funcional e da mortalidade (BARNETT-DAMEWOOD; CARLSON-CATALANO, 2000).

Em contrapartida, 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, 2008) que, por sua vez, está fundamentada na difundida associação entre atividade física e indicadores de morbimortalidade (BRASIL, 2003; WHO, 2008).

A falta de uma atividade física regular pode contribuir para o início precoce e progressão das doenças cardiovasculares, tais como a hipertensão arterial (ESC, 2007). Em contrapartida, evidências mostram que uma rotina regular de exercício físico diminui a pressão arterial, reduz a mortalidade cardiovascular em uma razão de 30% (GUEDES *et al.*, 2010), aumenta o condicionamento físico, promove redução de peso e melhora a qualidade de vida (WONG; WONG, 2005; SLACK, 2006; MARTIN *et al.*, 2009).

De fato, 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. Em destaque, foram os benefícios gerais para a saúde, bem como os benefícios fisiológicos, psicossociais, cognitivos e comportamentais. Por conseguinte, ratifica-se a importância do exercício físico como coadjuvante no tratamento da hipertensão arterial e na prevenção de complicações cardiovasculares (GUEDES; LOPES, 2010).

Em uma abordagem complexa, o sedentarismo em longo prazo e associado às outras incapacidades, pode promover dificuldade para executar as atividades de vida diária (AVD) e, em especial, às atividades instrumentais de vida diária (AIVD). Assim, o “baixo desempenho nas atividades de vida diária”, incluindo aqui não só as atividades básicas, mas também as instrumentais pode exercer papel significativo na vida, em especial, dos idosos com hipertensão.

As AVD relacionam-se ao autocuidado, cujas características específicas são as ações requeridas para manter o desempenho das atividades cotidianas em um dia normal, incluindo as tarefas básicas, como comer, vestir, tomar banho. As AIVD também são atividades executadas em um dia normal, como fazer compras, lavar roupa, ir ao banco, preparar comidas e outras relacionadas ao trabalho (MARTINEZ *et al.*, 1996; GUIRAO-GORIS; PINA; CAMPO, 2000).

Guirao-Goris, Pina e Campo (2000) põem ênfase nas suas considerações quanto às AVD e AIVD na determinação do nível de atividade física. Os autores definiram a “realização exclusiva de atividades operacionais da vida diária”, como característica definidora da proposta diagnóstica “sedentarismo”. Achados similares foram encontrados por Guirao-Goris e Duarte-Climents (2007) ao definirem “apenas realiza atividades de vida diária”, como uma das características definidoras do diagnóstico de enfermagem EVS.

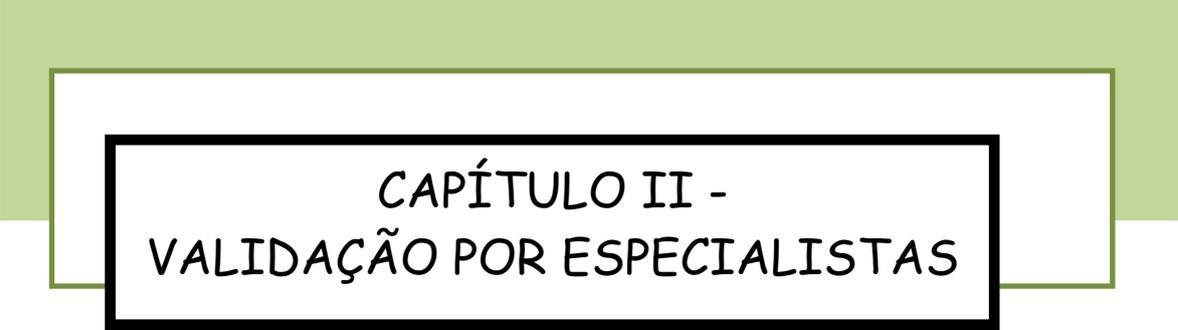
Pertinente à característica definidora “relato de desordens de saúde”, achados são consistentes na discussão da relação entre o sedentarismo e a morbimortalidade, face ao conhecimento de que o sedentarismo constitui uma das causas preveníveis mais importantes da mortalidade (MARSHALL; BOOTH; BAUMAN, 2005; SMITH *et al.*, 2007; ESC, 2007; ALFONSO *et al.*, 2008). 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).

Constata-se que a maior prevalência de sobrepeso e obesidade entre sedentários, determinará o diabetes mellitus tipo 2 e suas conhecidas complicações (ALFONSO *et al.*, 2008). Estima-se que a falta de atividade física seja responsável por 16% dos casos de diabetes e 22% das doenças isquêmicas (FERREIRA; FERREIRA, 2009). Martinez e Latorre (2006), ao estudarem indicadores de risco para hipertensão e

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

Spinel e Püschel (2007) afirmam que a alta incidência de doenças cardiovasculares está, em parte, relacionada ao fato de ser encontrado 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.

Diante do exposto, acredita-se que o levantamento dos fatores relacionados subsidiará condutas preventivas com vistas a evitar o EVS, bem como o reconhecimento de sinais indicativos desse diagnóstico, proporcionará a identificação mais segura dessa resposta humana, favorecendo intervenções mais efetivas.



CAPÍTULO II -
VALIDAÇÃO POR ESPECIALISTAS

1 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

1.1 Validação por especialista

Após analisar o conceito e definir a lista dos componentes referentes ao diagnóstico, bem como suas definições conceituais e as referências empíricas, Hoskins (1989) propõe a segunda etapa para verificar a adequação dos componentes ao conceito do diagnóstico, segundo a opinião de especialistas. Também recomenda verificar a adequação quanto à pertinência das definições conceituais e as referências empíricas construídas para as características definidoras e para os fatores relacionados. Para Fehring (1987), esta etapa é denominada de Validação de Conteúdo Diagnóstico.

Para a execução dessa fase, Hoskins (1989) preconiza a utilização de alguns pontos do modelo de validação de conteúdo proposto por Fehring (1987), tais como os critérios de seleção de especialistas e a utilização do cálculo de média ponderal para determinar o grau em que seus componentes são indicativos do diagnóstico e quais permanecerão ou serão excluídos da lista. Ademais, novos indicadores com suas respectivas definições poderão ser propostos.

Segundo a NANDA-I (2010), esta etapa compõe a base para o aperfeiçoamento dos diagnósticos aprovados e o desenvolvimento de novos diagnósticos. Assim, a finalidade deste tipo de validação é revisar, refinar e averiguar a acurácia da nomenclatura que descreve um fenômeno. A validação por especialista auxilia na demonstração de que uma ferramenta está sendo usada de forma adequada a sua finalidade (YOUNG *et al.*, 2002).

Desse modo, a partir do processo de validação de conceitos ou definições é possível verificar se o termo ou constructo avaliado representa, realmente, aquilo que é observado na prática. Além disso, a validação diz respeito a medir aquilo que se propõe, apurando a exatidão e a precisão do que é validado (CHAVES; CARVALHO; ROSSI, 2008).

Nessa perspectiva, o julgamento por especialistas acerca da adequação dos fatores relacionados e das características definidoras, bem como da pertinência das definições desses indicadores, e, ainda, de suas referências empíricas, tornarão a

avaliação do diagnóstico de enfermagem EVS mais confiável, precisa, válida e decisiva para uma coerente tomada de decisão.

Com base nessa assertiva, a estimativa da validação por especialistas ou de conteúdo, torna-se importante, sobretudo na identificação de indicadores clínicos, na definição do conceito a ser medido, e na elaboração de ferramentas que possibilitem a mensuração desses conceitos (SANTOS, 2011).

Para tanto, conforme esclarece Hoskins (1989), os especialistas, além do profundo conhecimento da temática em estudo, devem conhecer e compreender, sobremaneira, a linguagem da Sistematização da Assistência de Enfermagem. Ademais, a experiência clínica, títulos na área temática do diagnóstico a ser validado e pesquisas publicadas na área em questão, são aspectos importantes que precisam ser considerados (GALDEANO; ROSSI, 2006).

As autoras afirmam, ainda, que a escolha inadequada dos critérios de seleção dos especialistas interferirá na fidedignidade e confiabilidade dos dados. Não obstante, um dos principais problemas encontrados em estudos de validação é a dificuldade em selecioná-los, devido à escassez da literatura referente à definição de especialista e à barreira relacionada à formação e ao aprimoramento do profissional enfermeiro, muitas vezes deficiente (GALDEANO; ROSSI, 2006; CHAVES; CARVALHO; ROSSI, 2008).

Fehring, ao identificar a seleção dos especialistas como um dos passos mais complexos desse modelo de validação, sugeriu um sistema de critérios e pontuação para a seleção, sendo um dos mais empregados na literatura (CARVALHO *et al.*, 2008). Tal sistema inclui sete itens, com suas respectivas pontuações, perfazendo um total de 14 pontos, sendo necessário para ser considerado especialista, no mínimo, cinco pontos, conforme critérios e pontuação apresentados no Quadro 25.

Quadro 25- Sistema de pontuação de especialistas acerca do modelo de validação por especialistas de Fehring (FEHRING, 1994).

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

Apesar desse sistema, a dificuldade de identificar enfermeiros especialistas no diagnóstico que se pretende validar é uma realidade. Isso se deve, principalmente, ao fato de no Brasil o número de enfermeiros especialistas em uma determinada área ser reduzido e também pelo pequeno número de enfermeiros que utilizam diagnóstico de enfermagem na prática clínica (CHAVES; CARVALHO; ROSSI, 2008; CARVALHO *et al.*, 2008).

Assim, Galdeano (2007) considera importante que, para a validação de conteúdo, sejam incluídos não apenas enfermeiros especialistas em diagnóstico de enfermagem, mas também outros profissionais com profundo conhecimento no assunto em questão. Quanto ao número de especialistas, Hoskins não fez nenhuma menção, enquanto Fehring (1986) recomenda a seleção de uma amostra de 25 a 50 especialistas.

Para a análise dos dados dessa etapa, Hoskins (1989) recomenda a utilização do Modelo de Fehring (1987) que consiste na atribuição de notas de 1 a 5 (1 = não é indicativo; 2 = muito pouco indicativo; 3 = de algum modo indicativo; 4 = consideravelmente indicativo; 5 = muito indicativo do diagnóstico) para cada componente do diagnóstico. A fim de que seja calculada a média ponderada das notas, são atribuídos (pesos) pré-definidos (1=0; 2=0,25; 3=0,5; 4=0,75; 5=1).

Diante do exposto, acredita-se que o processo de validação por especialistas dos componentes dos diagnósticos de enfermagem, bem como das definições conceituais e das referências empíricas propostas, possibilitará a identificação mais confiável e precisa dos indicadores clínicos, além de implementação de intervenções de enfermagem mais seguras e eficazes.

Por fim, esta etapa busca aprimorar e validar elementos do diagnóstico de enfermagem EVS no contexto do cuidado de indivíduos com hipertensão arterial, com o propósito de favorecer a generalização de sua linguagem e alcançar capacidade de predição.

2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS DA VALIDAÇÃO POR ESPECIALISTA

- Verificar com especialistas a adequação dos componentes (definição, características definidoras e dos fatores relacionados) do diagnóstico de enfermagem Estilo de vida sedentário em indivíduos com hipertensão arterial.
- Verificar com especialistas a pertinência das definições conceituais e das referências empíricas das características definidoras e dos fatores relacionados do diagnóstico de enfermagem Estilo de vida sedentário em indivíduos com hipertensão arterial.

3 MATERIAIS E MÉTODOS DA VALIDAÇÃO POR ESPECIALISTA

3.1 Natureza do estudo

Etapa do estudo classificada como metodológica. Para Polit, Beck e Hungler (2004), estudos desse tipo são adequados à verificação de métodos de obtenção, organização e análise de dados, com vistas a elaborar, validar e avaliar instrumentos e técnicas para a pesquisa ou para a prática clínica.

Esta etapa tem por finalidade verificar a adequação das características definidoras e dos fatores relacionados, bem como a pertinência das definições conceituais e referências empíricas quanto à representatividade do diagnóstico de enfermagem EVS em indivíduos com hipertensão arterial. Assim, compreende-se que a validação por especialistas que visa estabelecer quais componentes propostos na análise de conceito representam o diagnóstico em questão e quais deverão ser excluídos.

Conforme afirma Lacerda (2002), a especialização é geralmente considerada uma característica do indivíduo que alcançou excelente desempenho de sua disciplina e inclui as qualidades de tomada de decisões, intuição, conhecimento, habilidades e especialização clínica. No caso da linguagem da Sistematização da Assistência de Enfermagem, o desenvolvimento consciente e constante do julgamento clínico tornará o profissional especialista em sua área de atuação.

Portanto, para a execução desta etapa, foram obtidas opiniões de enfermeiros especialistas na temática de terminologias de enfermagem e/ou hipertensão arterial e/ou sedentarismo quanto ao julgamento dos itens construídos na análise de conceito. Esta etapa ocorreu de fevereiro a julho de 2011.

3.2 Seleção dos especialistas

Segundo Fehring (1994), o enfermeiro considerado especialista em diagnóstico de enfermagem deve preencher alguns requisitos, apresentados anteriormente. Nesta pesquisa, foram utilizados os critérios propostos por Fehring (1994) com adaptações segundo a temática da pesquisa, conforme apresentado no Quadro 26.

Obeve-se, como requisito obrigatório, ter o título de graduado em enfermagem, devendo também ter o de mestre obtido em programa de Pós-graduação stricto sensu na área da saúde. Além disso, mais sete itens foram avaliados com suas respectivas pontuações, perfazendo um total de 14 pontos, havendo a necessidade, no mínimo, de cinco pontos. Por conseguinte, a seleção seguiu critérios específicos que revelem domínio na área e da natureza do estudo.

Quadro 26 - Adaptação do sistema de pontuação de especialistas do modelo de validação de conteúdo da Fehring (1994).

Critérios adaptados	Pontos adaptados
Título de graduado em Enfermagem	Critério obrigatório Sem pontuação
Título de Mestre obtido em programa de Pós-graduação da área da Saúde	Critério obrigatório Sem pontuação
Doutorado em programa de Pós-graduação da área da Saúde, com tese sobre diagnósticos de enfermagem e/ou sedentarismo e/ou hipertensão arterial	3
Dissertação sobre sedentarismo e/ou diagnóstico de enfermagem e/ou hipertensão arterial	2
Prática clínica na área de enfermagem, em unidades de cuidados aos portadores de hipertensão arterial.	3
Artigo publicado na área de diagnósticos de enfermagem e/ou sedentarismo e/ou hipertensão arterial	2
Certificado (especialização) na área de diagnósticos de enfermagem e/ou sedentarismo e/ou hipertensão arterial	2
Pesquisa na área de diagnósticos de enfermagem e/ou sedentarismo e/ou hipertensão arterial	1
Participação de, no mínimo, um ano, em grupos/projetos de pesquisa que envolvam terminologias de enfermagem	1
Total de pontos	14

Para o levantamento dos enfermeiros especialistas foram estabelecidas três estratégias: a) a utilização do recurso de busca dos currículos da Plataforma Lattes do portal CNPq, utilizando como palavras-chave os termos diagnóstico de enfermagem, hipertensão e sedentarismo; b) pessoas do universo relacional da pesquisadora e seu orientador; c) por amostragem tipo “bola de neve”, mediante seleção feita por indicação de especialistas, anteriormente selecionados (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). Esse levantamento ocorreu em fevereiro de 2011.

No intuito, de quantificar com maior confiabilidade e segurança o tamanho amostral, o número de especialistas para esta fase foi determinado com base em uma proporção mínima de 80% de concordância com a pertinência de cada componente avaliado. Admitiu-se uma diferença de 15% nesta concordância, incluindo um intervalo

de 70 a 100% na referida concordância. Assim, para definição do tamanho amostral adotou-se uma fórmula que considera a proporção final de sujeitos em relação a uma determinada variável dicotômica e a diferença máxima aceitável dessa proporção. Portanto, o tamanho amostral foi definido por $n = Z_{\alpha}^2 \cdot P \cdot (1-P) / d^2$, onde Z_{α} refere-se ao nível de confiança (tendo sido adotado um nível de confiança de 95%), P é a proporção de especialistas que concordam com a pertinência do componente do diagnóstico de enfermagem e d é a diferença de proporção considerada aceitável. Assim, o número final de especialista foi determinado pelo cálculo a seguir:

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 \cdot P \cdot (1-P)}{d^2} = \frac{1,96^2 \cdot 0,80 \cdot 0,20}{0,15^2} = \frac{3,8416 \cdot 0,16}{0,0225} = 27,3$$

Com isso, o cálculo redundou em 28 especialistas a serem incluídos nesta etapa.

Os critérios que foram estabelecidos para a seleção da amostra de especialistas foram: a) ser enfermeiro e ter uma titulação mínima de mestre em Programa de Pós-graduação da área da Saúde; b) obter a partir dos critérios estabelecidos no Quadro 26 a pontuação mínima de cinco pontos. Após a aplicação dos critérios de inclusão o número final de especialistas para o qual foi enviado o convite foi de 146. Selecionou-se um número de especialistas maior do que o determinado pelo cálculo amostral, em virtude da possibilidade de não efetivar o contato, da recusa em participar e de possíveis reduções no retorno do instrumento preenchido.

3.3 Instrumento de coleta de dados, período e operacionalização da coleta

Inicialmente, aos 146 especialistas que atenderem aos critérios de inclusão, foi enviado por e-mail uma carta convite (APÊNDICE F), solicitando a participação nesta etapa. Desses, 16 não aceitaram e 29 não responderam mesmo após três tentativas, totalizando 101 especialistas.

Assim, mediante aceite em participar, foram enviados o Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE, constando a identificação da pesquisadora; título, objetivo e etapas metodológicas da pesquisa; tempo estipulado para devolução do instrumento, bem como a certificação dos direitos do participante como sujeito da pesquisa e dos pressupostos legais a serem seguidos pela pesquisadora (APÊNDICE G).

Dos 101 especialistas, 97 optaram pela correspondência por via eletrônica e quatro por via postal.

Além disso, foram remetidos o resumo do projeto, com explicações e informações gerais, e dois questionários semi-estruturados: um relativo ao perfil dos especialistas e o outro que foi desenvolvido a partir dos dados obtidos na análise de conceito (APÊNDICE H, B).

O instrumento sobre o perfil dos especialistas foi construído com base no modelo desenvolvido por Oliveira (2011). Foram solicitados dados de identificação: idade, sexo, cidade onde trabalha, titulação, ocupação atual, tempo de formação profissional, experiência no ensino e na assistência com as terminologias de enfermagem, com a hipertensão arterial e com o EVS, área de atuação atual, tempo de atuação e participação em grupos/projetos de pesquisa que envolviam a temática Terminologias de Enfermagem.

O instrumento oriundo da análise de conceito contém:

- a) o título e a definição, segundo a NANDA-I (2010) e as sugestões de modificações formuladas na etapa de análise do conceito para que os especialistas julgassem quanto à adequação;
- b) listas das características definidoras e dos fatores relacionados que compõem a Taxonomia II da NANDA-I (2010) e aqueles encontrados na literatura, referentes ao diagnóstico de enfermagem EVS em indivíduos com hipertensão arterial, para que os especialistas de acordo com seu conhecimento e experiência assinalassem a melhor opção quanto à indicação em relação ao diagnóstico em questão.
- c) Espaço para acréscimo ou retirada de características definidoras e de fatores relacionados para o diagnóstico de enfermagem EVS, mencionando a(s) justificativa(s).
- d) Lista das definições conceituais e das referências empíricas dos fatores relacionados e das características definidoras propostos ao diagnóstico de enfermagem EVS em indivíduos com hipertensão arterial, para que os especialistas identificassem a pertinência.

Quanto ao tempo de devolução do material, os especialistas, inicialmente, tinham o prazo de 30 dias. No entanto, esse prazo, em alguns casos, chegou a ser prorrogado por mais 60 dias, no intuito de obter uma taxa mais significativa de retorno. Ademais, nesse período foram enviados dois comunicados quanto à devolução do material. Apesar disso, dos 101 especialistas que aceitaram participar do estudo, somente 48 concluíram a participação na validação por especialista. Destaca-se que esse

número obedece às recomendações de Fehring (1986) e ao cálculo amostral proposto no item 3.2.

Ressalta-se, ainda, que dos instrumentos devolvidos, 18 apresentaram itens que não tinham sido julgados. Logo, foram reenviados aos respectivos especialistas, a fim de que fossem revistos. Desses, 13 retornaram com sucesso e cinco não foram devolvidos à pesquisadora. Nesses casos, foram considerados somente os itens devidamente respondidos.

3.4 Organização e Análise dos dados

Para a verificação da adequação das características definidoras e dos fatores relacionados ao diagnóstico EVS em indivíduos com hipertensão arterial, foi elaborada uma escala de Likert, semelhante à proposta de Fehring (1987), com a seguinte classificação: **1** - Não é indicativo; **2** - Muito pouco indicativo; **3** - De algum modo indicativo; **4** - Consideravelmente indicativo; **5** - MUITÍSSIMO indicativo. De modo semelhante, para a avaliação da pertinência das definições conceituais e das referências empíricas, definiu-se a seguinte escala: **1** - Nada pertinente; **2** - Muito pouco pertinente; **3** - De algum modo pertinente; **4** - Consideravelmente pertinente; **5** - MUITÍSSIMO pertinente.

Os dados foram organizados em uma planilha do programa Microsoft Office Excel 2007 e analisados pelo pacote estatístico SPSS versão 16.0 (Statistical Package for the Social Sciences).

Para avaliar a adequação ou pertinência de cada fator relacionado, característica definidora, definição conceitual e referência empírica foi calculado o índice de validade do conteúdo diagnóstico (IVCD). Para tanto, foram obtidas médias aritméticas para cada um dos itens, por meio da razão entre o somatório dos pesos das notas de cada item e a quantidade de especialistas. Considerou-se para o cálculo os seguintes pesos: 1=0; 2=0,25; 3=0,5; 4=0,75; 5=1. Segundo Fehring (1987), os IVCD com média ponderada maior ou igual a 0,80 são classificados como principais, aqueles com médias ponderadas entre 0,80 e 0,50 secundários e os com média menor ou igual a 0,50 irrelevantes (FEHRING, 1987). Esse índice, por utilizar médias ponderadas, gera dados superestimados. Por isso, optou-se em utilizar um valor de ponto de corte para exclusão mais conservador (inferior a 0,70), em detrimento dos propostos por Fehring (inferior de 0,50).

Em seguida, foi verificada a adequação do ajustamento das proporções de especialistas que concordam com a adequação ou pertinência de cada item. Os itens foram agrupados de forma dicotômica, juntando as frequências referentes aos itens 1, 2 e 3, classificando o item como inadequado ou não pertinente; e 4 e 5, classificando o item como adequado ou pertinente. Para tanto, empregou-se o teste binomial para examinar se a proporção de especialistas que indicaram como adequado cada critério era não inferior a 80%. Para esta análise, o nível de significância (α) adotado foi de 5%, de modo que valores de p superiores a 0,05 indicavam que a proporção de especialistas que consideravam o item adequado era estatisticamente não inferior a 80%.

A adequação dos títulos das características definidoras e dos fatores relacionados foi analisada pelo total de especialistas e por estes mesmos especialistas divididos de acordo com a pontuação obtida a partir dos critérios de Fehring (1987). O ponto de corte estabelecido foi de 10 pontos. Assim, um grupo foi composto por 26 especialistas que apresentaram 5 a 10 pontos e o outro por 22 especialistas com 11 a 14 pontos. O intuito dessa divisão foi averiguar se o julgamento dos especialistas difere, se considerada a pontuação.

Para análise dos títulos das características definidoras e dos fatores relacionados considerou-se, inicialmente, como adequado àqueles que apresentaram proporção de concordância não inferior a 80% ($p > 0,05$) em, pelo menos, um dos grupos ou pela análise do total de especialistas. Nos casos dos resultados do teste binomial que não apontaram a adequação, considerou-se como adequados aqueles que apresentaram índice de validade de conteúdo diagnóstico (IVCD) igual ou superior a 0,7 em, pelo menos, um dos grupos. Caso contrário, a característica definidora e/ou o fator relacionado foram excluídos da lista final proposta para o diagnóstico de enfermagem EVS.

No tocante à análise da pertinência das definições conceituais e das referências empíricas utilizou-se a mesma logística de avaliação dos títulos das características definidoras e dos fatores relacionados. Ou seja: avaliou-se de início os resultados do teste binomial para a decisão quanto à pertinência e, quando necessário, os valores do IVCD. Por outro lado, diferentemente da análise dos títulos, considerou-se somente o julgamento dos 48 especialistas em conjunto.

Ressalta-se que a preferência inicial em utilizar o teste binomial está associada ao fato de que este teste proporciona maior segurança e consistência na análise dos dados, se comparado ao IVCD.

3.5 Aspectos éticos

Levando-se em consideração os aspectos éticos da pesquisa científica, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará - COMEPE, cumprindo as recomendações da Resolução 196/96 (BRASIL, 1996). Foi obtida anuência para a execução do projeto, sob número de protocolo 306/10 (ANEXO B).

A participação do especialista aconteceu mediante aceite, via assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE G). Também, segundo exigido, foi observado o preceito ético da beneficência, da não maleficência, da justiça, do direito ao anonimato do participante e da autonomia deste em recusar-se a participar da pesquisa ou dela se retirar sem prejuízo para si próprio.

4 RESULTADOS DA VALIDAÇÃO POR ESPECIALISTAS

Conforme referido, aceitaram participar desta etapa da pesquisa 101 especialistas. No entanto, somente 48 compuseram a amostra final, perfazendo uma taxa de retorno dos instrumentos de 47,52%.

A seguir, será apresentada, na Tabela 3, a caracterização dos especialistas que participaram deste estudo.

Tabela 3 – Dados referentes ao perfil dos especialistas (n=48). Fortaleza, 2011

Variáveis	N	%		
1. Sexo				
Feminino	45	93,8		
Masculino	3	6,2		
2. Região de trabalho				
Sudeste	23	47,9		
Nordeste	23	47,9		
Centro-Oeste	1	2,1		
Sul	1	2,1		
3. Titulação máxima				
Doutorado	28	58,3		
Mestrado	20	41,7		
4. Instituição de trabalho no último ano				
Instituição de ensino superior	20	41,7		
Instituição de ensino superior e Hospital	11	22,9		
Unidade Básica de Saúde	9	18,7		
Hospital	2	4,2		
Instituição de ensino superior e Unidade Básica de Saúde	2	4,2		
Outros	4	8,3		
5. Grupo de pesquisa sobre terminologias de enfermagem	34	70,8		
6. Estudos sobre terminologias de enfermagem	37	77,1		
7. Estudos sobre o diagnóstico de enfermagem Estilo de vida sedentário ou sobre exercícios físicos ou atividades físicas	15	31,2		
8. Estudos sobre hipertensão arterial	32	66,7		
9. Utilização de diagnóstico de enfermagem na prática clínica	31	64,6		
10. Utilização de diagnóstico de enfermagem no ensino	44	91,7		
11. Assistência de enfermagem a paciente com hipertensão arterial ou com o diagnóstico de enfermagem Estilo de vida sedentário	45	93,8		
	Valor p*	Média	DP	Mediana
12. Idade	0,005	33,97	10,38	30,00
13. Tempo de formação profissional	0,000	11,52	10,00	7,00
14. Pontuação dos especialistas segundo critérios adaptados de Fehring	0,031	10,23	2,32	11,00

* Teste de Kolmogorov-Smirnov

Infere-se da Tabela 3, que a maioria dos especialistas é do sexo feminino (93,8%) e procede da região Sudeste ou Nordeste (47,9%). Vale ressaltar que foram

captados especialistas de 10 estados diferentes: São Paulo (17), Ceará (16), Minas Gerais (4), Maranhão (3), Rio de Janeiro (2), Rio Grande do Norte (2), Paraíba (1), Piauí (1), Mato Grosso (1) e Paraná (1).

Pertinente à titulação máxima, a maioria é doutor (58,3%). Entre os 41,7% mestres, 33,4% cursam, atualmente, doutorado na área da saúde. Quanto ao local de trabalho no último ano, a maioria atuou, exclusivamente, em instituições de ensino (41,7%) ou associam essa atividade à assistência hospitalar (22,9%).

Em relação às atividades de pesquisa, 70,8% afirmaram participar de grupos de pesquisa sobre terminologias de enfermagem, 77,1% desenvolveram trabalhos acadêmicos relacionados às terminologias de enfermagem e 66,7% à hipertensão arterial. Destaca-se que entre as terminologias, a da NANDA-I foi citada por todos. Somente 31,2% desenvolvem estudos sobre o diagnóstico de enfermagem EVS.

No tocante à utilização de diagnósticos de enfermagem, a maioria dos especialistas tem experiência na prática clínica (64,6%) e no ensino (91,7%). Do total de especialistas 93,8% afirmaram que prestam assistência de enfermagem a pacientes com hipertensão arterial e/ou com o diagnóstico de enfermagem EVS.

As variáveis idade e tempo de formação profissional apresentaram distribuição assimétrica (valor $p < 0,05$), indicando que metade dos especialistas tinha até 30 anos e tempo de formação de sete anos, variando de três a 38 anos. Ainda com base na Tabela 3, a média de idade dos especialistas foi de 33,97, com desvio padrão de 10,38.

Em relação aos escores adaptados do modelo de Fehring (1994), obteve-se, também, uma distribuição assimétrica ($p = 0,031$), sinalizando que metade dos especialistas totalizou 11 pontos, com média de 10,23 pontos ($\pm 2,32$), com o mínimo de cinco pontos e o máximo de 14 pontos.

4.1 Avaliação do título e da definição do diagnóstico

Foram encaminhados, para avaliação dos especialistas, dois títulos e duas definições do diagnóstico de enfermagem EVS. Tais títulos e definições foram provenientes da Análise do Conceito e da Taxonomia II da NANDA-I (NANDA-I, 2010).

Tabela 4 – Avaliação pelos especialistas dos títulos diagnósticos e definições propostas ao diagnóstico de enfermagem Estilo de vida sedentário. Fortaleza, 2011

TÍTULO DIAGNÓSTICO	N	%
Estilo de vida sedentário (NANDA-I, 2010)	43	89,6
Sedentarismo (Análise do conceito)	5	10,4
CONCEITO DIAGNÓSTICO		
Refere-se a um hábito de vida que se caracteriza por um baixo nível de atividade física (NANDA-I, 2010).	9	18,8
Refere-se a um hábito de vida em que o indivíduo não realiza atividade física na frequência, na duração e na intensidade recomendadas (Análise de conceito).	39	81,2

Observa-se na Tabela 4 um expressivo predomínio da escolha pelo título diagnóstico apresentado pela Taxonomia II da NANDA-I (89,6%), recomendando-se, assim, a manutenção do título proposto pela NANDA-I (2010). Após descrever a definição apresentada pela NANDA-I (2010) ao diagnóstico de enfermagem EVS e a sugestão de modificação emanada da análise de conceito foi solicitado aos especialistas que julgassem qual proposta representa melhor a definição do diagnóstico. Os resultados expostos na Tabela 4 demonstram que 81,3% dos especialistas concordam com as modificações sugeridas. Desses, nove sugeriram alterações.

Ao analisar as sugestões, duas especialistas sugeriram acrescentar à definição proposta a ideia de que o EVS também pode estar presente nas situações em que o gasto energético é inferior ao necessário para melhorar o condicionamento físico. No entanto, o aceite dessa sugestão tornaria a definição redundante, considerando que o condicionamento físico é alcançado com a prática de exercício físico na frequência, na duração e na intensidade adequada a cada indivíduo e a cada situação.

Também foi sugerida por duas especialistas a troca do termo “atividade física” por “exercício físico” fundamentada no entendimento de que a definição proposta remete ao conceito de exercício físico, ou seja, atividade planejada, estruturada, sistemática, efetuada com movimentos repetidos, a fim de manter e/ou desenvolver um melhor condicionamento físico.

Ademais, três especialistas acreditam que o EVS estará presente se não for realizada uma atividade na frequência, na duração e/ou na intensidade recomendadas. Conforme descrito anteriormente, frequência, duração e intensidade foram consideradas

atributos essenciais ao conceito estudado. À conta disso, um indivíduo que realiza exercício físico na frequência recomendada, mas não o faz na intensidade ou duração aconselhadas, ou vice-versa, não pode ser caracterizado como um indivíduo fisicamente ativo.

Duas especialistas recomendaram que ao conceito fosse acrescentada a descrição da intensidade e da frequência requeridas. Esse acréscimo tornaria a definição mais direcionada, porém mais restrita, de vez que a prescrição de exercícios físicos deve ser centrada no paciente, tornando-se específica a cada situação.

Diante das opiniões, sugestões e discussões dos especialistas, bem como considerando a abordagem teórica realizada na análise de conceito propõe-se a substituição da definição da NANDA-I pela proposta neste estudo, com acréscimo de modificações sugeridas por alguns especialistas. Assim, recomenda-se a adoção da seguinte definição para o diagnóstico de enfermagem EVS:

Refere-se a um hábito de vida em que o indivíduo não realiza exercício físico na frequência, na duração e na intensidade recomendadas.

Após análise do diagnóstico de maneira ampla, sobre seu título e sua definição observa-se, a seguir, o julgamento dos fatores relacionados, das características definidoras, das definições conceituais e das referências empíricas, mediante a proporção de especialistas que concordam com a representatividade desses itens e quanto ao índice de validade de conteúdo diagnóstico (IVCD) proposto por Fehring (1987).

4.2 Adequação dos fatores relacionados e das características definidoras ao diagnóstico de enfermagem Estilo de vida sedentário em indivíduos com hipertensão arterial

A seguir, será apresentado o julgamento dos especialistas quanto à adequação ao EVS dos títulos dos fatores relacionados e das características definidoras provenientes da análise de conceito.

Tabela 5 - Avaliação da adequação dos fatores relacionados do diagnóstico de enfermagem Estilo de vida sedentário em indivíduos com hipertensão arterial, segundo grupos de especialistas. Fortaleza, 2011

FATORES RELACIONADOS	Todos os especialistas			Até 10 pontos			Acima de 10 pontos		
	IVCD*	%**	p***	IVCD*	%**	p***	IVCD*	%**	p***
Conhecimento deficiente sobre os benefícios que a atividade física traz à saúde e/ou sobre as consequências do sedentarismo.	0,85	81,2	0,642	0,86	84,6	0,793	0,86	77,2	0,457
Atitudes, crenças e hábitos de saúde que dificultam a prática de atividade física.	0,88	81,2	0,642	0,88	76,9	0,422	0,88	86,3	0,845
Falta de motivação	0,88	93,6	0,997	0,93	88,4	0,916	0,93	100,0	1,000
Falta de interesse	0,87	91,4	0,990	0,92	84,6	0,793	0,92	100,0	1,000
Falta de apoio social	0,78	72,9	0,147	0,85	0,692	0,131	0,85	0,77	0,457
Falta de recursos (tempo, dinheiro, lugar, segurança, equipamento)	0,85	75,0	0,240	0,87	73,0	0,252	0,87	0,77	0,457
Baixa autoeficácia para o exercício físico	0,73	61,7	0,002	0,77	61,5	0,023	0,77	61,9	0,040
Falta de treino para fazer exercício físico	0,73	58,3	<0,001	0,78	57,6	0,007	0,78	59,1	0,020
Mobilidade prejudicada	0,92	85,4	0,871	0,93	84,6	0,793	0,93	81,8	0,668
Intolerância à atividade	0,91	91,6	0,992	0,92	96,1	0,997	0,92	86,3	0,845
Dor	0,90	91,6	0,992	0,89	92,3	0,977	0,89	90,9	0,952
Reações emocionais	0,69	48,9	<0,001	0,69	42,3	<0,001	0,69	57,1	0,014

* Índice de Validade de Conteúdo Diagnóstico; ** Percentual de concordância; *** Teste Binomial

Tabela 6 - Avaliação da adequação das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Estilo de vida sedentário em indivíduos com hipertensão arterial, segundo grupos de especialistas. Fortaleza, 2011

CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	Todos os especialistas			5 a 10 pontos			11 a 14 pontos		
	IVCD*	%**	p***	IVCD*	%**	p***	IVCD*	%**	p***
Excesso de peso	0,79	66,6%	0,021	0,78	73,0	0,252	0,79	59,1	0,020
Baixo desempenho nas atividades de vida diária	0,73	50,0%	<0,001	0,78	61,5	0,023	0,65	36,3	<0,001
Escolhe uma rotina diária sem exercício físico	0,94	89,5%	0,975	0,97	84,6	0,793	0,96	90,9	0,952
Não realiza atividades físicas no tempo de lazer	0,74	66,6%	0,021	0,74	61,5	0,023	0,75	72,7	0,267
Resistência cardiorrespiratória diminuída	0,82	66,6%	0,021	0,82	73,0	0,252	0,80	59,1	0,020
Força muscular diminuída	0,79	56,2%	<0,001	0,79	57,6	0,007	0,77	54,5	0,006
Flexibilidade das articulações diminuída	0,73	52,1%	<0,001	0,74	57,6	0,007	0,71	45,4	<0,001
Verbaliza preferência por atividades com pouco exercício físico	0,88	80,8%	0,615	0,83	73,0	0,252	0,94	90,4	0,942
Relato de desordens de saúde	0,58	27,1%	<0,001	0,60	30,7	<0,001	0,54	22,7	<0,001

* Índice de Validade de Conteúdo Diagnóstico; ** Percentual de concordância; *** Teste Binomial

Conforme já referido, para análise os dados dos especialistas foram subdivididos em grupos. A Tabela 5 e 6 evidencia o julgamento da adequação dos fatores relacionados e das características definidoras de cada grupo. Assim, foram considerados como adequados, e, portanto, incluídos na lista final aqueles com proporções de adequação estatisticamente não inferior a 80% ($p > 0,05$) ou os que apresentaram IVCD iguais ou superiores a 0,70 na avaliação de pelo menos um dos grupos. A decisão final, quanto à inclusão, com reformulações sugeridas e aceitas está exposta no Quadro 27.

De acordo com os dados apresentados na Tabela 5, nove dos doze fatores relacionados na opinião dos especialistas apresentaram proporções de concordância não inferiores a 80% ($p > 0,05$), bem como elevados IVCD, a saber: “atitudes, crenças e hábitos de saúde que dificultam a prática de atividade física”, “conhecimento deficiente sobre os benefícios que a atividade física traz à saúde e/ou sobre as consequências do sedentarismo”, “falta de motivação”, “falta de interesse”, “falta de apoio social”, “falta de recursos (tempo, dinheiro, lugar, segurança, equipamento)”, “mobilidade prejudicada”, “intolerância à atividade” e “dor”. Os fatores relacionados “falta de treino para fazer exercício físico” e “baixa autoeficácia para o exercício físico” obtiveram índices de proporção de concordância inferiores a 80% ($p < 0,05$), apresentando, no entanto, IVCD maiores que 0,70 na opinião dos especialistas. Em contrapartida, houve exclusão do fator “reações emocionais” pelo não atendimento a nenhum critério de inclusão.

Quanto às características definidoras, constata-se, na Tabela 6, que as características “escolhe uma rotina diária sem exercício físico” e “verbaliza preferência por atividade com pouco exercício físico” obtiveram, estatisticamente, proporções de adequação não inferiores a 80% ($p > 0,05$) e altos IVCD em todos os grupos. Já a “resistência cardiorrespiratória diminuída” e “excesso de peso”, apesar da obtenção de IVCD iguais ou superiores a 0,70, somente apresentaram proporções de adequação não inferiores a 80% ($p > 0,05$) no grupo de especialistas com pontuação de Fehring de 5 a 10 pontos. Achados semelhantes, foram evidenciados para a característica “não realiza atividades físicas no tempo de lazer”, para o grupo de especialistas com pontuação entre 11 e 14 pontos. Por outro lado, as características “força muscular diminuída” e “flexibilidade das articulações diminuída” apresentaram em todas as avaliações IVCD iguais ou superiores a 0,70. Quanto à característica “baixo desempenho nas atividades de vida diária” somente no grupo com pontuação entre 11 e 14 pontos foi observado

IVCD menor que 0,70. Por fim, “relato de desordens de saúde” foi excluído, por não atender os critérios de inclusão por nenhum dos três grupos.

Diante do exposto, percebe-se que a opinião dos especialistas frente aos fatores relacionados foi mais uniforme, quando comparada às características definidoras. Não obstante, a validação clínica do diagnóstico de enfermagem EVS poderá contribuir para clarificar e definir com maior consistência a inclusão dos indicadores ora propostos.

A seguir, é apresentada a proporção de concordância da adequação entre os especialistas e os IVCD obtidos para os conceitos e para as referências empíricas (definições operacionais) construídos para cada fator relacionado. Destaca-se que os dados apresentados referem-se à avaliação obtida pelo grupo total de 48 especialistas.

4.3 Pertinência dos conceitos e das referências empíricas dos fatores relacionados do diagnóstico de enfermagem EVS.

Tabela 7 - Avaliação dos especialistas quanto à pertinência do conceito e da referência empírica do fator relacionado “conhecimento deficiente sobre os benefícios que a atividade física traz à saúde e/ou sobre as consequências do sedentarismo”. Fortaleza, 2011

CONHECIMENTO DEFICIENTE SOBRE OS BENEFÍCIOS QUE A ATIVIDADE FÍSICA TRAZ À SAÚDE E/OU SOBRE AS CONSEQUÊNCIAS DO SEDENTARISMO	IVCD**	%***	p****
Conceito: Ausência e/ou deficiência de informação cognitiva quanto aos benefícios da atividade física, ao tipo, à frequência, à intensidade e à duração da atividade física e também quanto às consequências do sedentarismo.	0,90	85,4	0,871
RE1*: Ao ser interrogado quanto aos benefícios e à prescrição da atividade física (tipo, frequência, intensidade e duração) e às consequências do sedentarismo, o indivíduo demonstra o desconhecimento ou conhecimento insuficiente, dificultando mudanças de comportamento em relação à prática de atividade física.	0,89	89,5	0,975

* Referência empírica; ** Índice de Validade de Conteúdo Diagnóstico; *** Percentual de concordância; **** Teste Binomial

Continua

Continuação

Tabela 7 - Avaliação dos especialistas quanto à pertinência do conceito e da referência empírica do fator relacionado “conhecimento deficiente sobre os benefícios que a atividade física traz à saúde e/ou sobre as consequências do sedentarismo”. Fortaleza, 2011

CONHECIMENTO DEFICIENTE SOBRE OS BENEFÍCIOS QUE A ATIVIDADE FÍSICA TRAZ À SAÚDE E/OU SOBRE AS CONSEQUÊNCIAS DO SEDENTARISMO	IVCD**	%***	p****
RE2*: O indivíduo apresenta comportamento indevido quanto à prática de exercício físico em relação ao tipo, à frequência, à duração e/ou à intensidade do exercício.	0,62	37,7	< 0,001
RE3*: Apresenta um seguimento inadequado das instruções de um plano de tratamento estruturado, não-farmacológico, que inclui aconselhamento sobre como agir em relação à atividade física.	0,73	55,5	< 0,001

* Referência empírica; ** Índice de Validade de Conteúdo Diagnóstico; *** Percentual de concordância; **** Teste Binomial

Em relação ao conceito do fator relacionado exposto na Tabela 7, observa-se entre os especialistas uma proporção estatisticamente adequada não inferior a 80% ($p > 0,05$) e alto IVCD. Pertinente ao conceito três especialistas contribuíram com as seguintes sugestões: 1) substituir “Ausência e/ou deficiência...” por “Ausência ou deficiência...”; 2) retirar a palavra cognitiva; 3) acrescentar a palavra “adequada” após “duração”.

Este estudo colocou sob crivo dos especialistas três formas de avaliação desse fator relacionado encontradas na literatura e que pudessem ser mensuradas pelo profissional enfermeiro. Destas, apenas a referência 1 obteve uma proporção de concordância alta entre os especialistas (89,5%) e um IVCD de 0,89.

Os especialistas apontaram alguns questionamentos que podem ter associação com a baixa proporção de concordância quanto às referências empíricas 2 e 3. Dessa forma, três especialistas destacaram falta de clareza quanto ao termo “comportamento indevido” e quanto ao “seguimento inadequado”. Além disso, dois concordam ao levantarem que as referências empíricas 2 e 3 não avaliam o fator relacionado, alegando que avaliar o comportamento ou o seguimento do tratamento não é apropriado para identificar o conhecimento.

Para a escolha de uma referência empírica única, foi solicitado ao especialista que identificasse qual (is) seria (m) a (s) mais pertinente (s). Os resultados

indicaram que 75,0%, 12,5% e 4,2% acreditam que a melhor opção é a referência empírica 1, 3 e 2, respectivamente. Somente 8,4% sugeriram o agrupamento, sendo que destes, 6,3% consideraram que a melhor forma de avaliar esse fator relacionado seria a junção da referência 1 e 3.

Por tudo, considerou-se que esse fator relacionado é representativo do EVS e que a referência empírica 1 é mais pertinente para avaliação desse fator relacionado.

Tabela 8 - Avaliação dos especialistas quanto à pertinência do conceito e da referência empírica do fator relacionado “atitudes, crenças e hábitos de saúde que dificultam a prática de exercício físico”. Fortaleza, 2011

ATITUDES, CRENÇAS E HÁBITOS DE SAÚDE QUE DIFICULTAM A PRÁTICA DE EXERCÍCIO FÍSICO	IVCD**	%***	p****
Conceito: Fatores internos individuais relacionados ao processo saúde/doença que influenciam na tomada de decisão sobre a adoção de comportamentos saudáveis, como a prática de exercício físico regular.	0,85	77,1	0,360
RE*: O indivíduo apresenta comportamentos e/ou crenças quanto à efetividade ou à necessidade de execução da atividade física que interfere nessa prática.	0,83	70,8	0,083

* Referência empírica; ** Índice de Validade de Conteúdo Diagnóstico; *** Percentual de concordância; **** Teste Binomial

Conforme apresentado na Tabela 8, observa-se, estatisticamente, uma proporção de adequação entre os especialistas igual ou superior a 80% e altos IVCD em relação ao conceito e à referência empírica ($p > 0,05$).

Com vistas a tornar a referência empírica mais pertinente, foram sugeridas por duas especialistas as seguintes modificações: 1) descrever a referência de acordo como será utilizada junto ao paciente, como por exemplo: “Ao investigar sobre as atitudes, crenças e hábitos de saúde, o indivíduo apresenta comportamentos...”; 2) acrescentar a palavra “negativos” após “crenças”, no intuito de torná-la mais clara; 3) substituir o termo “ou” por “e/ou”.

Frente a essas considerações, o estudo absorveu as sugestões com o escopo de proporcionar maior clareza e operacionalidade durante a avaliação do indivíduo com hipertensão arterial e estreitar as relações deste fator relacionado com o EVS.

Tabela 9 - Avaliação dos especialistas quanto à pertinência do conceito e da referência empírica do fator relacionado “falta de motivação”. Fortaleza, 2011

FALTA DE MOTIVAÇÃO	IVCD**	%***	p****
Conceito: Estado em que o indivíduo experimenta falta de desejo, de impulso, de força ou outra característica fisiológica, intelectual ou afetiva intrínseca a cada indivíduo que leva a buscar satisfação com a prática de exercício físico.	0,93	93,7	0,998
RE*: O indivíduo expressa falta de volição para a execução de exercício físico relacionada a fatores intrínsecos, tais como: falta de desejo, de impulso, de força ou outra característica fisiológica, intelectual ou afetiva.	0,89	89,5	0,975

* Referência empírica; ** Índice de Validade de Conteúdo Diagnóstico; *** Percentual de concordância; **** Teste Binomial

Referente à Tabela 9, verifica-se uma proporção elevada de especialistas que concordam que o conceito e a referência empírica de “falta de motivação” são pertinentes ($p > 0,05$), além de que observa-se, também, elevados IVCD.

Apesar destes resultados, quatro especialistas fizeram sugestões para reformulações da definição e seis da referência. As sugestões foram as seguintes: 1) retirar “a cada indivíduo” do conceito; 2) substituir o termo “que leva a buscar” por “que o impede a buscar” na definição conceitual; 3) acrescentar após a palavra “força” o termo “de vontade” tanto na definição como na referência empírica; 4) substituir os termos “ou” presentes na definição e na referência por “e/ou”; 5) trocar o termo “volição” por “vontade”; 6) descrever a referência de acordo como será utilizada junto ao paciente, como por exemplo: “Ao avaliar o indivíduo quanto à motivação, o mesmo expressa...”; 7) alterar o título para “falta de motivação para a prática de exercício físico”.

Em suma, considerando os valores de proporção entre os especialistas, o IVCD e as sugestões fornecidas, este estudo considerou, para a elaboração do instrumento final, todas as sugestões descritas.

Tabela 10 - Avaliação dos especialistas quanto à pertinência do conceito e da referência empírica do fator relacionado “falta de interesse”. Fortaleza, 2011

FALTA DE INTERESSE	IVCD**	%***	p****
Conceito: Estado em que o indivíduo demonstra desinteresse em praticar exercício físico. O desinteresse se refere à condição de falta de uma disposição de juízo dirigida à prática de exercício físico em que o indivíduo não percebe vantagens, ganhos, proveitos e importância dessa prática.	0,91	89,5	0,975
RE*: O indivíduo verbaliza juízo de valor negativo acerca dos benefícios e da importância do exercício físico, com consequências na execução dessa prática.	0,86	81,2	0,642

* Referência empírica; ** Índice de Validade de Conteúdo Diagnóstico; *** Percentual de concordância; **** Teste Binomial

Em relação ao conceito e à referência empírica do fator relacionado “falta de interesse”, houve, estatisticamente, proporção entre os especialistas de 89,5% ($p=0,975$) e 81,2% ($p=0,642$), respectivamente. Além disso, os expressivos IVCD demonstram a representatividade adequada.

No tocante à opinião dos especialistas, quanto ao conceito, um sugere a substituição do termo “desinteresse” por “falta de interesse”. Já para a referência, duas especialistas apontam a necessidade de após “consequências” acrescentar “negativas” e trocar o termo “na” por “para a”. Quanto ao título, no intuito de direcionar o fator relacionado ao EVS, uma especialista sugeriu a reformulação do título para “falta de interesse em se exercitar”.

Tendo em vista essas considerações, as sugestões foram incorporadas com o escopo de facilitar a leitura e o entendimento e adequar o título deste fator relacionado ao EVS em indivíduos com hipertensão arterial.

Tabela 11 - Avaliação dos especialistas quanto à pertinência do conceito e da referência empírica do fator relacionado “falta de apoio social”. Fortaleza, 2011

FALTA DE APOIO SOCIAL	IVCD**	%***	p****
Conceito: Ações, crenças e atitudes da família e/ou amigos que dificultam a prática de exercício físico.	0,86	77,1	0,360
RE*: Aplicar a Escala de Apoio Social para a prática de exercício físico (SALLIS, 1996). Essa escala possui 13 itens, avaliados a partir de uma escala de Likert, variando de 1 (nunca) a 5 (muito frequentemente).	0,89	81,2	0,642
Os itens avaliados são:			
1. Fazem exercício comigo			
2. Oferecem-se para fazer exercício comigo			
3. Deram-me lembretes úteis para o exercício			
4. Deram-me coragem para cumprir meu programa de exercícios			
5. Mudam o seu horário para que pudéssemos nos exercitar em conjunto			
6. Discutem o exercício comigo			
7. Queixam-se do tempo que gasto com o exercício			
8. Me criticam ou zobam de mim			
9. Deram-me recompensas quando me exercito			
10. Planejam exercício em passeios de lazer			
11. Ajudam a planejar atividades em torno de meu exercício			
12. Perguntam-me por ideias de como podem ajudar para que eu me exercite mais.			
13. Falam o quanto eles gostam de se exercitarem.			

* Referência empírica; ** Índice de Validade de Conteúdo Diagnóstico; *** Percentual de concordância; **** Teste Binomial

De acordo com a Tabela 11, tanto para o conceito como para a referência empírica observa-se proporção estatística entre os especialistas não inferior a 80% ($p > 0,05$) e IVCD elevados.

Quanto ao título do fator relacionado foi sugerido uma reformulação para “falta de apoio social para a prática de exercício físico”, sob a justificativa de maior direcionamento ao EVS. Em relação às sugestões para o conceito, duas especialistas

aconselharam que além de família e amigos, deveria figurar a inclusão do profissional de saúde, da comunidade, das políticas públicas e das condições de trabalho. No entanto, para a construção da definição, a autora do estudo apropriou-se da Escala de Apoio Social que menciona somente a família e amigos. Além disso, outra especialista, no intuito de interligar o título do fator ao conceito, sugeriu que ao final da definição conceitual fosse acrescido o seguinte: “...devido ao baixo apoio oferecido ao indivíduo”.

Relativo à referência, uma especialista solicitou o acréscimo dos valores de referência da Escala de Apoio Social e outra sugeriu a reformulação de sete dos 13 itens questionados ao indivíduo no intuito de facilitar a utilização da escala e uniformizar a descrição, a saber os itens e as sugestões:

3. Fazem lembretes úteis para o exercício
5. Mudam o seu horário para que possam se exercitar comigo
8. Criticam ou zombam de mim
9. Oferecem recompensas quando me exercito
10. Planejam comigo exercícios em passeios de lazer
12. Colocam ideias de como podem ajudar para que eu me exercite mais.
13. Referem o quanto gostam de se exercitarem.

A Escala de Apoio Social propõe que sejam realizadas as médias aritméticas simples das pontuações obtidas nos 13 itens propostos, avaliados a partir de uma escala de Likert, variando de 1 (nunca) a 5 (sempre). Quanto mais próximo da pontuação mínima, mais o indivíduo considera que não tem apoio de familiares e/ou amigos. Assim, recomenda-se que, diante de médias iguais ou inferiores a três, é oportuno considerar este fator relacionado como presente.

Diante do exposto, na conformidade do evidenciado na análise de conceito e na análise estatística, no estudo ora apresentado, foram consideradas a reformulação do título, a segunda sugestão relativa ao conceito e todas as sugestões de modificação da referência. Como já referido, a construção final está exposta no Quadro 27 apresentado mais adiante.

Tabela 12 - Avaliação dos especialistas quanto à pertinência do conceito e da referência empírica do fator relacionado “falta de recursos (tempo, dinheiro, lugar, segurança, equipamento)”. Fortaleza, 2011

FALTA DE RECURSOS (TEMPO, DINHEIRO, LUGAR, SEGURANÇA, EQUIPAMENTO)	IVCD**	%***	p****
Conceito: Referência verbal de insuficiência de recursos para início e/ou manutenção da prática de atividade física.	0,87	79,2	0,499
RE*: O indivíduo relata, pelos menos, falta de um desses recursos para a prática de exercício físico: tempo, dinheiro, lugar, segurança ou equipamentos. Por exemplo:	0,91	87,5	0,937
- o trabalho ocupacional ou doméstico que ocupa todo o dia, é exaustivo;			
- a família consome muitas horas do dia, dificultando a prática de exercício físico;			
- há falta de recursos financeiros mínimos para a aquisição do material mínimo necessário para o exercício físico ou para pagar empresas responsáveis por oferecer suporte para o exercício físico;			
- não há ambiente ou clima favoráveis ao exercício físico;			
- não há lugar com condições mínimas de prover segurança pessoal que garanta a integridade física;			
- não há equipamentos necessários para execução de um exercício físico específico.			

* Referência empírica; ** Índice de Validade de Conteúdo Diagnóstico; *** Percentual de concordância; **** Teste Binomial

Diante da Tabela 12, constata-se que a proporção de especialistas que optaram pela adequação do conceito e da referência empírica para este fator relacionado foi, estatisticamente, não inferior a 80% ($p > 0,05$). Além disso, evidenciou-se IVCD expressivos.

Quanto às sugestões, de início, uma especialista considera que o fator relacionado apresentado na Tabela 12 deve ser denominado de “falta de recursos (tempo, dinheiro, lugar, segurança, equipamento) para a prática de exercícios físicos” por estreitar as relações com o EVS.

Com relação ao conceito, foram externadas opiniões, com vistas às seguintes modificações: 1) após recursos colocar entre parêntese as palavras “físicos, estruturais e materiais”; 2) substituir “atividade física” por “exercício físico”. Frente à

referência empírica, uma especialista sugeriu a retirada de “não há ambiente ou clima favoráveis ao exercício físico” por acreditar que não caracteriza um recurso.

Tendo em vista essas considerações, este estudo considerou-as na pretensão de tornar este fator relacionado mais significativo para a definição do EVS em indivíduos com hipertensão arterial. Em suma, o título, o conceito e a referência empírica do fator relacionado estão apresentados com as devidas alterações no Quadro 27.

Tabela 13 - Avaliação dos especialistas quanto à pertinência do conceito e da referência empírica do fator relacionado “baixa autoeficácia para o exercício”. Fortaleza, 2011

BAIXA AUTOEFICÁCIA PARA O EXERCÍCIO	IVCD**	%***	p****
<p>Conceito: Falta de confiança do indivíduo para a prática do exercício físico, demonstrando pouca persistência, comprometimento, desenvoltura e perseverança frente às barreiras para a prática.</p>	0,85	81,2%	0,642
<p>RE*: Aplicar a Escala de Autoeficácia que avalia o quanto o indivíduo está confiante de que pode realmente se motivar a fazer um exercício físico, de forma consistente, por pelo menos seis meses.</p> <p>A escala possui 12 itens avaliados a partir de uma escala de Likert, variando de 1 (eu sei que eu não posso) a 5 (eu sei que eu posso).</p> <p>Os itens avaliados são:</p> <p>1. Acordar cedo, até mesmo nos fins de semana, para se exercitar; 2. Cumprir o programa de exercícios depois de um longo e cansativo dia no trabalho; 3. Exercitar-se mesmo que esteja se sentindo deprimido; 4. Separar um tempo para um programa de atividade física, ou seja, caminhar, correr, nadar, pedalar ou praticar outras atividades; 5. Continuar a se exercitar com os outros, apesar de parecer muito rápido ou muito devagar para você; 6. Cumprir o programa de exercícios quando submetidos a mudanças de vida estressantes; 7. Participar de uma festa somente após se exercitar; 8. Cumprir o programa de exercícios quando a família exige mais tempo;</p>	0,92	89,3	0,971

* Referência empírica; ** Índice de Validade de Conteúdo Diagnóstico; *** Percentual de concordância; **** Teste Binomial

Continuação

Tabela 13- Avaliação dos especialistas quanto à pertinência do conceito e da referência empírica do fator relacionado “baixa autoeficácia para o exercício”. Fortaleza, 2011

BAIXA AUTOEFICÁCIA PARA O EXERCÍCIO	IVCD**	%***	p****
RE*: 9. Cumprir o programa de exercícios quando tem tarefas domésticas para fazer; 10. Cumprir o programa de exercícios, mesmo quando você tem uma demanda excessiva de trabalho; 11. Cumprir o seu programa de exercícios, mesmo quando as obrigações sociais consomem muito do seu tempo; 12. Ler ou estudar menos para fazer mais exercício.	0,92	89,3	0,971

* Referência empírica; ** Índice de Validade de Conteúdo Diagnóstico; *** Percentual de concordância; **** Teste Binomial

Apesar de o título do fator relacionado apresentado na Tabela 13 não ter obtido, quanto à adequação, proporção de concordância estatisticamente superior a 80% entre os especialistas, achados diferentes foram encontrados para o conceito e referência empírica ($p > 0,05$).

Quanto ao fator “baixa autoeficácia para o exercício físico”, três especialistas spropuseram a exclusão sob a justificativa de pouca clareza, muita amplitude e de que este fator está contemplado em falta de motivação e/ou falta de interesse. Em contrapartida, uma especialista acredita que ao modificar esse fator para “falta de confiança para a prática de exercício físico” suprimirá essa lacuna.

No tocante ao conceito e à referência empírica, somente uma sugestão foi indicada. Isso leva à crença que, ao avaliar o título, alguns especialistas julgaram-no como inadequado, considerando mais fortemente a descrição propriamente dita, em detrimento das possibilidades de relações entre este fator relacionado e o EVS. Quanto à sugestão, o especialista sugeriu o acréscimo dos valores de referência para análise da pontuação obtida a partir do uso da escala.

Pertinente aos valores de referência, a Escala de Autoeficácia para o exercício propõe que sejam realizadas as médias aritméticas simples das pontuações obtidas nos 12 itens avaliados a partir de uma escala de Likert, variando de 1 (eu sei que eu não posso) a 5 (eu sei que eu posso). Quanto mais próximo da pontuação mínima, mais o indivíduo demonstra que não tem confiança para o exercício, frente às barreiras. Assim, recomenda-se que, se as médias foram iguais ou inferiores a três, considerar este fator relacionado como presente.

Isto posto e ao considerar que o IVCD para o título deste fator foi maior que 0,70, as sugestões foram acatadas e, dessa maneira, o título do fator relacionado foi modificado e os valores de referência foram acrescentados à escala. As alterações estão apresentadas no Quadro 27.

Tabela 14 - Avaliação dos especialistas quanto à pertinência do conceito e da referência empírica do fator relacionado “falta de treino para fazer o exercício físico”. Fortaleza, 2011

FALTA DE TREINO PARA FAZER O EXERCÍCIO FÍSICO	IVCD**	%***	p****
Conceito: Falta de treinamento para desenvolver a capacidade e habilidade de realizar exercício físico, incrementando a aptidão física e o desempenho em esforços físicos.	0,85	77,1	0,360
RE*: O indivíduo relata falta de habilidade ou de capacidade para o uso de materiais e/ou equipamentos ou para execução adequada de exercício que requer treinamento específico.	0,83	72,3	0,130

* Referência empírica; ** Índice de Validade de Conteúdo Diagnóstico; *** Percentual de concordância; **** Teste Binomial

Conforme apresentado na Tabela 14, em relação ao conceito e à referência empírica observa-se, estatisticamente, proporções entre os especialistas não inferiores a 80% ($p > 0,05$) e um IVCD maior que 0,70.

Quanto ao título, uma especialista declarou que o mesmo isolado da definição conceitual gera dúvidas. Nesse sentido, é que se propõe a construção de definições conceituais com vistas a ampliar o reconhecimento e a compreensão dos indicadores clínicos e, assim, clarificá-los. Foi sugerida por outra especialista a reformulação do título para “Pouca habilidade em usar equipamentos”. Acredita-se que essa proposta de título restringe aos exercícios físicos que necessitam para sua execução equipamentos e/ou materiais. Logo, essa sugestão não foi acatada.

Referente ao conceito, apesar de os resultados, duas especialistas apontaram a necessidade de alguns ajustes, a saber: 1) clarificar se o treinamento é no sentido do indivíduo ter sido orientado ou saber como fazer; 2) substituir a palavra “incrementando” por “que proporcionem melhorias na aptidão física e no desempenho. Importa ressaltar que a primeira sugestão não foi incorporada neste estudo, tendo em

vista o entendimento de que a capacidade e a habilidade não são adquiridas por orientações e sim com a prática, ou seja, com o treinamento.

Concernente à referência empírica, obteve-se as seguintes opiniões de duas especialistas: 1) acrescentar, após “exercício”, a palavra “físico”; 2) incluir, após, “equipamentos” o termo “e/ou tempo”. Diante do fato do tempo ter sido mencionado em outro fator relacionado e da pequena relação com o título e com o conceito, a última sugestão não foi aceita neste estudo.

Por tudo que foi exposto e ao considerar que o IVCD não caracteriza este fator relacionado como irrelevante, e, portanto não passível de exclusão, o estudo ora apresentado manterá “falta de treino para fazer o exercício físico” na lista final apresentada no Quadro 27, com as devidas modificações aceitas e que foram referidas.

Tabela 15 - Avaliação dos especialistas quanto à pertinência do conceito e da referência empírica do fator relacionado “intolerância à atividade”. Fortaleza, 2011

INTOLERÂNCIA À ATIVIDADE	IVCD**	%***	p****
Conceito: Manifestações de sinais e sintomas físicos, potencialmente negativos para a prática de exercício físico que podem impedir ou dificultar a realização desse comportamento.	0,91	89,6	0,975
RE*: Apresenta dispnéia, desconforto e/ou resposta anormal da frequência cardíaca aos esforços; Relato verbal de desmaios, tonturas e fraqueza aos esforços.	0,92	95,7	0,999

* Referência empírica; ** Índice de Validade de Conteúdo Diagnóstico; *** Percentual de concordância; **** Teste Binomial

Em relação ao conceito e à referência empírica do fator relacionado “intolerância à atividade”, encontrou-se valores de concordância quanto à adequação entre os especialistas de 89,6% (p = 0,975) e 95,7% (p = 0,999), respectivamente. Além disso, os IVCD de 0,91 e 0,92 demonstram a representatividade adequada.

Quanto às sugestões, uma especialista considerou este fator relacionado como não pertinente, por também ser um diagnóstico de enfermagem. Sabe-se, porém, que a Taxonomia II da NANDA-I (2010) pressupõe esse intercâmbio. Atualmente, por exemplo, estilo de vida sedentário é um fator relacionado para o diagnóstico de enfermagem “Mobilidade física prejudicada” e para “Intolerância à atividade”. Assim sendo, este estudo manteve a denominação proposta “intolerância à atividade”. No

tocante à referência empírica, somente um especialista levantou a necessidade de alterações, a saber: acrescentar “e/ou” após “tonturas”.

Em suma, as poucas sugestões oferecidas refletem o alto percentual de especialistas que consideraram a adequação dos constructos oriundos da análise de conceito. Dessa forma, manteve-se este fator na lista final, com pequenos ajustes.

Tabela 16 - Avaliação dos especialistas quanto à pertinência do conceito e da referência empírica do fator relacionado “mobilidade prejudicada”. Fortaleza, 2011

MOBILIDADE PREJUDICADA	IVC**	%***	p****
Conceito: Capacidade limitada do indivíduo para desempenhar movimentos necessários para a execução de exercícios físicos.	0,92	91,5	0,990
RE1*: O indivíduo apresenta dificuldade em desempenhar movimentos motores, tais como: flexão, extensão, abdução, adução, rotação, circundação, supinação, pronação, inversão, eversão, protração e retração dos músculos do corpo. Essa dificuldade pode estar associada ao controle e/ou força muscular diminuídos, bem como por enrijecimento das articulações. A amplitude de movimento das articulações é avaliada pelos tipos básicos de movimentos articulares: flexão, extensão, dorsiflexão, flexão palmar e plantar, adução e abdução, rotação interna e externa, pronação, supinação, inversão e eversão.	0,92	93,6	0,979
RE2*: Ao perguntar sobre dificuldades para algumas atividades, tais como: subir um lance de escada sem descanso ou caminhar 100 metros, o indivíduo responde positivamente.	0,69	44,4	<0,001

* Referência empírica; ** Índice de Validade de Conteúdo Diagnóstico; *** Percentual de concordância; **** Teste Binomial

Em relação ao conceito do fator relacionado exposto na Tabela 16, observa-se entre os especialistas uma proporção de adequação igual ou superior a 80% estatisticamente significativa ($p = 0,990$) e um IVCD de 0,92.

Quanto às sugestões, uma especialista opinou pela substituição de “mobilidade prejudicada” por prejuízo motor, baseada na justificativa de que a semelhança com o diagnóstico de enfermagem “Mobilidade física prejudicada” não era

adequada. Conforme explicitado anteriormente, a Taxonomia II da NANDA-I (2010) não faz restrições relacionadas, tampouco considera insensato, o uso da expressão. Ao invés disso, apresenta relações semelhantes às apresentadas nesta tese. Assim sendo, este estudo manteve a denominação proposta “mobilidade prejudicada”.

Foram elencadas duas referências empíricas para avaliar este fator relacionado. Dessas, somente a primeira obteve IVCD maior que 0,70 e uma proporção de concordância alta entre os especialistas (93,6%).

Mesmo que os resultados mostrem adequação, dois especialistas levantaram questionamentos sobre quais movimentos motores e quantas limitações seriam necessárias para a definição da presença do fator relacionado. Esses dados não foram explicitados, de vez que são específicos a cada indivíduo. Por exemplo, um indivíduo pode apresentar dificuldade em desempenhar três movimentos motores e não ser detectado o fator mobilidade prejudicada; por outro lado, uma dificuldade em apenas um movimento pode ser suficiente para limitar a capacidade para o exercício. Logo, generalizar esse aspecto tornará a referência empírica mais extensa e menos operacional. Não obstante, para dirimir a dúvida dessa lacuna, apesar da não sugestão dos especialistas, a autora propõe alterações no conceito e na referência empírica 1 por meio do acréscimo da palavra “quaisquer” antes de “desempenho”.

Para a escolha de uma referência empírica única, foi solicitado ao especialista que identificasse qual (is) seria (m) a (s) mais pertinente (s). Os resultados indicaram que 79,2%, 12,5% e 8,3% acreditam que a melhor opção é a referência empírica 1, 2 e a associação da 1 com a 2, respectivamente.

Por tudo isso, considerou-se que esse fator relacionado é representativo do EVS e que a referência empírica 1 é mais pertinente para avaliação do fator relacionado.

Tabela 17 - Avaliação dos especialistas quanto à pertinência do conceito e da referência empírica do fator relacionado “dor”. Fortaleza, 2011

DOR	IVCD**	%***	p****
Conceito: Experiência sensorial e emocional desagradável associada a dano real ou potencial de um tecido. É um fenômeno fisiológico, comportamental e emocional.	0,94	97,9	1
RE1*: O indivíduo: - relata que está sentindo dor;	0,95	95,8	0,999

* Referência empírica; ** Índice de Validade de Conteúdo Diagnóstico; *** Percentual de concordância; **** Teste Binomial

Continua

Continuação

Tabela 17 - Avaliação dos especialistas quanto à pertinência do conceito e da referência empírica do fator relacionado “dor”. Fortaleza, 2011

DOR	IVCD**	%***	p****
RE1*: O indivíduo: - apresenta expressão facial de dor: olhos embaçados, aparência cansada, testa enrugada, olhos exageradamente abertos ou fechados, olhar fixo ou disperso, caretas ou outras expressões distorcidas, uma aparência triste ou abatida; - comporta-se na defensiva: coloca as mãos sobre a área dolorida, postura contorcida. - apresenta vocalizações que representam a dor: grunhidos, gemidos, choro; - apresenta mudanças nos sinais vitais; - apresenta palidez, diaforese e boca seca.	0,95	95,8	0,999
RE2*: Escala Descritiva da Intensidade da dor: - Nenhuma; - Quase imperceptível; - Leve; - Moderada; - Grave; - Pior dor	0,80	75,0	0,253

* Referência empírica; ** Índice de Validade de Conteúdo Diagnóstico; *** Percentual de concordância; **** Teste Binomial

Em relação ao conceito do fator relacionado exposto na Tabela 17, observa-se, entre os especialistas, uma proporção igual ou superior a 80%, estatisticamente significativa ($p = 1$) e alto IVCD (0,94).

No tocante ao título, uma especialista sugeriu a modificação para “relato de dor”, sendo incorporada à lista final. Não foram elencadas sugestões quanto ao conceito e às referências empíricas, considerando que este fator é adequado e representativo do EVS.

Este estudo colocou sob crivo dos especialistas duas formas de avaliação desse fator relacionado encontradas na literatura e que pudessem ser mensuradas pelo profissional enfermeiro. Destas, a referência 1 obteve IVCD e proporção de concordância maiores quando comparados à referência 2. No entanto, as duas tiveram proporção estatisticamente não inferiores a 80% ($p > 0,05$).

Para a escolha de uma referência empírica única, foi solicitado ao especialista que identificasse qual (is) seria (m) a (s) mais pertinente (s). Os resultados indicaram que 75,0%, 14,6% e 10,4% acreditam que a melhor opção é a referência empírica 1, 2 e a associação das duas, respectivamente.

Apesar de os especialistas, na sua grande maioria, considerarem que só a referência empírica 1 era suficiente para avaliar a dor, alguns foram enfáticos e insistentes ao levantarem a importância da avaliação da intensidade por meio de escalas, tendo em vista que o uso de escalas é uma forma mais objetiva de avaliar a dor. Considerando que ambas são avaliações simples, sem necessidade de materiais e/ou equipamentos complexos, passíveis de realização por enfermeiros e, sendo ainda factíveis em qualquer ambiente de cuidados, este estudo considerou como referência o agrupamento da 1 e 2. A descrição final encontra-se ao final dos resultados no Quadro 27.

Tabela 18 - Avaliação dos especialistas quanto à pertinência do conceito e da referência empírica o fator relacionado “reações emocionais”. Fortaleza, 2011

REAÇÕES EMOCIONAIS	IVCD**	%***	p****
Conceito: Manifestações de sentimentos potencialmente negativos para a prática de exercício físico, que podem impedir ou dificultar a realização desse comportamento.	0,86	77,1	0,360
RE*: Relato verbal de sentimentos potencialmente negativos à execução de exercícios físicos, tais como: medo de cair, mau-humor, sentimentos de tédio, vergonha, desânimo, depressão.	0,87	80,9	0,615

* Referência empírica; ** Índice de Validade de Conteúdo Diagnóstico; *** Percentual de concordância; **** Teste Binomial

Ao analisar os dados da Tabela 18, observou-se que o conceito do fator relacionado “reações emocionais” obteve, estatisticamente, uma proporção superior a 80% ($p > 0,05$). Por outro lado, na avaliação do título apresentado na Tabela 5, encontrou-se uma proporção baixa (48,9%), não significante estatisticamente, e um IVCD de 0,69.

No tocante à opinião dos especialistas, oito sugeriram excluir “reações emocionais” da lista proposta na análise de conceito, por se mostrar vago e não ter relações com o EVS. Todavia, uma especialista sugeriu que incorporasse esse fator a

outro, ampliando-o para Atitudes, sentimentos, crenças e hábitos de saúde que dificultam a prática de atividade física. Outra indicação foi a reformulação do título, de forma a direcionar ao EVS, sendo denominado de “reações emocionais negativas frente à prática de exercício físico”.

No que diz respeito ao conceito e à referência empírica, somente uma especialista questionou a relação de mau-humor, sentimentos de tédio, vergonha, desânimo e depressão com a prática de exercício físico. Porém não emitiu opiniões, tampouco ofereceu sugestões.

Diante do exposto e ao considerar que este fator relacionado apresentou critérios para ser excluído, “reações emocionais” não comporá a lista final proposta ao final desta etapa (validação por especialistas).

4.4 Pertinência dos conceitos e das referências empíricas das características definidoras do diagnóstico de enfermagem EVS

A seguir, é apresentada a proporção de concordância da adequação entre os especialistas e os IVCD obtidos para os conceitos e para as referências empíricas (definições operacionais) construídos para cada característica definidora. Destaca-se que os dados apresentados referem-se à avaliação obtida pelo grupo total de 48 especialistas.

Tabela 19 - Avaliação dos especialistas quanto à pertinência do conceito e da referência empírica da característica definidora “excesso de peso”. Fortaleza, 2011

EXCESSO DE PESO	IVCD**	%***	p****
Conceito: Balanço energético positivo que resulta de uma dieta com alta ingestão de energia e/ou do desencorajamento da atividade física regular.	0,86	83,3	0,770
RE*: Índice de massa corporal maior ou igual a 25 kg/m ² , calculado a partir da fórmula: peso (kg)/altura(m) ² .	0,92	97,9	1,000

* Referência empírica; ** Índice de Validade de Conteúdo Diagnóstico; *** Percentual de concordância; **** Teste Binomial

Os dados mostrados na Tabela 19, evidenciam que o conceito e a referência empírica da característica “excesso de peso” obtiveram proporção estatisticamente não inferior a 80% ($p > 0,05$).

No tocante à opinião de uma especialista, essa característica deveria ser excluída, sob a alegativa de que o excesso de peso pode ou não ser consequência do

EVS e que distúrbios metabólicos exercem papel preponderante sobre o peso, independentemente da relação com a falta de exercício físico. Entende-se que se durante a avaliação clínica for detectado algum distúrbio metabólico, o mesmo deve ser considerado no processo de raciocínio diagnóstico no intuito de direcionar a assistência. No entanto, isto não exige a relação entre “excesso de peso” e o EVS.

Quanto ao conceito, duas especialistas sugeriram alterações ao considerarem que “ingestão calórica” é mais coerente que “ingestão de energia” e que “baixo nível de exercício físico” é mais pertinente para o conceito do que “desencorajamento da atividade física regular”. Importa ressaltar que o nível de exercício físico é específico a cada indivíduo, levando em consideração as condições de saúde e o condicionamento físico. Nesse sentido, acredita-se que o conceito seria menos direcionado em virtude desta relatividade. Quanto à referência empírica foi sugerida por uma especialista a troca do termo “maior ou igual” por “igual ou superior”.

Assim, face a existência de evidências na literatura de que o EVS predispõe ao excesso de peso em indivíduos com hipertensão arterial e por obediência aos critérios de inclusão, não sendo passível, portanto, de exclusão, este trabalho considerou “excesso de peso” na lista final. Ressalta-se que a primeira sugestão referente ao conceito e à referência empírica, foram consideradas com a intenção de melhorá-las.

Tabela 20 - Avaliação dos especialistas quanto à pertinência do conceito e da referência empírica da característica definidora “baixo desempenho nas atividades da vida diária”. Fortaleza, 2011

BAIXO DESEMPENHO NAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA	IVCD**	%***	p****
Conceito: Dificuldade em realizar ações necessárias para manter as atividades cotidianas de um dia normal.	0,88	75,0%	0,240
RE*: Relato de dificuldade para realizar tarefas básicas, tais como: fazer compras, executar as atividades do trabalho e as atividades domésticas (exemplos: cozinhar, lavar roupa, arrumar a casa, entre outras).	0,90	85,10%	0,856

* Referência empírica; ** Índice de Validade de Conteúdo Diagnóstico; *** Percentual de concordância; **** Teste Binomial

Em relação à referência empírica da característica definidora “baixo desempenho nas atividades da vida diária” observa-se, estatisticamente, valores de proporção entre os especialistas igual ou superior a 80% ($p > 0,05$). Quanto ao conceito,

resultados similares são evidenciados na Tabela 9, pelo que se considera o mesmo quanto a essa característica.

Não obstante, alguns questionamentos foram levantados pelos especialistas. Em relação ao conceito, duas especialistas afirmaram que “ações necessárias” é um termo amplo e ao mesmo tempo pouco claro, sugerindo ambas uma melhor especificação, substituindo-o por “movimentação física necessária”. Outra especialista julgou o conceito como de algum modo pertinente por sua semelhança com a característica “intolerância à atividade”. No entanto, não propôs sugestões.

Quanto à referência empírica, a tônica da discussão envolveu a distinção entre as atividades de vida diária e as atividades instrumentais de vida diária, em que os especialistas consideraram que a referência exposta na Tabela 20 está mais direcionada às instrumentais. Desse modo, apesar da referência em si ser considerada adequada na representação do EVS, aponta-se a necessidade de reformular a característica definidora para “baixo desempenho nas atividades instrumentais de vida diária”. Além disso, as sugestões relativas ao conceito foram consideradas.

Tabela 21 - Avaliação dos especialistas quanto à pertinência do conceito e da referência empírica da característica definidora “escolhe uma rotina diária sem exercício físico”. Fortaleza, 2011

ESCOLHE UMA ROTINA DIÁRIA SEM EXERCÍCIO FÍSICO	IVCD**	%***	p****
Conceito: Condição em que o indivíduo escolhe uma rotina diária sem uma atividade física planejada e estruturada, que melhore ou mantenha a aptidão física.	0,91	85,4	0,871
RE*: O indivíduo relata que não pratica exercício físico, diariamente, ou que suas atividades se limitam a afazeres domésticos ou ocupacionais.	0,91	87,5	0,937

* Referência empírica; ** Índice de Validade de Conteúdo Diagnóstico; *** Percentual de concordância; **** Teste Binomial

Em relação ao conceito e à referência empírica da característica definidora “escolhe uma rotina diária sem exercício físico”, encontrou-se entre os especialistas valores de proporção de 85,4% e (p = 0,871) e 87,5% (p = 0,937), respectivamente.

Apesar desses resultados, dois especialistas fizeram sugestões pertinentes, a saber: 1) retirar a palavra “uma” do conceito e da descrição da característica; 2) substituir na referência empírica “diariamente” por “regularmente”.

A literatura aponta que o indivíduo deve realizar exercício físico pelo menos na maioria dos dias da semana, não implicando ser essa prática diária. Desse modo, as sugestões foram acatadas com escopo de tornar a característica definidora, assim como sua definição conceitual e a referência empírica ainda mais representativos do EVS.

Tabela 22 - Avaliação dos especialistas quanto à pertinência do conceito e da referência empírica da característica definidora “não realiza atividades físicas no tempo de lazer”. Fortaleza, 2011

NÃO REALIZA ATIVIDADES FÍSICAS NO TEMPO DE LAZER	IVCD**	%***	p****
Conceito: Não realiza atividades com gastos energéticos maiores que os de repouso no tempo de lazer.	0,85	79,2	0,499
RE*: O indivíduo relata que, no tempo de lazer, não realiza atividades que requerem movimentos físicos com gastos energéticos maiores que os de repouso. Realiza, no tempo de lazer, atividades tais como: assistir televisão, ler livros, assistir filmes, conversar com amigos, entre outras.	0,90	91,6	0,992

* Referência empírica; ** Índice de Validade de Conteúdo Diagnóstico; *** Percentual de concordância; **** Teste Binomial

No que diz respeito à característica definidora “não realiza atividades físicas no tempo de lazer”, duas especialistas fizeram restrições quanto à adequação da mesma, tendo como base o fato de que o indivíduo, quando realiza atividade física apenas no período de lazer, também deve ser considerado sedentário, uma vez que tal atividade não proporciona alteração significativa nas funções cardiovasculares ou musculoesqueléticas. Assim, mesmo que o indivíduo opte por realizar exercícios durante o lazer, isso não altera, substancialmente, o seu metabolismo basal ao ponto de regular peso, manter condicionamento, entre outras ocorrências. A ressalva, fica por conta de o lazer existir pelo menos três vezes na semana, proporcionando às atividades real esforço físico, considerando também a duração e a intensidade recomendada.

Apesar destas considerações, não foram sugeridas mudanças no título, no conceito e tampouco na referência. Em contrapartida, conforme apresentado na Tabela 22, o conceito e a referência empírica da característica definidora “não realiza atividades físicas no tempo de lazer” obtiveram, estatisticamente, valores de proporção iguais ou superiores a 80% ($p > 0,05$). Além disso, conforme apresentado na Tabela 6, essa característica foi considerada adequada para compor o diagnóstico de enfermagem EVS.

Diante do exposto, no intuito de subsidiar, com maior propriedade, relações de causa e efeito entre o EVS e a característica ora discutida, decidiu-se por mantê-la na lista para uma posterior submissão à validação clínica.

Tabela 23 - Avaliação dos especialistas quanto à pertinência do conceito e da referência empírica da característica definidora “resistência cardiorrespiratória diminuída”. Fortaleza, 2011

RESISTÊNCIA CARDIORRESPIRATÓRIA DIMINUÍDA	IVCD**	%***	p****
Conceito: Diminuição da capacidade do sistema cardiovascular e do aparelho respiratório para a realização de esforços físicos de intensidade moderada por períodos de longa duração. É a capacidade cardiorrespiratória que determina o fôlego.	0,84	87,5	0,937
RE1*: Diminuição da capacidade aeróbica estimada na bicicleta ergométrica. Essa capacidade pode ser avaliada por meio de: <ul style="list-style-type: none"> - duração do exercício; - watts obtidos na bicicleta ergométrica; - METs (1 MET é a energia equivalente para uma pessoa em repouso. Representa o consumo de 3,5 ml de oxigênio por quilograma de peso corporal por minuto). - percepção de sintomas durante o exercício, sugerindo esforço exagerado, revelado por: desconforto torácico, dor nas pernas, dispnéia, tontura, vertigem, fadiga. - classificação da Escala de Borg para o Esforço Percebido: Extremamente leve; muito leve, razoavelmente leve, um pouco cansativo, cansativo, muito cansativo, extremamente cansativo. 	0,87	78,2	0,441
RE2*: O indivíduo não consegue executar atividades físicas que envolvam grandes grupos musculares, com intensidade moderada, de forma contínua, na maioria dos dias da semana, durante, no mínimo, 30 minutos, servindo de exemplo caminhadas a passos rápidos, corrida, ciclismo, futebol, natação.	0,83	71,7	0,114

Continua

Continuação

Tabela 23 - Avaliação dos especialistas quanto à pertinência do conceito e da referência empírica da característica definidora “resistência cardiorrespiratória diminuída”. Fortaleza, 2011

RESISTÊNCIA CARDIORRESPIRATÓRIA DIMINUÍDA	IVCD**	%***	p****
RE3*: Aplicar a escala proposta por COOP/WONCA (TUDELA; FERRER, 2002) que avalia o estado funcional para a prática de exercício físico em uma escala de pontos de 1 a 5. Perguntar ao indivíduo qual tem sido a máxima atividade física que ele realizou, por pelo menos 2 minutos, nas duas últimas semanas. As opções são: Muito intensa (por exemplo: correr depressa) (1 ponto); Intensa (por exemplo: correr com suavidade) (2 pontos); Moderada (por exemplo: caminhar a passos rápidos) (3 pontos), Leve (por exemplo, caminhar devagar) (4 pontos); Muito leve (por exemplo, caminhar lentamente ou não poder caminhar) (5 pontos). Um escore maior que 3 é considerado uma capacidade diminuída para a realização de exercício físico.	0,77	57,4	< 0,001

* Referência empírica; ** Índice de Validade de Conteúdo Diagnóstico; *** Percentual de concordância; **** Teste Binomial

Conforme apresentado, o conceito e as referências empíricas 1 e 2 apresentaram proporção estatisticamente iguais ou superiores a 80% ($p > 0,05$). A referência empírica 3 apesar da pequena proporção de concordância entre os especialistas (57,4%) obteve IVCD 0,77.

Quanto ao título, foi sugerida por uma especialista a reformulação da “resistência cardiorrespiratória diminuída” para “capacidade cardiorrespiratória diminuída” por considerar que capacidade é um termo mais utilizado em cardiologia, em detrimento de resistência.

No tocante ao conceito, foi sugerido que além da intensidade moderada, fosse considerada a alta. Além disso, uma especialista considerou desnecessária a última frase do conceito “É a capacidade cardiorrespiratória que determina o fôlego”. Quanto à referência empírica 1 foi sugerido a substituição do termo “fadiga” por “cansaço”.

No intuito de construir somente uma referência empírica para essa característica foi solicitado ao especialista a indicação de qual (is) referência (s)

empírica (s) é (são) mais adequada (s). Como resultado, onze especialistas indicaram que a junção de partes das referências poderia proporcionar ao enfermeiro uma avaliação mais simples e factível em qualquer ambiente de cuidados.

Dessa forma, ao considerar a relação entre a “resistência cardiorrespiratória diminuída” e o EVS, as sugestões dos especialistas recaíram sobre a análise estatística. Assim, neste estudo a característica definidora foi mantida no instrumento final, incorporando as sugestões de modificações e considerando para a avaliação, a seguinte referência empírica: o autorrelato de incapacidade/dificuldade para executar exercício físico de intensidade moderada a alta, na maioria dos dias da semana, durante no mínimo 30 minutos, por perceber sintomas que sugerem esforço exagerado, tais como: desconforto torácico, dor nas pernas, dispnéia, tontura, vertigem e cansaço. Por sugestão, a avaliação da capacidade para a prática de exercício físico, deve ser procedida pela aplicação da escala proposta por COOP/WONCA.

Tabela 24 - Avaliação dos especialistas quanto à pertinência do conceito e da referência empírica da característica definidora “força muscular diminuída”. Fortaleza, 2011

FORÇA MUSCULAR DIMINUÍDA	IVC**	%***	p****
Conceito: Diminuição da força exercida para iniciar ou resistir a movimentos, seja ela a força cinética (a força exercida para mudar-se de posição) ou dinâmica (a força exercida para resistir ao movimento de uma posição fixa).	0,93	100,0	1,000
RE*: A força pode ser testada de duas maneiras: 1) O indivíduo coloca uma articulação em determinada posição e o examinador tenta movê-la; 2) O indivíduo tenta mover uma articulação ou contrair um músculo contra a resistência fixa do examinador.	0,89	93,6	0,997
A partir dos testes a força pode ser avaliada quantitativamente por meio dos Graus do Nível de Função Muscular: 0 Sem evidências de movimentos; 1 Traços de movimentos; 2 Amplitude total de movimento, mas não contra a gravidade; 3 Amplitude total de movimento contra a gravidade, mas não contra a resistência; 4 Amplitude total de movimento contra a gravidade e certo grau de resistência, mas fraca; 5 Amplitude total de movimento contra a gravidade e resistência total. Quando a força muscular é graduada como 3 ou menos, uma incapacidade está presente.	0,89	93,6	0,997

* Referência empírica; ** Índice de Validade de Conteúdo Diagnóstico; *** Percentual de concordância; **** Teste Binomial

Conforme os dados apresentados na Tabela 24, o conceito e a referência empírica da característica definidora “força muscular diminuída” obtiveram altas proporções de concordância quanto à adequação, totalizando 100,0% e 93,6%, respectivamente ($p > 0,05$).

Não foi sugerida reformulação do título, tampouco do conceito e da referência empírica dessa característica. Desse modo, ao considerar o IVCD superiores a 0,70 e a ideia de que a diminuição da força muscular pode ser favorecida quando o indivíduo apresenta um EVS, optou-se por manter essa característica na lista final.

Tabela 25 - Avaliação dos especialistas quanto à pertinência do conceito e da referência empírica da característica definidora “flexibilidade das articulações diminuída”. Fortaleza, 2011

FLEXIBILIDADE DAS ARTICULAÇÕES DIMINUÍDA	IVCD**	%***	p****
Conceito: Diminuição da capacidade de realizar movimentos em certas articulações com apropriada amplitude de movimento.	0,89	93,6	0,997
RE*: Avaliar a flexibilidade ativa e passiva das articulações (amplitude máxima fisiológica de um dado movimento articular) por meio de um goniômetro. A flexibilidade é específica para cada articulação, podendo variar de um indivíduo para o outro. Os valores de referências encontram-se no manual dos goniômetros.	0,85	78,7	0,470

* Referência empírica; ** Índice de Validade de Conteúdo Diagnóstico; *** Percentual de concordância; **** Teste Binomial

Segundo é possível constatar na Tabela 25, o conceito e a referência empírica da característica definidora “flexibilidade das articulações diminuída” apresentou proporção estatisticamente não inferior a 80% ($p > 0,05$).

Apesar desses resultados, foram sugeridas modificações pertinentes, a saber: 1) um especialista sugeriu substituir no conceito “certas” por “quaisquer”; 2) dois especialistas consideraram esclarecedor acrescentar ao final do conceito “...interferindo na realização de exercícios físicos”, em virtude do indivíduo poder ter flexibilidade diminuída em algumas articulações, que não interferem na realização de exercício físico; 3) seis especialistas levantaram a necessidade de detalhar os valores de referências, quando do uso de goniômetros.

Quanto ao título, não foram sugeridas modificações, tampouco indicações de exclusão. Conforme apresentado na Tabela 6, encontrou-se um IVCD igual ou superior a 0,70.

Desse modo, manteve-se essa característica na lista final. No intuito de alcançar uma maior representatividade ao EVS as sugestões relativas ao conceito e à referência empírica foram acatadas.

É válido ressaltar que as características definidoras “resistência cardiorrespiratória diminuída”, “força muscular diminuída” e “flexibilidade das articulações diminuída” foram provenientes da análise de conceito e não compõem o diagnóstico de enfermagem EVS, conforme descrito na taxonomia da NANDA-I (2010). No entanto, a característica definidora denominada “demonstra falta de condicionamento físico” é equivalente ao conjunto das três características definidas neste estudo. Isso posto, foi questionado junto aos especialistas, se seria mais adequado mantê-la ou substituí-la pelas outras três características. Os especialistas, em 95,8% manifestaram-se a favor da inclusão das três características definidoras. Com respaldo nessas evidências, sugere-se reformulação.

Tabela 26 - Avaliação dos especialistas quanto à pertinência do conceito e da referência empírica da característica definidora “verbaliza preferência por atividade com pouco exercício físico”. Fortaleza, 2011

VERBALIZA PREFERÊNCIA POR ATIVIDADES COM POUCO EXERCÍCIO FÍSICO	IVCD**	%***	p****
Conceito: Condição em que o indivíduo verbaliza preferência por movimentos corporais que resultem em pequenos gastos energéticos, com poucos movimentos repetitivos e intencionais de determinados grupos musculares.	0,93	91,6	0,992
RE*: O indivíduo relata preferência por atividades não programadas, não intencionais, com pequenos gastos energéticos, com frequência, intensidade e duração inferiores ao recomendado.	0,87	89,3	0,971

* Referência empírica; ** Índice de Validade de Conteúdo Diagnóstico; *** Percentual de concordância; **** Teste Binomial

Ao analisar os dados da Tabela 26, observa-se que o conceito e a referência empírica da característica definidora “verbaliza preferência por atividades com pouco exercício físico” apresentaram, estatisticamente, proporção de adequação ao EVS igual

ou superior a 80% ($p > 0,05$). Resultados semelhantes foram encontrados para o título dessa característica.

Não obstante, duas especialistas sugeriram retirar “determinados grupos musculares” do conceito. Outra opinião fornecida foi quanto à substituição de “pequenos gastos energéticos” por “baixo gasto energético”.

Destaca-se que “verbaliza preferência por atividades com pouco exercício físico” já é uma das três características propostas na Taxonomia II da NANDA-I (2010), obtendo a mesma, conforme exposto na Tabela 6, índice de concordância estatisticamente significante e IVCD superior a 0,70. Portanto, as sugestões foram incorporadas e a característica foi mantida no instrumento final.

Tabela 27 - Avaliação dos especialistas quanto à pertinência do conceito e da referência empírica da característica definidora “relato de desordens de saúde”. Fortaleza, 2011

RELATO DE DESORDENS DE SAÚDE	IVCD**	%***	p****
Conceito: Apresenta manifestações de doenças, tais como transtornos metabólicos, doenças cardiovasculares e/ou doenças musculoesqueléticos, ou apresenta complicações dessas doenças.	0,84	70,2%	0,007
RE*: O indivíduo afirma possuir doenças, tais como transtornos metabólicos, doenças cardiovasculares e/ou doenças musculoesqueléticos, ou relata complicações dessas doenças.	0,79	61,7%	0,002

* Referência empírica; ** Índice de Validade de Conteúdo Diagnóstico; *** Percentual de concordância; **** Teste Binomial

Quanto às opiniões dos especialistas, a característica “relato de desordens de saúde” foi questionada por nove especialistas. Desses, três consideram que seja um fator relacionado do EVS e três julgam que essa característica deveria ser excluída, sob a justificativa de não vinculação com o EVS. Outra sugestão foi a substituição no conceito de “...ou apresenta complicações dessas doenças” por “...e/ou apresenta complicações relacionadas a essas doenças” e na referência empírica de “...ou relata complicações” por “e/ou relata complicações...”.

Ademais, a reformulação, direcionando a inatividade física, foi proposta por três especialistas, denominando-a de “relato de desordens de saúde que dificultam ou impeçam o exercício físico” ou “manifestações de doenças ou distúrbios

consequentes da inatividade física”. Entre os títulos sugeridos, o primeiro descreve um fator relacionado e o segundo uma característica definidora.

A estatística evidenciada na Tabela 27 reflete a opinião dos especialistas, vez que proporções estatisticamente inferiores a 80% de especialistas foram observadas frente ao título, ao conceito e à referência empírica. Ademais, o IVCD foi inferior a 0,70. Diante da dubiedade de desordens de saúde, ao antecederem ao EVS, bem como serem consequências do mesmo, e da análise estatística desfavorável, o estudo ora apresentado excluiu essa característica da lista final.

Por fim, ressalta-se que foram sugeridos para acréscimo na lista da Taxonomia II da NANDA-I (2010) seis fatores relacionados e cinco características definidoras cuja identificação se deu na análise de conceito, conforme julgamento dos especialistas. Por outro lado, foram excluídos deste estudo o fator relacionado “reações emocionais” e a característica definidora “relato de desordens de saúde”.

Importa destacar que nem todas as sugestões dos especialistas foram acatadas, tendo em vista o confronto de alguns dados, a consistência dos argumentos para uma decisão mais segura, bem como a falta de consenso de relações entre causas e efeitos do EVS.

Assim, após a análise dos títulos, dos fatores relacionados e das características definidoras, da avaliação dos conceitos e das referências empíricas pelos especialistas, houve a readequação dos mesmos, sempre que pertinente, no intuito de torná-los mais representativos do diagnóstico de enfermagem EVS em indivíduos com hipertensão arterial. Obteve-se, ao final, o seguinte produto final das duas fases da validação.

Quadro 27 – Estrutura proposta para o diagnóstico de enfermagem Estilo de vida sedentário em indivíduos com hipertensão arterial. Fortaleza, 2011

ESTILO DE VIDA SEDENTÁRIO
Refere-se a um hábito de vida em que o indivíduo não realiza exercícios físicos na frequência, na duração e na intensidade recomendadas.
FATORES RELACIONADOS
CONHECIMENTO DEFICIENTE SOBRE OS BENEFÍCIOS QUE A ATIVIDADE FÍSICA TRAZ À SAÚDE E/OU SOBRE AS CONSEQUÊNCIAS DO SEDENTARISMO
<p>Conceito: Ausência ou deficiência de informação quanto aos benefícios da atividade física, ao tipo, à frequência, à intensidade e à duração adequadas de atividade física e também quanto às consequências do sedentarismo.</p> <p>RE*: Ao ser interrogado quanto aos benefícios da atividade física, à prescrição da atividade física (tipo, frequência, intensidade e duração) e às consequências do sedentarismo o indivíduo demonstra desconhecimento ou conhecimento insuficiente, dificultando mudanças de comportamentos em relação à prática de atividade física.</p>
ATITUDES, CRENÇAS E HÁBITOS DE SAÚDE QUE DIFICULTAM A PRÁTICA DE EXERCÍCIOS FÍSICOS
<p>Conceito: Fatores internos relacionados ao processo saúde/doença que influenciam na tomada de decisão sobre a adoção de comportamentos saudáveis, como a prática de exercícios físicos.</p> <p>RE*: Ao investigar sobre as atitudes, crenças e hábitos de saúde, o indivíduo apresenta comportamentos e/ou crenças negativos quanto à efetividade e/ou à necessidade de execução de exercícios físicos, com interferência nessa prática.</p>
FALTA DE MOTIVAÇÃO PARA A PRÁTICA DE EXERCÍCIOS FÍSICOS
<p>Conceito: Estado em que o indivíduo experimenta falta de desejo, de impulso, de força de vontade e/ou outra característica fisiológica, intelectual e/ou afetiva intrínseca que o impede de buscar satisfação com a prática de exercícios físicos.</p> <p>RE*: Ao avaliar o indivíduo quanto à motivação, o mesmo expressa falta de vontade para a execução de exercícios físicos caracterizada por fatores intrínsecos, tais como: falta de desejo, de impulso, de força de vontade e/ou outra característica fisiológica, intelectual e/ou afetiva.</p>
FALTA DE INTERESSE EM SE EXERCITAR
<p>Conceito: Estado em que o indivíduo demonstra falta de interesse em praticar exercícios físicos. Tal desinteresse refere-se à condição de falta de uma disposição de juízo dirigida à prática de atividade física em que o indivíduo não percebe vantagens, ganhos, proveitos e importância decorrentes dessa prática.</p> <p>RE*: O indivíduo verbaliza juízo de valor negativo acerca dos benefícios e da importância de exercícios físicos, com consequências negativas para a execução dessa prática.</p>
FALTA DE APOIO SOCIAL PARA A PRÁTICA DE EXERCÍCIOS FÍSICOS
<p>Conceito: Ações, crenças e atitudes da família e/ou amigos que dificultam a prática de exercício físico, devido ao baixo apoio oferecido ao indivíduo.</p> <p>RE*: Aplicar a Escala de Apoio Social ¹. Essa escala possui 13 itens, avaliados a partir de uma escala de Likert, variando de 1 (nunca) a 5 (sempre). Valores inferiores ou iguais a 3 sugerem que o indivíduo não tem apoio social necessário à prática de exercícios físicos.</p>

*Referência empírica; ¹ Anexo C

Continuação

Quadro 27 – Estrutura proposta para o diagnóstico de enfermagem Estilo de vida sedentário em indivíduos com hipertensão arterial. Fortaleza, 2011

FALTA DE RECURSOS (TEMPO, DINHEIRO, LUGAR, SEGURANÇA, EQUIPAMENTO) PARA A PRÁTICA DE EXERCÍCIOS FÍSICOS
<p>Conceito: Referência verbal de insuficiência de recursos (físicos, estruturais e materiais) para início e/ou manutenção da prática de exercícios físicos.</p> <p>RE*: o indivíduo relata pelo menos falta de um desses recursos para a prática de exercícios físicos: tempo, dinheiro, lugar, segurança ou equipamentos. Por exemplo:</p> <ul style="list-style-type: none">- o trabalho ocupacional ou doméstico que ocupa todo o dia, é exaustivo;- a família consome muitas horas do dia, dificultando a prática de exercícios físicos;- há falta de recursos financeiros mínimos para a aquisição do material mínimo necessário para os exercícios físicos, ou para pagar empresas responsáveis pela oferta de suporte aos exercícios físicos;- não há lugar com condições mínimas de prover segurança pessoal, que garanta a integridade física;- não há equipamentos necessários para execução de um exercício físico específico.
FALTA DE CONFIANÇA PARA A PRÁTICA DE EXERCÍCIOS FÍSICOS
<p>Conceito: Falta de confiança do indivíduo para a prática de exercícios físicos, demonstrando pouca persistência, comprometimento, desenvoltura e perseverança frente às barreiras para a prática.</p> <p>RE*: Aplicar a Escala de Autoeficácia² que avalia o quanto o indivíduo está confiante de que pode realmente se motivar a fazer exercícios físicos de forma consistente por, pelo menos, seis meses. A escala possui 12 itens avaliados, a partir de uma escala de Likert, variando de 1 (eu sei que eu não posso) a 5 (eu sei que eu posso). Valores inferiores ou iguais a 3 considera-se que o indivíduo não tem confiança para se exercitar.</p>
FALTA DE TREINO PARA FAZER OS EXERCÍCIOS FÍSICOS
<p>Conceito: Falta de treinamento para desenvolver a capacidade e habilidade de realizar exercícios físicos, que proporcionem melhorias na aptidão física e no desempenho em esforços físicos.</p> <p>RE*: O indivíduo relata falta de habilidade ou capacidade para o uso de materiais e/ou equipamentos ou para execução adequada de exercícios físicos, requerendo treinamento específico.</p>
MOBILIDADE PREJUDICADA
<p>Conceito: Capacidade limitada do indivíduo para desempenhar quaisquer movimentos necessários para a execução de exercícios físicos.</p> <p>RE*: O indivíduo apresenta dificuldade em desempenhar quaisquer movimentos motores, tais como: flexão, extensão, abdução, adução, rotação, circundação, supinação, pronação, inversão, eversão, protração e retração dos músculos do corpo. Essa dificuldade pode estar associada ao controle e/ou força muscular diminuídos, bem como ocorrer por enrijecimento das articulações. A amplitude de movimento das articulações é avaliada pelos tipos básicos de movimentos articulares: flexão, extensão, dorsiflexão, flexão palmar e plantar, adução e abdução, rotação interna e externa, pronação, supinação, inversão e eversão.</p>
INTOLERÂNCIA À ATIVIDADE
<p>Conceito: Manifestações de sinais e sintomas físicos, potencialmente negativos para a prática de exercícios físicos que podem impedir ou dificultar a realização desse comportamento.</p> <p>RE*: Apresenta dispnéia, desconforto e/ou resposta anormal da frequência cardíaca aos esforços; Relato verbal de desmaios, tonturas e/ou fraqueza aos esforços.</p>

*Referência empírica; ²Anexo D

Continua

Continuação

Quadro 27 – Estrutura proposta para o diagnóstico de enfermagem Estilo de vida sedentário em indivíduos com hipertensão arterial. Fortaleza, 2011

RELATO DE DOR
<p>Conceito: Experiência sensorial e emocional desagradável associada a dano real ou potencial de um tecido. É um fenômeno fisiológico, comportamental e emocional.</p> <p>RE*: O indivíduo:</p> <ul style="list-style-type: none">- relata que está sentindo dor;- apresenta expressão facial de dor: olhos embaçados, aparência cansada, testa enrugada, olhos exageradamente abertos ou fechados, olhar fixo ou disperso, caretas ou outras expressões distorcidas, aparência triste ou abatida;- comporta-se na defensiva: coloca as mãos sobre a área dolorida, postura contorcida.- apresenta vocalizações que representam a dor: grunhidos, gemidos, choro;- apresenta mudanças nos sinais vitais;- apresenta palidez, diaforese e boca seca.- Escala Descritiva da Intensidade da dor: Nenhuma; Quase imperceptível; Leve; Moderada; Grave; Pior dor.
CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS
EXCESSO DE PESO
<p>Conceito: Balanço energético positivo que resulta de uma dieta com alta ingestão calórica e/ou desencorajamento de prática regular de exercícios físicos.</p> <p>RE*: Índice de massa corporal igual ou superior a 25 kg/m², calculado a partir da fórmula: peso (kg)/altura (m)².</p>
BAIXO DESEMPENHO NAS ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DA VIDA DIÁRIA
<p>Conceito: Dificuldade em realizar movimentações físicas necessárias para manter as atividades cotidianas de um dia normal.</p> <p>RE*: Relato de dificuldade para realizar tarefas, tais como: fazer compras, executar as atividades do trabalho e as atividades domésticas (exemplos: cozinhar, lavar roupa, arrumar a casa, entre outras).</p>
ESCOLHE ROTINA DIÁRIA SEM EXERCÍCIOS FÍSICOS
<p>Conceito: Condição em que o indivíduo escolhe uma rotina diária sem uma atividade física planejada e estruturada, que melhore ou mantenha a aptidão física.</p> <p>RE*: O indivíduo relata que não pratica exercícios físicos, regularmente, ou que suas atividades se limitam a afazeres domésticos ou ocupacionais.</p>
NÃO REALIZA ATIVIDADES FÍSICAS NO TEMPO DE LAZER
<p>Conceito: Não realiza atividades com gastos energéticos maiores que os de repouso no tempo de lazer.</p> <p>RE*: O indivíduo relata que, no tempo de lazer, não realiza atividades que requerem movimentos físicos com gastos energéticos maiores que os de repouso. Realiza, no tempo de lazer, atividades tais como: assistir televisão, ler livros, assistir filmes, conversar com amigos, entre outras.</p>
CAPACIDADE CARDIORRESPIRATÓRIA DIMINUÍDA
<p>Conceito: Diminuição da capacidade do sistema cardiovascular e do aparelho respiratório para a realização de esforços físicos de intensidade moderada ou alta por períodos de longa duração.</p> <p>RE*: O indivíduo relata incapacidade/dificuldade para executar exercício físico de intensidade moderada a alta, por perceber sintomas que sugerem esforço exagerado, revelado por: desconforto torácico, dor nas pernas, dispnéia, tontura, vertigem e cansaço. Além disso, na avaliação da capacidade para a prática de exercício físico, por meio da escala proposta por COOP/WONCA³ o indivíduo apresenta um escore maior que 3, definindo uma capacidade diminuída para a realização de exercício físico.</p>

*Referência empírica; ³Anexo E

Continua

Continuação

Quadro 27 – Estrutura proposta para o diagnóstico de enfermagem Estilo de vida sedentário em indivíduos com hipertensão arterial. Fortaleza, 2011

FORÇA MUSCULAR DIMINUÍDA
<p>Conceito: Diminuição da força exercida para dar início ou resistir a movimentos, seja ela a força cinética (a força exercida para mudar-se de posição) ou dinâmica (a força exercida para resistir ao movimento de uma posição fixa).</p> <p>RE*: A força pode ser testada de duas maneiras:</p> <ol style="list-style-type: none">1) O indivíduo coloca uma articulação em determinada posição e o examinador tenta movê-la;2) O indivíduo tenta mover uma articulação ou contrair um músculo contra a resistência fixa do examinador. A partir dos testes, a força pode ser avaliada, quantitativamente, por meio dos Graus do Nível de Função Muscular: <ol style="list-style-type: none">0 Sem evidências de movimentos1 Traços de movimentos2 Amplitude total de movimento, mas não contra a gravidade3 Amplitude total de movimento contra a gravidade, mas não contra a resistência4 Amplitude total de movimento contra a gravidade e certo grau de resistência, mas fraca5 Amplitude total de movimento contra a gravidade e resistência total. <p>Quando a força muscular é graduada como 3 ou menos, a força muscular está diminuída.</p>
FLEXIBILIDADE DAS ARTICULAÇÕES DIMINUÍDA
<p>Conceito: Diminuição da capacidade de realizar movimentos em quaisquer articulações, com apropriada amplitude de movimento, interferindo na realização de exercícios físicos.</p> <p>RE*: Avaliar a flexibilidade ativa e passiva das articulações (amplitude máxima fisiológica de um dado movimento articular) por meio de um goniômetro. A flexibilidade é específica para cada articulação, podendo variar de um indivíduo para o outro. Os valores de referências encontram-se no manual dos goniômetros.⁴</p>
VERBALIZA PREFERÊNCIA POR ATIVIDADES COM POUCO EXERCÍCIO FÍSICO
<p>Conceito: Condição em que o indivíduo verbaliza preferência por movimentos corporais que resultem em baixo gasto energético, com poucos movimentos repetitivos e intencionais.</p> <p>RE*: O indivíduo relata preferência por atividades não programadas, não intencionais, com pequenos gastos energéticos, com frequência, intensidade e duração inferiores ao recomendado.</p>

*Referência empírica; ¹Anexo C; ²Anexo D; ³Anexo E; ⁴Anexo F

5 DISCUSSÃO DA VALIDAÇÃO POR ESPECIALISTA

Conforme já referido, a taxa de retorno dos instrumentos foi de 47,52%. Os estudos de validação do diagnóstico de enfermagem “Angústia espiritual” (CHAVES, 2008) e “Falta de adesão” (OLIVEIRA, 2011) encontram taxas de retorno superiores. Em contrapartida, Vitor (2010) ao validar o resultado de enfermagem “Comportamento de prevenção de quedas”, e Santos (2011), o resultado “Integridade Tissular” contaram com taxas de retorno menos expressivas que as evidenciadas no estudo ora apresentado.

Segundo Chaves, Carvalho e Rossi (2008) a dificuldade de identificar enfermeiras especialistas no diagnóstico que se pretende validar foi observada na literatura nacional e internacional, sobretudo se respeitados os critérios propostos por Fehring, fato este que leva muitos pesquisadores à adoção parcial desses critérios. Assim, recomenda-se um número satisfatório desses sujeitos, sendo, no entanto, relacionado à disponibilidade dos profissionais com a competência estabelecida e ao poder de representação desejado (CARVALHO *et al.*, 2008).

No Brasil, esse problema é acentuado pelo número reduzido de enfermeiros especialistas em uma determinada área de interesse do diagnóstico a ser validado, ou de enfermeiros que utilizam o diagnóstico de enfermagem na prática clínica. A tanto se associam as questões de preparo acadêmico, situações burocráticas, políticas e econômicas que desafiam os profissionais da área a buscar soluções (CHAVES; CARVALHO; ROSSI, 2008).

Em uma abordagem mais ampliada, Vitor (2010) acredita que o reduzido número de especialistas que aceitam participar dos estudos de validação pode ter relação com o crescente número de pesquisas dessa natureza e, portanto, com a saturação das possibilidades de colaboração e participação. Nesse sentido, a autora evidencia a necessidade de uma maior divulgação do rol de especialistas, por meio da criação de bancos de dados ou do aprimoramento das bases de currículo de pesquisadores no Brasil.

A caracterização dos especialistas, encontrada neste estudo, é semelhante a outros de validação de terminologias de enfermagem. Quanto ao sexo, a prevalência do feminino é determinante, nos diversos estudos (MELO, 2004; CHAVES, 2008; OLIVEIRA, 2011) que validaram diagnósticos de enfermagem, sendo o fato vinculado à gênero eminentemente feminino dos profissionais da Enfermagem.

No tocante à idade, a média encontrada foi de 33,97 (\pm 10,32), sendo, portanto, inferior a do estudo de validação do diagnóstico de enfermagem “Angústia espiritual” (CHAVES, 2008), e, por outro lado, superior à observada por Oliveira (2011) ao validar o diagnóstico “Falta de adesão”. Os menores valores de médias de idade podem ser reflexo do ingresso cada vez mais precoce nos programas de Pós-graduação (OLIVEIRA, 2011).

A respeito da região geográfica dos especialistas, observou-se que a amostra representa 16 Estados do Brasil, em especial das regiões Sudeste e Nordeste, minimizando, assim, o viés cultural e regional decorrente da falta de diversidade cultural que limita os estudos de validação (CHAVES, 2008). Na opinião de Melo (2004), poucos são os enfermeiros que se interessam por essa temática, porém a presença de profissionais, em diversos estados, mostra o crescente interesse nessa área.

Entre os estados, aqueles com maior quantitativo de especialistas foram São Paulo e Ceará. Parte desses achados é corroborada por Chaves, Carvalho e Rossi (2008) ao afirmarem que os estudos de validação concentram-se, predominantemente, no estado de São Paulo. Por outro lado, o elevado número de especialistas oriundos do Ceará pode ter sido promovido, em parte, pela facilidade de contato e proximidade com a autora desta tese e indica um crescente interesse local por estudos que envolvam terminologias de enfermagem.

Concernente à titulação e à área de atuação, a maioria dos especialistas possui título de doutor, atua em instituições de ensino e utiliza diagnósticos de enfermagem, tanto na prática clínica como no ensino. Frente a esse cenário, Galdeano (2007) acredita que o elevado número de doutores na área e a experiência clínica, podem aumentar a fidedignidade dos dados obtidos no processo de validação por especialistas. Oliveira (2011) ressalta, ainda, que a experiência em utilizar os diagnósticos de enfermagem no ensino, pesquisa e/ou assistência pode contribuir nesse processo. Dessa forma, este estudo optou por selecionar especialistas que trabalham com as terminologias de enfermagem e/ou com sedentarismo e/ou com hipertensão arterial.

Quanto às atividades de pesquisa, a maioria dos especialistas participa de grupos de pesquisa sobre terminologias de enfermagem e desenvolve trabalhos acadêmicos relacionados às terminologias de enfermagem e à hipertensão arterial. No entanto, especificamente, o diagnóstico de enfermagem EVS é pouco estudado pelo enfermeiro. Esses achados são condizentes com os de Chaves (2008), no estudo de

validação do diagnóstico de enfermagem “Angústia espiritual”, em que 84,7% dos especialistas desenvolveram trabalhos científicos com a temática diagnóstico de enfermagem e somente 33,3% abordaram a espiritualidade.

No tocante ao tempo de formação, o estudo ora apresentado encontrou uma média de 11,52 anos e mediana de sete anos. Nesse aspecto, Oliveira (2001) ao validar o diagnóstico de enfermagem “Dor”, e ao comparar os grupos de enfermeiros peritos e não-peritos levantou a necessidade de vários anos de formação na profissão. Assim, esses achados reforçam o perfil da amostra como especialista.

Pertinente à pontuação obtida em acordo com os critérios de Fehring, obteve-se uma média de 10,32 ($\pm 2,32$) e mediana de 11 pontos. De acordo com Galdeano e Rossi (2006), quanto mais títulos, mais pesquisas realizadas, e/ou quanto maior for a experiência clínica do enfermeiro em uma determinada área, mais especialista ele será. Acrescenta-se, ainda, que quanto maior a pontuação, maior será a força de evidência da avaliação. Essas relações podem ter influenciado na média de pontos encontrada, haja vista ter o estudo considerado a experiência no ensino, na pesquisa e na assistência. Não obstante, alguns pesquisadores relatam dificuldades para compor o painel de especialistas brasileiros, de acordo com a pontuação mínima requerida na proposta de Fehring (SANTANA; SAWADA, 2002; BERGAMASCO *et al.*, 2004).

Diante do exposto, a amostra de especialistas mostrou-se suficiente e hábil para a validação do diagnóstico de enfermagem EVS, em indivíduos com hipertensão arterial, bem como dos seus indicadores com as devidas definições conceituais e referências empíricas.

A seguir, a contenda será fundamentada na justificativa e na relevância da manutenção dos indicadores clínicos, listados a partir da validação por especialistas.

Atualmente, a taxonomia II da NANDA-I (2010) apresenta cinco fatores relacionados para o diagnóstico de enfermagem EVS. Após a análise do conceito “sedentarismo” na literatura, a validação deste por especialistas e o levantamento de seus antecedentes e consequentes, sugere-se a reformulação de quatro desses fatores e o acréscimo de mais seis. Assim, a proposta final incorpora onze fatores relacionados, a saber: “atitudes, crenças e hábitos de saúde que dificultam a prática de exercícios físicos”; “conhecimento deficiente sobre os benefícios que a atividade física traz à saúde e / ou sobre as consequências do sedentarismo”; “falta de motivação para a prática de exercícios físicos”; “falta de interesse em se exercitar”; “falta de apoio social para a

prática de exercícios físicos”; “falta de recursos (tempo, dinheiro, lugar, segurança e equipamento)”;

“falta de treino para fazer exercícios físicos”;

“falta de confiança para prática de exercícios físicos”;

“mobilidade prejudicada”;

“intolerância à atividade”;

“relato de dor”.

Na prática profissional, tem-se deparado com a falta de adesão ao tratamento da hipertensão que dificulta / impede o alcance dos objetivos terapêuticos em indivíduos com hipertensão (PIERIN *et al.*, 2011). O enfermeiro, como elemento chave do processo assistencial dessa população, deve conhecer suas características e as reais necessidades para que, a partir delas, estratégias sejam implementadas para a obtenção de maior grau de adesão ao tratamento e o conseqüente controle dos valores tensionais (JESUS *et al.*, 2008).

O estudo sobre a acurácia dos indicadores clínicos, que podem interferir na adesão ao tratamento da hipertensão, com referência à prática de exercícios físicos e, por sua vez, contribuir para a presença do diagnóstico de enfermagem EVS, encontrou que os fatores relacionados “falta de treino para fazer exercícios físicos”, “falta de recursos”, “falta de motivação” e “falta de interesse”, quando presentes, elevaram em 9 vezes (RP = 9,28), 1,75 vezes (RP= 1,75), 4 vezes (RP= 4,087), e 1,9 vezes (RP = 1,90), respectivamente, a probabilidade do indivíduo apresentar o diagnóstico EVS. 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 (GUEDES *et al.*, 2010).

Para Pierin *et al.* (2011) vários determinantes, isoladamente ou associados, atuam nessa problemática. Para tanto, a educação em saúde tem sido apontada como uma forma de mudar essa realidade. A educação das pessoas com doenças crônicas, como a hipertensão, tem como finalidade influenciar o comportamento do hipertenso na obtenção de mudanças e manutenção das mesmas. Os objetivos educacionais guardam relação com a ajuda ao hipertenso, no sentido de entender, conhecer e aceitar a doença; conhecer e reconhecer comportamentos de risco; informar sobre decisões do tratamento e diagnóstico; negociar e cumprir propostas de tratamento e enfrentar problemas de manutenção do tratamento. A educação em saúde, portanto, consolida-se como recurso oportuno e imprescindível à mudança de atitude (MOREIRA; SANTOS; CAETANO, 2009).

Não obstante, para que o processo educativo seja eficaz, é necessário conhecer as atitudes, crenças e hábitos de saúde do indivíduo a respeito da hipertensão

arterial e de seu tratamento, para uma maior efetividade da assistência (PÉRES; MAGNA; VIANA, 2003; WENDHAUSEN; REBELLO, 2004). Lima, Bucher e Lima (2004) enfatizam a importância da relação entre conhecimentos, atitudes e práticas para o planejamento e elaboração de intervenções educativas, para indivíduos com hipertensão arterial, apesar da complexidade que envolve essas variáveis.

Ao estudarem essa temática, Péres, Magna e Viana (2003) observaram um sistema de crenças distorcido em relação à doença hipertensiva, associado a um conhecimento parcial sobre diversos aspectos da hipertensão, que geram práticas de controle também distorcidas. Considerando esses achados, os autores propõem que os profissionais de saúde conheçam preliminarmente as atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas do indivíduo com hipertensão arterial com vistas à adesão do plano terapêutico. Em concordância, Zamai *et al.* (2009) afirmam que as atitudes e as crenças parecem explicar o porquê dos comportamentos sedentários ao invés da prática de atividades físicas.

Ao avaliar o conhecimento, a atitude e a prática de 1067 pessoas com hipertensão arterial de um país em transição epidemiológica Aubert *et al.* (1998) constataram uma compreensão limitada das atitudes e práticas frente aos fatores de risco cardiovasculares, e quanto aos benefícios potenciais de medidas coadjuvantes não-farmacológicas para o controle da hipertensão, como a prática de exercício físico.

É válido ressaltar que as crenças de saúde, os aspectos culturais e comportamentais não são fáceis de manejar e modificar, requerendo dos enfermeiros, em especial, empenho para adesão à prática de exercícios físicos entre os indivíduos com hipertensão arterial.

Outro ponto importante, frente à adesão a um estilo de vida mais ativo, é o conhecimento. Logo, o direito à informação e aos mecanismos para que esses conhecimentos sejam incorporados por qualquer indivíduo, independentemente de sua situação social, devem ser garantidos. No entanto, a ideia de conhecimento, por si só, não garante a mudança de atitude (KNUTH *et al.*, 2009), porém, o desconhecimento acerca da prática de exercícios físicos, torna improváveis mudanças comportamentais (FERREIRA; NAJAR, 2005). Essa relação foi evidenciada no estudo de Guedes *et al.* (2010), quando apesar de 95,8% possuírem conhecimento sobre os benefícios que a atividade física traz à saúde, em 60% dos entrevistados o diagnóstico EVS esteve presente.

Em concordância, os resultados de um estudo sobre o conhecimento e adesão terapêutica, mostraram que apesar do conhecimento sobre a doença, do tratamento e do grau satisfatório de bem-estar, identificou-se presença de atitudes desfavoráveis frente à doença e ao tratamento, como o elevado índice de sedentarismo (77,4%), além da falta de controle dos valores da pressão arterial em percentuais expressivos (JESUS *et al.*, 2008).

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

Dentro desse contexto, Santos e Lima (2005) 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.

Nesse sentido, merece especial atenção constatação de que o conhecimento sobre o papel do exercício físico no tratamento da hipertensão é bem maior quando comparado à prevenção, visto que o foco do conhecimento da atividade física deve centrar-se não apenas no tratamento, mas na conscientização dos seus benefícios no que se refere às atitudes relacionadas à prevenção deste agravo (KNUTH *et al.*, 2009). Isso facilitaria a adesão às orientações, à manutenção ou melhora do bem-estar, além de evitar alterações de saúde decorrentes da inatividade física.

Em um estudo que avaliou 440 pessoas com hipertensão, evidenciou-se associações estatísticas de que os pacientes não controlados demonstraram que são mais sedentários (62,37% *versus* 37,66%, $p = 0,001$) e que possuem um maior desconhecimento sobre a relação da atividade física no controle da hipertensão arterial quando comparados àqueles com a doença controlada (82,7% *versus* 17%, $p = 0,002$). Ademais, após os ajustes no modelo de regressão logística, a falta de controle nos pacientes estudados associou-se à falta de conhecimento sobre a influência da prática de atividade física no tratamento da hipertensão, elevando em 3,49 vezes a chance de falta de controle da doença (PIERIN *et al.*, 2011).

Importa destacar que a “falta de conhecimento sobre as vantagens da realização de exercício físico para a saúde” foi identificada na validação do conteúdo

diagnóstico da etiqueta de enfermagem “Sedentarismo”, como um fator relacionando (GUIRAO-GORIS; PINA; CAMPO, 2001).

A discrepância entre ter informação a respeito da doença e tratamento e conseguir controlar a pressão arterial, aponta para a diferença essencial entre conhecimento e adesão. Nesse sentido, enquanto o conhecimento é racional, a adesão é um processo complexo, envolvendo fatores emocionais, afetivo e barreiras concretas, de ordem prática e logística (VAN WIJK *et al.*, 2005; ISRAILI; HERNÁNDEZ-HERNÁNDEZ; VALASCO, 2007; PIERIN *et al.*, 2011), aos quais são acrescidos por hábitos e habilidades arraigados no corpo e por representações construídas no interior do cotidiano, aprendidas por meio de práticas, das relações interpessoais e da interação das pessoas com o seu meio (LIMA; BUCHER; LIMA, 2004).

Face à complexidade da adesão terapêutica, estudos apontam lacuna quanto aos aspectos comportamentais, sobretudo, no que se refere à motivação e ao interesse para a prática habitual de exercícios físicos. Sabe-se que o motivo de realização de uma atividade está relacionado aos esforços de um indivíduo em dominar uma tarefa, atingir seus limites, superar obstáculos, alcançou desempenho melhor que outros e ter orgulho de seu talento. Assim sendo, o fenômeno da motivação é muito complexo, identifica-se a partir das diferenças individuais, é fruto de experiências acumuladas e se liga diretamente à história de cada um (TRUCCOLO; MADURO; FEIJÓ, 2008).

Recentemente, fatores associados à motivação para se exercitar fisicamente com regularidade apresentam-se como foco principal de alguns estudos (MALTBY; DAY, 2001; MATSUMOTO; TAKENAKA, 2004; EDMUNDS; NTOUMANIS; DUDA, 2006; RUPPAR; SCHNEIDER, 2007). No entanto, no Brasil, percebe-se uma restrição de informações relacionadas a esse tema (SANTOS *et al.*, 2011).

Nesse contexto, Santos *et al.* (2011) com o escopo de contribuir para uma melhor compreensão dos fatores motivacionais à prática dos exercícios físicos, realizaram uma revisão conceitual bibliográfica. Os achados evidenciam que, para manutenção da prática sistemática do exercício físico por maior período de tempo, independente de sua finalidade, é fundamental que haja motivação específica.

A abordagem conceitual concluiu que a motivação pode ser direcionada ao conhecimento, à execução e à estimulação. Ademais, pode estar relacionada a condições específicas peculiares, envolvendo interesse em prevenir doenças, controlar o peso corporal e melhorar a condição e a aparência física (LEGNANI, 2009; SANTOS *et al.*, 2011; LEGNANI *et al.*, 2011).

Achados apontam que os indivíduos interessados em praticarem regularmente algum tipo de exercício físico, necessitam de esforços pessoais bem amplos, principalmente em segmentos da sociedade onde os mecanismos poupadores de energia e os apelos para se tornar insuficientemente ativo são muito tentadores (DESCHAMPS; DOMINGUES FILHO, 2005; EDMUNDS; NTOUMANIS; DUDA, 2006; LEGNANI, 2009; LEGNANI *et al.*, 2011).

Em um estudo sobre conhecimento, atitude e prática de hipertensos, Aubert *et al.* (1998) afirmam que, apesar de os indivíduos possuírem conhecimento, poucos demonstraram motivação para mudança no estilo de vida, e menos ainda alcançaram competência e atitude para um novo comportamento, como um estilo de vida mais ativo. Em concordância, Stewart (2004) assevera que, apesar das evidências de benefícios do treinamento físico, essa modalidade de prevenção e tratamento da hipertensão é subutilizada. A falta de motivação e/ou a ausência de informações específicas, fornecidas pelos profissionais de saúde, foram fatores importantes para tal situação (BONNET *et al.*, 2005). No estudo de Bowles *et al.* (2002), a falta de motivação foi a única variável associada significativamente com a inatividade física ($p = 0,04$).

Por outro lado, evidências associam motivação, exercícios físicos e bem-estar psicológico, confirmando que um estilo de vida ativo favorece alterações emocionais benéficas ao estado de saúde. Para Masson *et al.* (2005), a atividade física age sobre a psique dos praticantes, diminuindo o isolamento, a depressão, e favorecendo a socialização e a formação de novos grupos, além de melhorar a autoimagem.

Em uma pesquisa sobre fatores motivacionais à adesão ao exercício físico, os fatores psicológicos, sociais e fisiológicos parecem ser igualmente importantes para as mulheres. Em contrapartida, os resultados sugerem que os homens têm no exercício físico uma ferramenta de melhora psicológica e fisiológica, bem mais importante do que qualquer outro fator social (TRUCCOLO; MADURO; FEIJÓ, 2008). Esses resultados estão de acordo com Freitas *et al.* (2007), que estudando 120 idosos ativos encontraram como principais razões para a prática do exercício físico a melhora da saúde e a redução do estresse.

Nesse sentido, para programar intervenções que sejam eficazes no campo da atividade física, é imprescindível conhecer a motivação, as intenções e os interesses associados à adoção e manutenção de um estilo de vida fisicamente ativo (DUMITH; DOMINGUES; GIGANTE, 2008). Acrescenta-se, a tanto, que as intervenções de

enfermagem motivacionais e que estimulem a superação da resistência ao exercício são questões fundamentais na tentativa de iniciar e manter uma prática regular de exercício físico (BOSWORTH *et al.*, 2008).

No que diz respeito ao fator relacionado “falta de apoio social”, pesquisadores têm como tema de investigação a relação existente entre disponibilidade de apoio social e adesão aos comportamentos de saúde. Acredita-se que os relacionamentos sociais exercem papéis fundamentais na vida das pessoas, cumprindo função importante nas dimensões sociais, psicológica e comportamental (UCHINO, 2004; ABREU-RODRIGUES, 2008; ABREU-RODRIGUES; SEIDL, 2008).

Abreu-Rodrigues (2008) ressalta que diversas definições teóricas diferenciam-se por aspectos, como a conceituação, a percepção, as consequências do apoio, e o tipo de relação entre o provedor e o receptor, dificultando os processos de avaliação e análise.

Não obstante, pesquisadores esclarecem a relação entre apoio social e exercícios físicos. O suporte social exerce influências positivas na adesão à prática de exercícios físicos (ENG *et al.*, 2002). Wallace *et al.* (2000) demonstram que o suporte de amigos e familiares predispõe à participação em atividades físicas, e, conseqüentemente, leva à diminuição do sedentarismo em pacientes com alterações cardiovasculares. Em consonância, o estado civil foi apontado como fator relacionado da adesão ao tratamento da hipertensão arterial. Isso pode ser justificável se forem considerados o acolhimento familiar e a possibilidade de incentivo do companheiro para fazer dieta, exercício físico, tomar remédios, entre outros fatores (PIRES; MUSSI, 2008).

Maciel (2010a), ao estudar a rede de apoio social de indivíduos com hipertensão arterial, encontrou que a família foi a principal fornecedora de apoio, caracterizada por ajuda material e de serviços, guia cognitivo e conselhos, amparo emocional e companhia social. Além disso, o apoio dos amigos também foi considerado importante suporte emocional, levando em conta que estes se caracterizam como as pessoas de maior confiança para desabafar e oferecer conselhos. Todavia, a companhia social é considerada a maior contribuição dos amigos, principalmente, no que se refere ao lazer.

Por outro lado, mulheres com baixos níveis de apoio social apresentaram um risco maior para o sedentarismo, quando comparados àquelas com níveis maiores (MARTIN *et al.*, 2008). Allen *et al.* (2001), ao estudarem 5115 indivíduos, mostraram

que o baixo nível de apoio social esteve associado à pior adesão aos comportamentos de saúde, tais como a prática de atividade física. Além disso, relacionou-o à morbidade e à mortalidade elevada de paciente coronarianos. Nessa mesma perspectiva, a falta de apoio social, como fator que favorece ao sedentarismo e à piora das condições físicas, foi evidenciada em outro estudo (BOUTIN-FOSTER, 2005).

Bocchi e Angelo (2008) complementam que indivíduos que percebem o suporte social, como insatisfatório ou indisponível, poderão sentir que são incapazes para mudar e manter comportamentos favoráveis à saúde cardiovascular, tais como: praticar exercícios físicos, ter uma dieta adequada e deixar de fumar.

Essas evidências sustentam a ideia de que o indivíduo com hipertensão arterial precisa do envolvimento de familiares e amigos, fornecendo sustentação e apoio para as decisões a serem tomadas, envolvendo-os nas atividades que permeiam a aquisição e a manutenção de uma vida mais saudável (ZAMAI *et al.*, 2009).

Além da influência social no sedentarismo, 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 outros fatores, como: experiências anteriores; aconselhamento médico; conveniência do local de exercitação; acesso a instalações e espaços adequados à prática de exercício dessa natureza; aspectos biológicos/fisiológicos; gênero; motivação para a prática do exercício; disponibilidade de tempo; condição socioeconômica; e conhecimento sobre exercícios físicos. Referidos autores destacam, ainda, que a importância relativa de cada um desses fatores, na adesão à prática de exercícios físicos, pode variar de acordo com o local, a população ou o período de tempo estudado.

Em similaridade, Silva *et al.* (2011) versam sobre a diversidade de determinantes que podem influenciar um estilo de vida fisicamente ativo, considerando as características socioeconômicas, demográficas, comportamentais e ambientais, bem como o nível de conhecimento, atitudes e crenças acerca das atividades físicas. Esses autores apresentaram resultados da análise multivariada entre as barreiras à prática de exercícios físicos e a inatividade física no lazer. Após ajuste para as variáveis sexo, idade, escolaridade, renda, estado civil, consumo de bebidas alcoólicas, fumo, estresse, satisfação no trabalho, as principais barreiras encontradas foram: cansaço ($p < 0,002$), falta de vontade ($p < 0,001$), obrigações familiares ($p < 0,001$), falta de dinheiro ($p < 0,001$), obrigações de estudo ($p < 0,001$), excesso de trabalho ($p < 0,001$) e clima ($p = 0,02$).

Matsudo 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 *et al.* (2005), 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. 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. A falta de tempo também foi evidenciada por outros autores (MOREIRA; SANTOS; CAETANO, 2009; COLETA, 2010).

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 (GUEDES, 2008).

Brazão *et al.* (2009), ao pesquisar as barreiras percebidas para a prática de exercício físico encontrou o seguinte: para os sedentários, a falta de tempo, a falta de dinheiro, a falta de instalações, a falta de segurança e a falta de equipamentos foram objetivo de citação por 27,5%, 27,3%, 54,5%, 37,5% e 27,5% dos entrevistados, respectivamente. Já para indivíduos com riscos cardiovasculares, a falta de tempo, o excesso de trabalho, a violência urbana e a discriminação foram alguns dos fatores contribuintes para a maior vulnerabilidade à inatividade física (MORAIS; LIMA; SANTOS, 2010).

Ao estudarem as barreiras para a prática de atividades físicas em adultos brasileiros, Reichert *et al.* (2007) encontraram que 85% dos 3.100 indivíduos entrevistados relataram pelo menos uma barreira. A barreira com a maior prevalência foi a falta de dinheiro (40,3%), seguida por se sentir muito cansado para fazer exercícios (38,1%), falta de companhia (32,2%) e falta de tempo (31,5%). Após ajustes para possíveis fatores de confusão, não gostam de exercício, se sentir muito cansado para fazer exercícios, falta de dinheiro, falta de companhia, e falta de tempo foram preditores

significativos de inatividade física. Ademais, evidenciaram uma forte relação dose-resposta entre o número de barreiras físicas e inatividade.

As características ambientais são os determinantes de atividade física menos estudados; entretanto, é importante entender seus efeitos, uma vez que tais fatores podem influenciar toda uma população (REICHERT, 2004). Parks, Housemann e Brownson (2003) identificaram uma relação dose-resposta entre número de locais disponíveis para a prática de exercícios e nível de atividade física entre residentes da zona urbana. Para cada local a mais duplicava-se a probabilidade de alcançar as recomendações para ganhos na saúde a partir das atividades físicas.

No âmbito de estudos sobre os fenômenos de enfermagem na validação de conteúdo da etiqueta diagnóstica Sedentarismo, falta de recurso, falta de companhia e falta de tempo foram apresentadas como fatores determinantes que favorecem a inatividade física (GUIRAO-GORIS; PINA; CAMPO, 2000). Da mesma forma, ao propor o diagnóstico de enfermagem “Déficit de atividade física”, Barnett-Damewood e Carlson-Catalano (2000) consideraram que falta de tempo é um fator relacionado.

Diante dos achados, é evidente a premência em estimular a população a desenvolver um estilo de vida mais ativo, com vistas à melhoria dos padrões de saúde. Acredita-se que o caminho mais indicado seja a educação e o estímulo para a mudança de atitudes, diante da hipertensão arterial e do sedentarismo. À conta disso, é que serão sempre necessárias intervenções modernas de promoção de atividade física não centrada apenas no indivíduo, mas também no seu entorno, em uma abordagem multifatorial.

Pelo exposto, é necessária a compreensão dos fatores que condicionam o indivíduo a não adesão de exercício físico, justo para influenciar reparações nas ações em prol da prática regular de atividade física, ou até influenciar estratégias governamentais, com o escopo de tornar mais expressiva a adesão a essa prática (MORAIS; LIMA; SANTOS, 2010).

Nesse sentido, 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, insiram-se em grupos aderentes à prática de exercícios físicos e reúnam condições objetivas para assumir essa prática, dispondo por exemplo, de recursos financeiros, tempo livre e acesso fácil aos locais onde ela se desenvolve.

Entre as evidências da literatura analisadas, a falta de confiança, avaliada a partir da autoeficácia, é outro determinante que exerce efeitos negativos à prática de

exercício físico. Matias *et al.* (2009) ao citarem Pajares (1997), afirmam que as crenças de autoeficácia influenciam o processo motivacional e autorregulatório; auxiliam as pessoas quanto às escolhas que elas fazem e aos caminhos que serão percorridos; e, ainda, influenciam o quanto de esforço a pessoa irá aplicar em determinada tarefa e o quanto de tempo precisará dispor ao se deparar com obstáculos. Assim, a autoeficácia percebida determina o nível de comprometimento que os indivíduos aplicam nas ações e reflete as habilidades pessoais para a realização de um dado comportamento.

Conforme Barr-Anderson *et al.* (2007), as intervenções que aumentam a autoeficácia podem resultar em maior participação na prática de atividade física estruturada. Essa relação foi evidenciada por Daley *et al.* (2009) quando, após intervenções educativas em mulheres com pressão arterial elevada a média dos escores para autoeficácia foram estatisticamente maiores ($p < 0,05$), o que culminou com o deslocamento da maior prevalência de mulheres do estágio de contemplação (40%) para o estágio de ação (67,5%).

Esses estágios foram embasados no Modelo Transteórico que, aplicado ao exercício possui cinco estágios: Precontemplação – o indivíduo não tem intenção de praticar exercícios físicos em um futuro previsível (seis meses); Contemplação – o indivíduo pensa seriamente em se exercitar nos próximos seis meses; Preparação – o indivíduo tenciona se exercitar em um futuro próximo, faz pequenas mudanças e participa de alguns exercícios, mas não regularmente; Ação – o indivíduo começa a praticar exercícios físicos regularmente; Manutenção – o indivíduo realiza exercícios físicos, regularmente, por no mínimo seis meses ou mais (DALEY *et al.*, 2009; CHIANG; SUN, 2009). Destaca-se que este modelo foi caracterizado como antecedente à prática de atividade física em um estudo que analisou o conceito de exercício físico em portadores de hipertensão arterial (GUEDES; LOPES, 2010).

A partir do Modelo Transteórico, o enfermeiro pode identificar o estágio em que o indivíduo se encontra e, em seguida, combinar a fase de mudança para um estágio específico de intervenção para promoção de exercícios físicos. Os componentes específicos utilizados no sucesso de intervenções de enfermagem para a autoeficácia relacionada à prática regular de exercícios físicos são: persuasão verbal, acompanhamento do desenvolvimento, reforço do sucesso e de experiências agradáveis e excitação fisiológica, ajudando o paciente a reconhecer respostas fisiológicas e emocionais positivas (LEE; AVIS; ARTHUR, 2007; DALEY *et al.*, 2009).

A caracterização de 61 mulheres insuficientemente ativas, mostrou que, segundo os estágios Modelo Transteórico de mudança, 88,52% da amostra estava em contemplação. Ademais, foi relatado um nível moderado de confiança para o exercício frente às barreiras e para uso da automotivação, sendo que as barreiras raramente interferiam na capacidade de serem fisicamente ativas. Não obstante, somente 8% dessas mulheres encontravam-se no estágio de ação ou manutenção (MARTIN *et al.*, 2007).

Conforme Lee, Avis e Arthur (2007), as pessoas com alta confiança em suas capacidades para realizar exercícios são mais propensas a sustentar, recordar e informar um efeito positivo. Essa relação foi comprovada em estudo clínico randomizado controlado, em que os escores para autoeficácia após a intervenção proposta para o grupo caso foram superiores quando comparados ao grupo controle ($p = 0,001$) com consequente aumento da adesão a caminhadas realizadas regularmente ($p < 0,005$).

Acredita-se que para a modificação de comportamento, reforço das competências, necessidade de praticar exercício, acompanhamento sistemático e motivação são elementos importantes para a execução do plano e manutenção de um estado saudável (DALEY *et al.*, 2009; CHIANG; SUN, 2009).

Outro fator relacionado que merece discussão é “falta de treinamento para fazer exercício físico”, haja vista sua importância quando se considera o diagnóstico de enfermagem EVS em indivíduos com pressão arterial elevada, os quais depois de um período de treinamento dinâmico e regular, podem alcançar uma redução significativa em suas pressões sistólica e diastólica, tanto em repouso como no esforço (CHOBANIAN *et al.*, 2003; PITT; REMME; ZANNAD, 2003). Achados semelhantes, envolvendo pacientes com hipertensão arterial, foram encontrados após quatro meses de treinamento com exercícios aeróbicos, de força e de flexibilidade, considerado reduções de 5,8% na PA sistólica ($p < 0,05$) e de 2,2% na PA diastólica ($p > 0,05$), sem qualquer alteração significativa no grupo que não treinou (SIMÃO; SALLES; POLITO, 2008).

Sabe-se que a prática regular de treinamento de exercícios pode oferecer melhorias na aptidão física e na saúde, bem como auxiliar na prevenção e / ou no tratamento de doenças crônicas não transmissíveis, tais como a hipertensão arterial (CÂMARA *et al.*, 2007). Para os indivíduos com hipertensão arterial, o treinamento aeróbico deve ser composto por sessões de, pelo menos 30 minutos, realizadas com uma frequência semanal mínima de 3 vezes e com intensidade leve (40 a 60% do VO₂max).

Para obtenção de melhores resultados, o volume semanal deve ser aumentado, ampliando-se a duração para 50 a 60 minutos e / ou a frequência semanal para cinco sessões / semanais. Este programa deve ser adaptado aos indivíduos, levando em conta outras doenças associadas à hipertensão arterial e a característica biológica de cada paciente (ALVES; FORJAZ, 2007).

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). Assim, torna-se evidente a necessidade de que a prática de exercício físico seja regular, por promover aumento na capacidade física, podendo ser benéfica, tanto para a prevenção, como para o tratamento da hipertensão (CHOBANIAN *et al.*, 2003).

Desse modo, os indivíduos com hipertensão arterial sem contra-indicações clínicas aos exercícios físicos, devem ser encorajados a participar de programas de treinamento, mesmo quando a pressão arterial de repouso está sob controle, via uso de drogas (CHOBANIAN *et al.*, 2003; AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2008).

Andrade *et al.* (2005) encontraram que parte do grupo sedentário percebe o sedentarismo como resultado da falta de treino, hábito ou disciplina para se exercitar. Outrossim, a autoeficácia tende a aumentar após um período de treinamento para o exercício (LEE; LIM; LEE, 2004). Importa ressaltar que “falta de treino para fazer exercício” também foi identificado como fator relacionado na validação da etiqueta diagnóstica de enfermagem Sedentarismo (GUIRÃO-GORIS; PINA; CAMPO, 2000).

Conforme já referido, após análise do conceito “sedentarismo” e validação por especialistas foram determinados como fatores relacionados do EVS “mobilidade prejudicada”, “intolerância à atividade” e “relato de dor”. Relação inversa é encontrada ao considerar os diagnósticos de enfermagem “Mobilidade física prejudicada” e “Intolerância à atividade”, visto que estilo de vida sedentário é fator relacionado. De igual forma, “intolerância à atividade” é fator relacionado de “Mobilidade física prejudicada”. De fato, há uma relação de duplicidade, de causa e efeito, particularizada em cada caso.

Inegavelmente, a mobilidade prejudicada pode gerar incapacidades ou dificuldades para os indivíduos com hipertensão arterial, dificultando a execução de exercícios físicos, assim como para aqueles que apresentarem intolerância à atividade, uma vez que dispnéia, desconforto, fraqueza e / ou resposta anormal da frequência cardíaca aos esforços dificultam a execução de exercício físico.

Em um estudo com 121 indivíduos que sobreviveram ao Acidente Vascular Encefálico que realizavam atividades de reabilitação, 85,1% tinham hipertensão, 58,7% sedentários e 90,1% possuíam o diagnóstico de enfermagem “Mobilidade física prejudicada”. Nesses indivíduos, a probabilidade foi estatisticamente maior para o desenvolvimento do EVS ($p = 0,028$ e razão de prevalência de 1,241). Por outro lado, os indivíduos que possuíam o EVS tiveram probabilidade maior para desenvolver o Risco de intolerância à atividade ($p = 0,019$ e razão de prevalência de 1,476) (MOREIRA, 2008).

O diagnóstico de enfermagem “Mobilidade física prejudicada”, presente em 58,2% dos idosos, dificultou a deambulação e a marcha, e acarretou comprometimentos na execução de atividades diárias. Tal condição leva a refletir sobre a importância do incentivo às práticas que visem à movimentação, deambulação, equilíbrio e força muscular (MARIN *et al.*, 2010). Por outro lado, a inatividade além de favorecer problemas sociais e psicológicos, prejudica a forma física, a capacidade funcional nas atividades do cotidiano e a mobilidade (MORAES *et al.*, 2007).

Com o processo de envelhecimento, algumas manifestações fisiológicas favorecem a dificuldade para realização de atividades físicas, aumentando os índices de sedentarismo. Em contrapartida, a falta desta prática evidencia essas alterações, podendo deixar os idosos em condições funcionais insatisfatórias. Quando comparados aos indivíduos jovens, há redução de 50%, que se manifesta na diminuição da tolerância aos esforços, fundamental para a realização das atividades de vida diária (LANUEZ; JACOB FILHO, 2008).

A avaliação do risco cardiovascular e da atividade física praticada de 226 indivíduos, com idade média de 54,5 ($\pm 13,8$), evidenciou que 16% apresentavam frequentemente sintomas sugestivos de intolerância à atividade tais como falta de ar, dor no peito, tonturas e / ou desmaios. De fato, a presença desses sintomas pode indicar acometimentos cardiovasculares, principalmente durante o exercício, dificultando ou impossibilitando a prática regular de atividade física (FORJAZ *et al.*, 2002).

Além desses sinais e sintomas sugestivos de intolerância à atividade, a dor, seja ela aguda ou crônica, acarreta prejuízos para a prática de exercícios físicos. Em uma análise comparativa entre idosos praticantes de exercícios físicos e sedentários, encontrou-se no grupo sedentário mais relatos de dor, quando comparado ao grupo ativo ($p = 0,045$) (PADOIN *et al.*, 2010). No estudo de Marin *et al.* (2010) a dor crônica

esteve presente em 59,7% da população, impedindo os inclusos nesse percentual de realizar atividades físicas.

Ao avaliar a influência dos exercícios físicos e da alimentação na qualidade de vida de portadores de hipertensão arterial e de diabetes *mellitus*, foi identificado que todos os indivíduos da pesquisa relataram dor e / ou desconforto. Após quatro meses de conscientização, a respeito da prática de atividade física e de hábitos alimentares saudáveis, em parte do grupo esses sintomas desapareceram e em parte eles sofreram redução considerável (OLIVEIRA; SIQUEIRA, 2008).

Diante dos fatos apresentados, salienta-se a complexidade do contexto relacional do EVS, dos seus determinantes e da hipertensão arterial. No entanto, é bem verdade que pessoas sedentárias podem mudar seu estilo de vida, tornando-se mais ativas desde que sejam sensibilizadas para tanto, recebam apoio e informações adequadas e motivadoras, insiram-se em grupos aderentes à prática de exercícios físicos e reúnam condições objetivas para assumir essa prática.

Na tese ora apresentada, além dos fatores que podem culminar no EVS apresentam-se as características definidoras identificadas na análise do conceito e julgadas pelos especialistas, a saber: “excesso de peso”; “baixo desempenho nas atividades instrumentais de vida diária”; “escolhe rotina sem exercícios físicos”; “não realiza atividades físicas no tempo de lazer”; “capacidade cardiorrespiratória diminuída”, “força muscular diminuída” e “flexibilidade das articulações diminuída”; “verbaliza preferência por atividades com pouco exercício físico”.

Quanto ao excesso de peso, sabe-se que o mesmo é, comprovadamente, um fator de risco cardiovascular e, em especial, para o desenvolvimento da hipertensão, resultado de um longo período de balanço energético positivo. Feijão *et al.* (2005) ratificam essa ideia, ao concluírem 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. Relaciona-se à obesidade o desequilíbrio provocado pelo sedentarismo e a ingestão elevada de calorias.

Nesse sentido, exercícios físicos praticados de forma regular auxiliam também no controle do peso corporal, da resistência à insulina e à dislipidemia, reduzindo o risco cardiovascular geral (KRINSKI *et al.*, 2006). 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, tais como o excesso de peso. Galvão e Kohlmann (2002) acrescentam que a perda de peso é pontencializada com a associação entre atividade física e o consumo de uma dieta hipocalórica.

Ademais, diversos estudos apontam o estilo de vida sedentário como um importante indicador de risco do excesso de peso (NEGRÃO *et al.*, 2000; HU *et al.*, 2002; ABDUL-RAHIM *et al.*, 2003; COSTA *et al.*, 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 consonância, Souza *et al.* (2003), ao estudarem a obesidade e os indicadores de risco cardiovasculares, evidenciaram relações entre o excesso de peso ($IMC \geq 30 \text{ Kg/m}^2$) e o sedentarismo ($p = 0,027$). Quanto à obesidade abdominal presente em 35,1%, 70% desses eram também sedentários.

Por conseguinte, é premente que os profissionais de saúde estimulem e orientem uma rotina diária de exercícios físicos, de acordo com as recomendações apontadas, principalmente para aqueles indivíduos que já possuem riscos cardiovasculares associados, como por exemplo, a hipertensão arterial. Ressalta-se a importância de uma proposta terapêutica relacionada ao exercício físico que leve em consideração as preferências individuais.

Nesse contexto, em um estudo envolvendo 310 pessoas com o diagnóstico de hipertensão as características definidoras “escolhe rotina diária sem exercício físico” e “verbaliza preferência por atividade com pouco exercício físico” estiveram presentes em 41,6% e 55,5% dos indivíduos com EVS, respectivamente. Ademais, foram essas características que apresentaram maiores especificidade (99,21% e 95,97%) (GUEDES *et al.*, 2010).

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 as características consideradas como críticas ou específicas. Em contrapartida, em investigação

semelhante, Guirao-Goris e Duarte-Climents (2007) encontraram para “a família e/ou a pessoa expressam, verbalmente, ter hábitos de vida sedentários” e “verbaliza preferência por atividades com pouco conteúdo de atividade física” índices de validade de conteúdo diagnóstico, iguais a 70 e 74, respectivamente, classificando-as como secundárias.

Conforme já descrito, as características definidoras “escolhe rotina diária sem exercício físico”, “não realiza atividades físicas no tempo de lazer” e “verbaliza preferência por atividades com pouco exercício físico” guardam uma relação entre si, tanto assim que se espera, no caso do indivíduo com hipertensão, preferir atividades com poucos exercícios físicos, uma rotina diária sem exercício, bem como um lazer eximido de quaisquer atividades físicas.

A relação entre essas características definidoras foi evidenciada em um estudo sobre a autoavaliação de saúde, estresse e produtividade no trabalho, entre bancários ativos e sedentários. O grupo ativo realizavam exercícios físicos, regularmente, por prazer e, pelo favorecimento ao esquecimento dos problemas relacionados ao trabalho; enquanto isso os sedentários não o praticavam 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 (ANDRADE *et al.*, 2005).

Krinski *et al.* (2006) ao procederem uma revisão de literatura sobre o efeito dos exercícios físicos em indivíduos com hipertensão e diabetes, concluíram que um programa regular de exercícios físicos de intensidade leve a moderada possui efeitos positivos na redução da pressão arterial, diminuição do débito cardíaco e da resistência vascular periférica, contribuindo para uma maior eficácia no transporte e captação de insulina, aumentando o metabolismo basal, ajudando na perda de peso, auxiliando no tratamento e na redução do risco de desenvolver diabetes e hipertensão arterial sistêmica. Acrescenta-se a tanto, efeitos cognitivos e psicossociais, além dos efeitos antropométricos mais específicos, tais como: manutenção ou incremento da massa muscular, força muscular e da densidade óssea; fortalecimento do tecido conetivo e melhora da flexibilidade (MATSUDO, 2009).

Sedentarismo no lazer pode ser identificado como a não participação em atividades físicas nos momentos de lazer, considerando atividade física como qualquer movimento corporal produzido pela musculatura esquelética que resulte em gasto

energético, tendo componentes e determinantes de ordem biopsicosocial, cultural e comportamental, podendo ser exemplificada por jogos, lutas, danças, esportes, exercícios físicos e deslocamentos (PITANGA; LESSA, 2005).

Esses autores compreendem que o conhecimento sobre o sedentarismo no lazer e seus determinantes, ou fatores associados, pode trazer importantes contribuições para a saúde pública, porque serve de base para o gerenciamento de incentivos à prática regular de atividades físicas em subgrupos populacionais mais afetados por esse tipo de comportamento. Estudos internacionais sobre esse tema, com grandes amostras, encontraram prevalências variáveis do sedentarismo no lazer, sendo descritas desde 28,9% para mulheres e 24,2% para homens em países da União Européia, incluindo uma variação de 8,1% na Finlândia e 59,3% em Portugal 15. No Brasil, estudos populacionais evidenciam prevalências variando de 47,8% a 87%, considerando homens e mulheres (PITANGA; LESSA, 2005).

Dentre os estudos que versam sobre a diversidade de causas relacionadas à inatividade física no tempo de lazer, o de Amorim (2008) encontrou que de 972 adultos entre 20 e 69 anos, 69,8% não realizavam quaisquer atividade física no tempo de lazer. Em conformidade com os dados, as pessoas que relataram morar perto de praças e parques são mais ativas fisicamente, comprovando que a construção de novos espaços públicos de lazer e uma melhor estruturação dos já existentes, constituem forte estímulo à prática de atividades físicas. Outro dado importante é que aqueles que relataram haver muitos casos de roubos e assaltos na região onde moram mostraram-se mais inativos, apontando para a segurança, outro aspecto fundamental e que faz parte das preocupações do dia-a-dia.

Ademais, esse autor destaca que variáveis ambientais, como acesso à facilidades/conveniências e a locais próprios, iluminados e facilmente acessíveis para a prática de atividade física, satisfação com os recursos para os momentos de lazer/recreação, segurança na vizinhança e ambientes agradáveis em termos estéticos, também mostraram associação com a prática de atividade física no tempo de lazer (AMORIM, 2008).

Diante desses achados, ações educativas sobre a importância da prática regular de atividades físicas, bem como a criação e melhoria de espaços para essas práticas, são pontos decisivos a serem focados por políticas públicas, voltadas à saúde e à qualidade de vida.

Alguns estudos têm procurado verificar a relação entre o nível de atividade física e a capacidade funcional e outros parâmetros de saúde (PATEL *et al.*, 2006; MALMBERG *et al.*, 2006; CAWTHON *et al.*, 2007; BOYLE *et al.*, 2007; MATSUDO, 2009). A limitação da capacidade funcional caracteriza-se como um fator que exerce alguma influência no desempenho da atividade física, atuando como condição de risco ao sedentarismo (AMORIM, 2011). De igual modo, coloca-se como fator representativo deste comportamento de saúde (SIMON NETO, 2006).

Conforme Fleck e Kraemer (2006), capacidade funcional é desempenhar, de forma satisfatória, as atividades instrumentais de vida diária que são habilidades para administrar o ambiente em que se vive, incluindo, por conseguinte, a capacidade para preparar refeições, fazer tarefas domésticas, lavar roupas, administrar as próprias finanças, usar o telefone, tomar medicações, fazer compras, utilizar meios de transporte (COSTA; NAKATANI; BACHION, 2006; MACIEL, 2010b). Fleck e Kraemer (2006) acrescentam ainda, andar pequenas distâncias, subir escada, levantar-se e agachar-se, pintar e lavar um carro, ou seja, atividades que despendem mais energia.

Desse modo, o sedentarismo ou a hipocinesia induzida por doenças levam a uma redução gradativa e, às vezes, acentuada da qualidade de aptidão física, podendo comprometer seriamente a capacidade de realizar atividades básicas e / ou instrumentais de vida diária, dificultando a locomoção, aumentando os riscos de quedas e criando situações de risco cardiovascular nos esforços habituais (SIMON NETO, 2006).

Pesquisas estabelecem que o estilo de vida sedentário influencia, negativamente, a autonomia e inpedência no desempenho nas atividades instrumentais da vida diária (FRANCHI *et al.*, 2008; ROMITTI *et al.*, 2008; BORGES; MOREIRA, 2009; FIGLIOLINO *et al.*, 2009; SOARES *et al.*, 2010). Ao avaliar a percepção da qualidade de vida de idosos ativos e sedentários, Jesus e Silva (2010) encontraram que o domínio capacidade funcional foi o que mais sofreu diferença entre os grupos. Os idosos sedentários apresentaram médias de 73,3 (\pm 20,84) e os ativos média de 95 (\pm 6,54). Pimenta *et al.* (2008) também relatam em seus estudos com a mesma metodologia, que a prática de atividade física regular apresentou diferença, com significância estatística, para os seguintes domínios: Capacidade funcional, Estado geral de saúde, Vitalidade, Aspectos sociais e Saúde mental. Ademais, ser sedentário aumenta o risco de alguma incapacidade funcional por um fator de 1,88 (DUARTE *et al.*, 2008).

Em concordância, Kuwano e Silveira (2002) aduzem que é possível inferir desses estudos, que os indivíduos que praticam atividade física têm preservado e até

melhorado as suas capacidades funcionais, enquanto o grupo sedentário tende à depleção de sua capacidade funcional.

Nesse contexto, a prática de exercícios físicos, bem como de outros hábitos saudáveis, favorecerá a mobilidade e a capacidade funcional, auxiliando o indivíduo, em especial os idosos, na execução das atividades básicas e instrumentais de vida diária. Para tanto, além da capacidade cardiorrespiratória, o indivíduo necessita de força e resistência muscular e de flexibilidade (SIMON NETO, 2006).

Em conformidade com os dados encontrados na tese ora apresentada a “capacidade cardiorrespiratória diminuída”, a “força muscular diminuída” e a “flexibilidade das articulações diminuída” são representativas da característica definidora “demonstra falta de condicionamento físico” do diagnóstico de enfermagem EVS (NANDA-I, 2010).

Na avaliação dos indicadores clínicos do EVS, Guedes *et al.* (2010, 2011) evidenciaram a necessidade de depurar melhor as características definidoras, desenvolver instrumentos mais acurados para medi-las e realizar validação em diversos contextos, devido em parte, a algumas inconsistências encontradas.

Frente à característica “demonstra falta de condicionamento físico” esses autores encontraram baixos índices de concordância entre os especialistas, quanto à presença ou à ausência dessa característica definidora na decisão da definição do EVS. Entretanto, a mesma foi a mais prevalente, com 84,8%, e a mais sensível (98,92%), com valor preditivo negativo de 95,74% (GUEDES *et al.*, 2010). Ademais, essa característica em conjunto com os indicadores clínicos “verbaliza preferência por atividade com pouco exercício físico” e “falta de treino para fazer exercícios físicos” predizem, em 85,2%, esse diagnóstico (GUEDES *et al.*, 2011).

Em estudos de validação de diagnósticos que representem um estilo de vida sedentário, características equivalentes a “demonstra falta de condicionamento físico” demonstraram índices de validade de conteúdo diagnóstico menores que 0,80 (GUIRAO-GORIS; PINA; CAMPO, 2000; GUIRAO-GORIS; DUARTE-CLIMENTS, 2007). Em contrapartida, maiores índices foram encontrados após o desmembramento desta característica em “capacidade cardiorrespiratória diminuída”, “força muscular diminuída” e “flexibilidade das articulações diminuída”. Isso consolida a preferência de 95,8% dos especialistas, em manter essas características em detrimento de “demonstra falta de condicionamento físico”.

Nesse sentido, Costa e Duarte (2002), após submeterem um grupo de indivíduos acometidos por Acidente Vascular Encefálico a um programa de exercícios físicos, por um período de seis meses, concluíram no que concerne ao condicionamento físico, diminuição das limitações físicas, com ganhos de força, resistência, flexibilidade, equilíbrio e desenvolvimento de outras habilidades físicas, tornando-os mais aptos à realização de suas tarefas cotidianas.

Por outro lado, grande parte das qualidades de aptidão física apresenta redução em seus níveis na condição de um estilo de vida sedentário, além da diminuição do bem-estar psicológico e social (MACEDO *et al.*, 2003; HAWERROTH; KULKAMP; WENTZ, 2010). Os diferentes componentes da aptidão física envolvem capacidade cardiorrespiratória, força muscular, resistência muscular, composição corporal e flexibilidade (SANTOS *et al.*, 2011).

A diminuição da força muscular ocorre, principalmente, devido ao declínio da função neuromuscular, o que leva a uma perda consequente na quantidade de massa muscular. Os exercícios resistidos, também denominados de força ou exercícios com peso, interferem positivamente contra esse declínio (ACSM, 2009), com aumento da força muscular, beneficiando o desempenho das atividades básicas e instrumentais de vida diária, revertendo o sedentarismo, mantendo e melhorando o condicionamento físico (SANTOS *et al.*, 2011). Por definição, esses exercícios caracterizam-se por contrações de músculos específicos, contra uma resistência externa (FORJAZ *et al.*, 2003).

Apesar do exercício aeróbio ser aquele que tradicionalmente é o mais recomendado para aumentar a aptidão física, o treino de força é considerado, atualmente, um componente fundamental do programa geral de atividade física (CARVALHO; SOARES, 2004). Em pessoas com hipertensão, são restritos os dados científicos relacionados ao uso desse tipo de exercício, no tratamento desse agravo, tendo em vista que os efeitos cardiovasculares podem diferir em função da intensidade do treinamento (HAWERROTH; KULKAMP; WENTZ, 2010). À conta disso, são recomendados exercícios resistidos de baixa intensidade em complemento aos aeróbios, em detrimento dos de alta intensidade, em virtude do aumento expressivo da pressão arterial durante a execução desses exercícios (FORJAZ *et al.*, 2003).

Em um estudo sobre o impacto do sedentarismo na incidência de doenças crônicas, nas incapacidades e na ocorrência de óbitos em idosos de São Paulo, Duarte *et al.* (2008) encontraram no grupo sedentário uma maior prevalência de hipertensão, de

diabetes e de doenças articulares, bem como um risco de morte aumentado por um fator de 2,35. Os autores afirmam ainda, que as doenças articulares, mais presentes nos sedentários, contribuem para a imobilidade corporal, devido ao enrijecimento das articulações que podem comprometer ainda mais o engajamento em atividades físicas.

Assim como o estilo de vida sedentário favorece o enrijecimento articular, melhor flexibilidade pode ser atingida com um programa de exercícios físicos. Essa relação foi demonstrada por Corrêa (2002), ao comparar a aptidão física de participantes de um programa de reabilitação cardiorrespiratória que realizam duas ou três sessões de exercícios semanais. O autor concluiu que a flexibilidade do grupo que se exercitava três vezes por semana ganhou aumento, em termos percentuais, mais que o dobro, em relação ao que realizava somente duas vezes. Em concordância, autores evidenciam que, após dez semanas de prática de treinamento com pesos há contribuições efetivas para a melhoria dos níveis de flexibilidade observados no período pré-treinamento, em diferentes articulações (CYRINO *et al.*, 2004).

Nessa mesma perspectiva, após a inserção de 124 idosos em grupo que desenvolvia atividades de alongamento e caminhadas, ocorreram melhorias no aspecto biológico, como maior flexibilidade e melhor mobilidade articular, além da ampliação das interações sociais. Esse grupo teve apoio de enfermeiros do Programa Saúde da Família em Fortaleza-CE, bem como contou com a colaboração de médico, fisioterapeuta, educador físico e agente de saúde (VICTOR *et al.*, 2007). De fato, a prática de exercício possibilita uma melhoria na amplitude do movimento articular, permitindo a realização de atividades comuns da vida diária, frequentemente impossibilitada nos idosos sedentários, por diminuição da flexibilidade (VICTOR *et al.*, 2007).

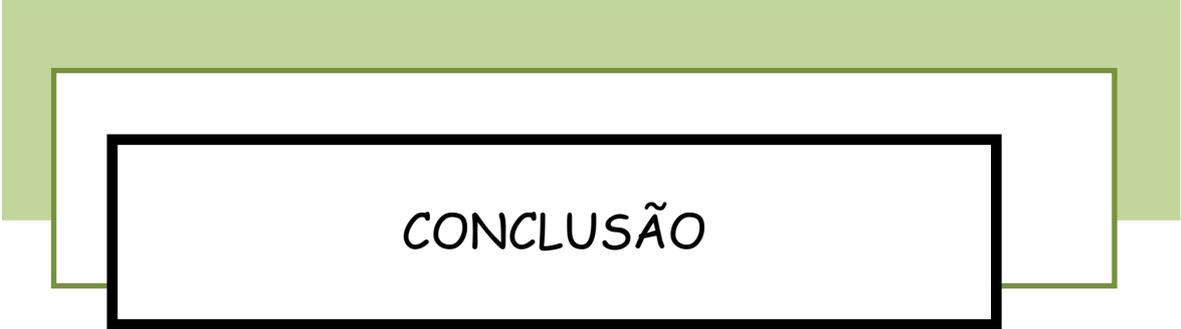
Além da flexibilidade articular e da força muscular, a resistência cardiorrespiratória também se encontra reduzida nos sedentários e é determinada pela intensidade, frequência e duração do exercício e do nível inicial de aptidão física. Nos idosos essa relação é potencializada, vez que quando comparados aos indivíduos jovens, há redução de 50% da capacidade cardiorrespiratória, que se manifesta na diminuição da tolerância aos esforços, fundamental para a realização das atividades de vida diárias (LANUEZ; JACOB FILHO, 2008).

Nesse sentido, esses autores, ao investigarem os efeitos de dois programas de exercícios físicos determinantes de aptidão motora em sedentários, evidenciaram que os exercícios aeróbicos, caracterizados neste estudo pela caminhada, além de melhorar o

parâmetro cardiovascular e a resistência aeróbia, também foi importante para o equilíbrio, apenas não demonstrando influência na flexibilidade. Já o treinamento composto por exercícios de equilíbrio e flexibilidade apresentou melhoria em todos os parâmetros estudados (LANUEZ; JACOB FILHO, 2008). Por fim, acredita-se que a prática regular e sistemática de exercícios físicos é por demais conhecida como sendo um fator benéfico, amenizando as situações de diminuição da força muscular, da resistência cardiorrespiratória e da flexibilidade articular (OKUMA, 2002; HOLLMANN *et al.*, 2007).

Com isso, chama-se atenção para a significativa prevalência do diagnóstico de enfermagem EVS em indivíduos com hipertensão arterial (60%) (GUEDES *et al.*, 2011). Assim, é premente o incentivo à prática de exercícios físicos de forma regular, inclusive no tempo de lazer, proporcionando melhores parâmetros da composição corporal, da capacidade funcional e dos componentes da aptidão física.

Nesse contexto, 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.



CONCLUSÃO

6 CONCLUSÃO

Os dados da tese ora apresentada foram obtidos a partir da Análise de Conceito e da Validação por especialistas que constituíram etapas importantes no processo de revisão do diagnóstico de enfermagem Estilo de vida sedentário em indivíduos com hipertensão arterial, permitindo:

- ❖ Analisar consistentemente o conceito central da tese – sedentarismo, fornecendo subsídios importantes para a revisão dos componentes do diagnóstico de enfermagem EVS;

- ❖ Certificar a coerência entre os indicadores clínicos propostos pela NANDA-I e os encontrados na literatura;

- ❖ Reformular componentes do EVS já existentes, além de identificar novas características definidoras e novos fatores relacionados que sinalizam e desencadeiam essa resposta humana em indivíduos com hipertensão arterial;

- ❖ Construir definições conceituais e referências empíricas dos indicadores clínicos necessários ao raciocínio e inferência diagnóstica;

- ❖ Identificar a adequação e a pertinência dos indicadores clínicos, bem como das definições conceituais e das referências empíricas, proporcionando maior segurança no manejo do diagnóstico de enfermagem EVS em indivíduos com hipertensão arterial;

- ❖ Confirmar as hipóteses desta tese.

A Análise do conceito “sedentarismo” contou com 43 estudos oriundos da revisão integrativa, sendo os achados validados por 48 especialistas habilitados. O processo de validação subsidiou a proposta de reformulação do diagnóstico de enfermagem EVS apresentada nesta tese.

Desse modo, configuraram-se como atributos essenciais à compreensão desse conceito a intensidade, a frequência e a duração em que a atividade física é realizada. Recomenda-se a manutenção do título sugerido pela NANDA-I “Estilo de vida sedentário” e a seguinte definição: refere-se a um hábito de vida em que o indivíduo não realiza exercício físico na frequência, na duração e na intensidade recomendadas.

Da análise de conceito foram emanados doze fatores relacionados, nove características definidoras e as respectivas definições conceituais e referências empíricas que, em conjunto, representam o diagnóstico de enfermagem EVS.

Atualmente, a taxonomia II da NANDA-I apresenta cinco fatores relacionados para esse diagnóstico de enfermagem e três características definidoras. Após a análise do conceito e a validação por especialistas, recomenda-se a reformulação de quatro desses fatores e o acréscimo de mais seis. Assim, a proposta final incorpora onze fatores relacionados, a saber: “conhecimento deficiente sobre os benefícios que a atividade física traz à saúde e / ou sobre as consequências do sedentarismo”; “falta de motivação para a prática do exercício físico”; “falta de interesse em se exercitar”; “falta de recursos (tempo, dinheiro, lugar, segurança e equipamento)”; “falta de treino para fazer exercício físico”; “atitudes, crenças e hábitos de saúde que dificultam a prática de exercício físico”; “falta de apoio social para a prática de exercício físico”; “falta de confiança para prática de exercício físico”; “mobilidade prejudicada”; “intolerância à atividade”; “relato de dor”. Destaca-se que os cinco primeiros são os fatores relacionados que já compõem a taxonomia II, sendo o quinto o único com a mesma nomeação.

Pertinente às características definidoras, acrescidas às opiniões dos especialistas, recomenda-se o desmembramento da característica presente na NANDA-I “demonstra falta de condicionamento físico” em “capacidade cardiorrespiratória diminuída”, “força muscular diminuída” e “flexibilidade das articulações diminuída”. A manutenção de “escolhe rotina sem exercício físico” e “verbaliza preferência por atividades com pouco exercício físico” foi evidenciada como resultado do processo de validação, bem como o acréscimo de “excesso de peso”; “baixo desempenho nas atividades instrumentais de vida diária” e “não realiza atividades físicas no tempo de lazer”.

É válido ressaltar que os indicadores clínicos considerados como adequados, e, portanto, incluídos na lista final, apresentaram proporções de concordância iguais ou superiores a 80% ($p > 0,05$) e/ou elevados IVCD em um dos grupos elencados para a análise. Em contrapartida, o fator relacionado “reações emocionais” e a característica definidora “relato de desordens de saúde” foram excluídos por não atenderem a nenhum critério de inclusão. Quanto às definições conceituais e às referências empíricas foram, em geral, evidenciadas estatisticamente proporções de adequação entre os especialistas

não inferiores a 80% ($p > 0,05$) e valores IVCD maiores que 0,70 para os onze fatores relacionados e para as oito características definidoras.

Assim, após a análise dos títulos, dos fatores relacionados e das características definidoras, da avaliação dos conceitos e das referências empíricas pelos especialistas, houve a readequação dos mesmos, sempre que pertinente, no intuito de torná-los mais representativo do diagnóstico de enfermagem EVS em indivíduos com hipertensão arterial. Importa ressaltar que nem todas as sugestões dos especialistas foram atendidas, tendo em vista o confronto de alguns dados, a consistência dos argumentos para uma decisão mais segura, bem como a falta de consenso de relações entre causas e efeitos do EVS.

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 as publicações selecionadas para a análise de conceito focou indivíduos com hipertensão arterial. Ademais outras limitações devem ser consideradas: o fato da busca bibliográfica ter sido executada por um único pesquisador, quando é preconizada a busca em par; a presença marcante da literatura estrangeira evidenciada na revisão integrativa, que poderá interferir na conclusão dos dados ora apresentados e limitar a generalização à população brasileira; a literatura emanada da revisão integrativa, não ter sido suficiente para o processo de construção das definições conceituais e/ou das referências empíricas, sendo necessária a busca em outras literaturas, e quando mesmo assim, quando a lacuna bibliográfica persistiu, prevaleceram a experiência e a opinião da pesquisadora e de seu orientador.

No contexto da validação por especialista uma das principais limitações está alicerçada na dificuldade em encontrar pessoas que sejam experientes, tanto em terminologias de enfermagem como no diagnóstico em estudo. Assim, merece atenção a possibilidade de avaliações menos acuradas, mesmo que os especialistas atinjam a pontuação recomendada por Fehring. Quanto às respostas dos especialistas, ressalta-se as poucas sugestões oferecidas, talvez devido à extensão, às minúcias do instrumento e ao tempo requerido para responder às formulações. Nesta mesma esfera, foram elencadas algumas dificuldades, a saber: a baixa devolução do instrumento de coleta e a demora do especialista em respondê-lo, sendo necessária a prorrogação do prazo em até três vezes.

Outro ponto a ser observado, diz respeito à escassez de estudos, apontando o EVS enquanto diagnóstico de enfermagem, e, em especial, de estudos de validação

desse diagnóstico, o que dificultou a comparação e a discussão dos achados relativos à pesquisa. O estudo, não obstante, forneceu uma direção para a eficiência diagnóstica de indicadores clínicos do EVS, contribuindo com o refinamento e o aprimoramento desse diagnóstico e de seus componentes presentes na taxonomia II da NANDA-I. Ademais, proporcionará ao enfermeiro assistir com mais segurança, seja de forma independente ou em colaboração com a equipe multidisciplinar, no sentido de diminuir a epidemia do EVS e, conseqüentemente, as complicações advindas dessa resposta humana. Para tanto, é imprescindível à enfermagem apropriar-se desse diagnóstico em diferentes contextos. A par disso, é premente que os enfermeiros utilizem suas tecnologias, com vistas a incrementar e amplificar o conhecimento e a autonomia própria da profissão.

Diante do exposto, sugere-se a realização de novos estudos com essa temática, com o escopo de aprofundar e difundir o conhecimento sobre esse diagnóstico. Fundamental é, portanto, a realização da validação clínica para a confirmação dos resultados desta tese, e em especial, envolvendo a população de indivíduos com hipertensão arterial.

Nesse contexto, espera-se que o esforço continuado para o refinamento diagnóstico possa não só contribuir para o enriquecimento do corpo de conhecimento específico de enfermagem, mas também estimular reflexões e despertar interesse entre os enfermeiros, de forma a direcionar, com maior clareza, o cuidado dos pacientes, além de produzir resultados efetivos na saúde de indivíduos com 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.

ABREU-RODRIGUES, M. **Apoio social disponibilizado por cuidadores de pacientes coronarianos: efeitos de intervenção comportamental**. 112fl. 2008. Dissertação (Mestrado) - Programas de Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2008.

ABREU-RODRIGUES, M.; SEIDL, E. M. F. A importância do apoio social em pacientes coronarianos. **Paidéia**, v. 18, n. 40, p. 279-288, 2008.

AINSWORTH, B. E.; KEENAN, N. L.; STROGATZ, D. S.; GARRETT, J. M.; JAMES, S. A. Physical activity and hypertension in black adults: the Pitt County Study. **Am. J. Public Health**, v. 81, n. 11, p. 1477-1479, 1991.

ALFONSO, F.; SEGOVIA, J.; HERAS, M.; BERMEJO, J. Cardiovascular prevention: Always too late? **Rev. Esp. Cardiol.**, v. 61, n. 3, p. 291-298, 2008.

ALLEN, J.; MARKOVITZ, J.; JACOBS, R. D.; KNOX, S. S. Social support e health behavior in hostile blacks and white men and women in CARDIA. **Psychosomatic Med.**, v. 63, n. 4, p. 609-618, 2001.

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. L.; FORJAZ, C. Influência da intensidade e do volume do treinamento aeróbico na redução da pressão arterial de hipertensos. **Rev. Bras. Ciênc. Mov.**, v. 15, n. 3, p. 115-122, 2007.

AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE (ACSM). Exercise and hypertension. **Med. Sci. Sports Exerc.**, v. 36, n. 3, p. 533-553, 2004.

AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE (ACSM). Position Stand: Progression models in resistance training for healthy adults. **Med. Sci. Sports Exerc.**, v. 41, n. 3, p. 687-708, 2009.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. **Home monitoring of high blood pressure**. Disponível em: <http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=1200000>. Acesso em: 20 jul 2008.

AMORIM, R. C. A. **Atividade física em pessoas com 25 anos e mais no estado de pernambuco, com ênfase no sedentarismo**. 138 fl. 2011. Dissertação (Mestrado) - Mestrado em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011.

AMORIM, T. E. C. **Ambiente percebido, suporte social e atividade física em adultos: um estudo de base populacional**. 106fl. 2008. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Pelotas. Escola Superior de Educação Física. Curso de Mestrado em Educação Física, Pelotas, 2008.

ANDRADE, A.; BACK, A.; VASCONCELOS, D. I. C.; VIANA, M. S. Auto-evaluation of the health, stress and productivity in the work of active and sedentary bank clerks. **J. Sport Exerc. Psychol.**, n. 27, p. 31–31, 2005.

ARAÚJO, J. L.; PAZ, E. P. A.; MOREIRA, T. M. M. Hermenêutica e o cuidado de saúde na hipertensão arterial realizado por enfermeiros na Estratégia Saúde da Família. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v. 14, n. 3, p. 560-566, 2010.

AUBERT, L.; BOVET, P.; GERVASONI, J. P.; RWEBOGORA, A.; WAEBER, B.; PACCAUD, F. Knowledge, attitudes, and practices on hypertension in a country in epidemiological transition. **Hypertension**, v. 31, n. 5, p. 1136-1145, 1998.

BACHION, M. M.; ARAÚJO, L. A. O.; SANTANA, R. F. Validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem “Mobilidade Física Prejudicada” em idosos: uma contribuição. **Acta Paul. Enf.**, v.15, n. 4, p. 66-72, 2002.

BADELL, L. C.; COTILLA, L. L.; CARMONA, J. R. La actividad física en la rehabilitación del paciente hipertenso. Propuesta de un sistema de ejercicios. **Rev. Digital**. ano 10, n. 84, maio 2005. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd84/hiperten.htm>>. Acesso em: 05 mar 2008.

BALANCHO, M. S. J.; COELHO, M. F. **Motivação o quê é?** Texto Editores, 2004 (Adaptado). Disponível em: <<http://www.educacao.te.pt/professores/index.jsp?p=167&idDossier=45&idDossierCapitulo=181&idDossierPagina=401>>. Acessado em 30 maio 2011.

BALDI, J. C.; ROBINSON, S. M. How much exercise is enough? Are we sending the right message? **N. Z. Med. J.**, v. 115, n. 1149, p. 111-113, 2002.

BANDURA, A. **Social learning theory**. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1977.

BANDURA, A. **Social foundations of thought and action: a social cognitive theory**. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1986.

BANDURA, A. Human agency in social cognitive theory. **Am. Psychol.**, v. 44, p. 1175-1184, 1989.

BANKS-WALLACE, J.; ENYART, J.; JOHNSON, C. Recruitment and entrance of participants into a physical activity intervention for hypertensive African American women. **Advances in Nursing Science**, v. 27, n. 2, p. 102-116, 2004.

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.

BARR-ANDERSON, D. J.; YOUNG, D. R.; SALLIS, J. F.; NEUMARK-SZTAINER, D. R.; GITTELSON, J.; WEBBER, L.; SAUNDERS, R.; COHEN, S.; JOBE, J. B. Structured physical activity and psychosocial correlates in middle-school girls. **Prev. Med.**, v. 44, p. 404-409, 2007.

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

BERGAMASCO, E. C.; ROSSI, L. A.; CARVALHO, E. C.; DALRI, M. C. B. Diagnostico de medo e ansiedade: validacao de conteudo para o paciente queimado. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 57, n. 2, p. 170-177, 2004.

BERUSA, A. A. S. **Validação do diagnóstico**: alteração da perfusão tissular periférica nos pacientes com vasculopatia periférica de membros inferiores. 1998. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

BEUNZA, J. J.; MARTÍNEZ-GONZÁLEZ, M. A.; EBRAHIM, S.; BASTRO, M.; NÚÑEZ, J.; MARTÍNEZ, J. A.; ALONSO, A. Sedentary behaviors and the risk of incident hypertension. The SUN Cohort. **Am. J. Hypertens.**, v. 20, n. 11, p. 1156-1162, 2007.

BEYEA, S.; NICOLL, L. H. Writing in integrative review. **AORN J.**, v. 67, n. 4, p. 877-880, 1998.

BIBLIOTECA VIRTUAL DE SAÚDE (BVS). **Tutorial de pesquisa bibliográfica**. São Paulo: BIREME, 2007.

BLOCH, K. V.; RODRIGUES, C. S.; FISZMAN, R. The epidemiology of arterial hypertension risk factors - a critical review of the Brazilian literature. **Rev. Bras. Hipertens.**, v. 13, n. 2, p. 134-143, abr.-jun. 2006.

BOCCHI, S. C. M.; ANGELO, M. Entre a liberdade e a reclusão: o apoio social como componente da qualidade de vida do binômio cuidador familiar-pessoa dependente. **Rev. Latinoam. Enferm.**, v. 16, n. 1, p. 15-23, 2008. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n1/pt_02.pdf>. Acesso em: 27 set 2010.

BØG-HANSEN, E.; MERLO, J.; GULLBERG, B.; MELANDER, A.; RÅSTAM L.; LINDBLAD, U.; Survival in patients with hypertension treated in primary care. **Scandinavian Journal of Primary Health Care**, v. 22, n. 4, p. 222-227, 2004.

BONNET, F.; IRVING, K.; TERRA, J. L.; NONY, P.; BERTHEZÈNE, F.; MOULIN, P. Depressive symptoms are associated with unhealthy lifestyles in hypertensive patients with the metabolic syndrome. **J. Hypertens.**, v. 23, n. 3, p. 611-617, 2005.

BORG, G. **An introduction to Borg's RPE Scale**. Ithaca, NY: Movement Publications, 1985.

BORGES, M. R. D.; MOREIRA, A. K. Influências da prática de atividades físicas na terceira idade: estudo comparativo dos níveis de autonomia para o desempenho nas AVDs e AIVDs entre idosos ativos fisicamente e idosos sedentários. **Motriz**, v.15 n. 3, p. 562-573, 2009.

BOSWORTH, H. B.; OLSEN, M. K.; NEARY, A.; ORR, M.; GRUBBER, J.; SVETKEY, L. Take Control of Your Blood Pressure (TCYB) study: a multifactorial tailored behavioral and educational intervention for achieving blood pressure control. **Patient Educ. Couns.**, v. 70, n. 3, p. 338-347, 2008.

BOUTIN-FOSTER, C. Getting to the heart of social support: a qualitative analysis of the types of instrumental support that are most helpful in motivating cardiac risks factor modification. **Heart & Lung**, v. 34, n. 1, p. 22-29, 2005.

BOWLES, H. R.; MORROW, J. R.; HAWKINS, M.; COUZELIS, P. M. The association between physical activity behavior and commonly reported barriers in a worksite population. **Res. Q. Exerc. Sports**, v. 73, n. 4, p. 464-470, 2002.

BOYLE, P. A.; BUCHMAN, A. S.; WILSON, R. S.; BIENIAS, J. L.; BENNETT, D. A. Physical activity is associated with incident disability in community-based older persons. **J. Am. Geriatr. Soc.**, v. 55, n. 2, p. 195-201, 2007.

BRAGA, C. G. **Construção e validação de um instrumento para a avaliação do Sentimento de Impotência**. 2004. 241f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

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.

BRAZÃO, M. C.; HIRAYAMA, M. S.; GOBBI, S.; NASCIMENTO, C. M. C.; ROSEGUINI, A. Z. Estágios de mudança de comportamento e barreiras percebidas à prática de atividade física em idosos residentes em uma cidade de médio porte do Brasil **Motriz**, v.15 n.4 p.759-767, out./dez. 2009.

CÂMARA, L. C.; SANTARÉM, J. M.; WOLOSKER, N.; DIAS, R. M. R. Exercícios resistidos terapêuticos para indivíduos com doença arterial obstrutiva periférica: evidências para a prescrição. **J. Vasc. Bras.**, v. 6, n. 3, p. 246-256, 2007.

CAMPBELL, W. W. Força e potência motora. In: CAMPBELL, W. W. **DeJong-O exame neurológico**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. cap. 27.

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.

CARVALHO, E. C.; BACHION, M. M.; JESUS, C. A. C.; CANINI, S. R. M. S.; NAPOLEÃO, A. A.; DALRI, M. C. B. **Análise da produção da Pós-Graduação Brasileira sobre Validação de Diagnósticos de Enfermagem.** In: SIMPÓSIO NACIONAL DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM, 8., 2006, João Pessoa. – Trilhando caminhos na construção de uma terminologia brasileira de enfermagem – SINADEN. João Pessoa: Editora Universitária UFPB, 2006. p. 1-5.

CARVALHO, E. C.; MELLO, A. S.; NAPOLEÃO, A. A.; BACHION, M. M.; DALRI, M. C. B.; CANINI, S. R. M. S. Validação de diagnóstico de enfermagem: reflexão sobre dificuldades enfrentadas por pesquisadores. **Rev. Eletr. Enferm.**, v. 10, n. 1, p. 235-240, 2008.

CARVALHO, J.; SOARES, J. M. C. Envelhecimento e força muscular - breve revisão. **Rev. Port. Ciênc. Desp.**, v. 4, n. 3, p. 79-93, 2004.

CAWTHON, P. M.; FINK, H. A.; BARRRETT-CONNOR, E.; CAULEY, J. A.; DAM, T. T.; LEWIS, C. E.; MARSHALL, L. M.; ORWOLL, E. S.; CUMMINGS, S. R. Alcohol use, physical performance, and functional limitations in older men. **J. Am. Geriatr. Sociol.**, v. 55, n. 2, p. 212-220, 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.

CHAVES, E. C. L. **Revisão do diagnóstico de enfermagem Angústia Espiritual.** 2008. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

CHAVES, E. C. L.; CARVALHO, E. C.; ROSSI, L. A. Validação de diagnósticos de enfermagem: tipos, modelos e componentes validados. **Rev. Eletr. Enferm.**, v. 10, n. 2, p. 513-515, 2008.

CHIANG, C. Y.; SUN, F. K. The effects of a walking program on older Chinese American immigrants with hypertension: a pretest and posttest quasi-experimental design. **Public Health Nurs.**, v. 26, n. 3, p. 240-248, 2009.

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 Jr., J. T.; ROCCELLA, E. J. The seventh report of the Joint National Committee on P.Jr., revention, Detection, Evaluation, and Treatment of high blood pressure. **J. Am. Med. Assoc.**, v. 289, n. 19, p. 2560–2572, 2003.

CHUMMUN, H. Hypertension—A contemporary approach to nursing care. **Br. J. Nurs.**, v. 18, n. 13, p. 784–789, 2009.

CLÉROUX, J.; FELDMAN, R. D.; PETRELLA, R. J. Recommendations on physical exercise training. In: BURGESS, E.; LEWANCZUK, R.; BOLLI, P.; CHOCKALINGAM, A.; CUTLER, H.; TAYLOR, G.; HAMET, P. Lifestyle modifications to prevent and control hypertension. Canadian Hypertension Society, Canadian Coalition for High Blood Pressure Prevention and Control, Laboratory Centre for Disease Control at Health Canada, Heart and Stroke Foundation of Canada. **CMAJ Can. Med. Assoc. J.**, v. 160, n. 9 Suppl, p. S21-28, 1999.

COLETA, M. F. D. Crenças sobre comportamentos de saúde e adesão à prevenção e ao controle de doenças cardiovasculares. **Psicol. Saúde**, v. 18, n. 1, p. 69-78, 2010.

CORDEIRO, A. M.; OLIVEIRA, G. M.; RENTERÍA, J. M.; GUIMARÃES, C. A. Revisão sistemática: uma revisão narrativa. **Rev. Col. Bras. Cir.**, v. 34, n. 2, p. 428-431, 2007.

CORRÊA, C. G. **Dor:** validação clínica no pós-operatório de cirurgia cardíaca. 1997. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

CORRÊA, J. E. **Comparação da aptidão física em participantes de um programa de prevenção e reabilitação cardiorrespiratória que recebem duas ou três sessões de exercícios semanais.** 2002. Monografia. Universidade Federal de Santa Catarina, Rio Grande do Sul, 2002.

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, E. C.; NAKATANI, A. Y. K, BACHION, M. M. Capacidad de los ancianos de una da comunidad en desenvlover Actividades de Vida Diaria y Actividades Instrumentales de Vida Diaria. **Acta Paul. Enferm.**, v. 19, n. 1, p. 43-48, 2006.

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.

COTTA, R. M. M.; BATISTA, K. C. S.; REIS, R. S.; SOUZA, G. A.; DIAS, G.; CASTRO, F. A. F.; ALFENAS, R. C. G. Social-sanitary and lifestyle profile of hypertense and/or diabetics, users of the Family Health Program in the city of Teixeiras, Minas Gerais State. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 14, n. 4, p. 1251-1260, 2009.

CREASON, N. S. Clinical validation of nursing diagnosis. **Int. J. Nurs. Terminol. Classif.**, v. 15, n. 4, p. 123-132, 2004.

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. Enferm.**, v. 21, n. 3, p. 269-271, 2002.

CYRINO, S. E.; OLIVEIRA, A. R.; PORTO, J. C. L.; PORTO, D. B.; DIAS, R. M. T.; SEGANTIN, A. Q.; MATTANÓ, R. S.; SANTOS, V. A. Comportamento da flexibilidade após 10 semanas de treinamento com pesos. **Rev. Bras. Med. Esporte**, v. 10, n. 4, p. 233-242, 2004.

DALEY, L. K.; FISH, A. F.; FRID, D. J.; MITCHELL, G. L. Stage-specific education / counseling intervention in women with elevated blood pressure. **Prog. Cardiovasc. Nurs.**, v. 24, n. 2, p. 45-52, 2009.

DELA CRUZ, F. A.; GALANG, C. B. The illness beliefs, perceptions, and practices of Filipino Americans with hypertension. **J. Am. Acad. Nurse Pract.**, v. 20, n. 3, p. 118-127, 2008.

DESCHAMPS, S. R.; DOMINGUES FILHO, L. A. Motivos e benefícios psicológicos que levam os indivíduos dos sexos masculino e feminino a praticarem o ciclismo indoor. **Rev. Bras. Ciênc. Mov.**, v. 13, n. 2, p. 27-32, ago., 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.

DREVENHORN, E.; BENGTON, A.; ALLEN, J. K.; SÄLJÖ, R.; KJELLGREN, K. I. A content analysis of patient centredness in hypertension care after consultation training for nurses. **Int. J. Adv. Nurs. Pract.**, v. 8, n. 2, p. 2007.

DREVENHORN, E.; KJELLGREN, K. I.; BENGTON, A. Outcomes following a programme for lifestyle changes with people with hypertension. **J. Clin. Nurs.**, v. 16, n. 7b, p. 144-151, 2007.

DUARTE, Y. A. O.; LEBRÃO, M. L.; SANTOS, J. L. F.; LAURENTI, R. Impacto do sedentarismo na incidência de doenças crônicas e incapacidades e na ocorrência de óbitos entre os idosos do município de São Paulo. **Saúde Coletiva**, v. 5, n. 24, p.183-188, 2008.

DUMITH, S. C.; DOMINGUES, M. L.; GIGANTE, D. P. Estágios de mudança de comportamento para a prática de atividade física: uma revisão da literatura. **Rev. Bras. Cineantropom. Desemp. Humano**, v. 10, n. 3, p. 301-307, 2008. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufsc.br/index.php/rbcdh/article/view/4218/3523>>. Acesso em: 21 jun. 2010.

EDMUNDS, J.; NTOUMANIS, N.; DUDA, J. L. Examining exercise dependence symptomatology from a self-determination perspective. **J. Health Psychol.**, v. 11, n. 6, p. 887-903, 2006.

ENG, M. P.; RIMM, B. M.; FITZMAURICE, G.; KAWACHI, I. Social ties and changes in social ties to subsequent total and cause-specific mortality in coronary heart. Heart disease incidence in men. **Am. J. Epidemiol.** v. 155, n. 8, p. 700-709, 2002.

EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY (ESC). European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: Executive summary - Fourth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. **Eur. Heart J.**, v. 28, n. 19, p. 2375-2414, 2007.

FAGARD, R. H.; BJÖRNSTAD, H. H.; BØRJESSON, M.; CARRÉ, F.; DELIGIANNIS, A.; VANHEES, L. ESC study group of sports cardiology recommendations for participation in leisure-time physical activities and competitive sports for patients with hypertension. **Eur. J. Cardiovasc. Prev. Rehabil.**, v. 12, n. 4, p. 326-331, 2005.

FAVRETTO, D. O.; CARVALHO, E. C. Validação conceitual do diagnóstico de enfermagem comunicação verbal prejudicada. **Online Braz. J. Nurs.**, v. 7, n. 2, p. 2008.

FEHRING, R. J. Validation diagnostic labels: standardized methodology. In: HURLEY, M. E et al. (Eds.). **Classification of nursing diagnosis**: proceeding of the sixth

conference of North American Nursing Diagnoses Association. St Louis: Mosby, 1986. p. 183-190.

FEHRING, R. J. Methods to validate nursing diagnoses. **Heart & Lung**, v.16, n.6, p. 625-9, 1987.

FEHRING, R. J. The Fehring model. In: CARROLL-JOHNSON, R. M.; PAQUETTE, M. (Eds.). **Classification of nursing diagnosis: proceedings of the tenth conference**. Philadelphia: Lippicott, 1994. p. 55-62.

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, C. L. R. A.; FERREIRA, M. G. Epidemiological characteristics of diabetic patients within the public health system - an analysis of the HiperDia system. **Arq. Bras. Endocrinol. Metabol.**, v. 53, n. 1, p. 80-86, 2009.

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

FIGLIOLINO, J. A. M.; MORAIS, T. B.; BERBEL, A. M.; CORSO, S. D. Analysis of the influence of physical exercise on balance, motion and activity of daily living in elderly people. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 12, n. 2, p. 227-238, 2009.

FLECK, A. J.; KRAEMER, W. J. **Fundamentos do treinamento de força muscular**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2006.

FORJAZ, C. L. M.; REZK, C. C.; MELO, C. M.; SANTOS, D. A.; TEIXEIRA, L.; NERY, S. S.; TINUCCI, T. Exercício resistido para o paciente hipertenso: indicação ou contra-indicação. **Rev. Bras. Hipertens.**, v. 10, p. 119-124, 2003.

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 Frequentadores de um Parque da Cidade de São Paulo. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.79, n. 1, p. 35-42, 2002.

FRANCHI, K. M. B.; MONTEIRO, L. Z. M.; ALMEIDA, S. B.; PINHEIRO, M. H. N. P. P.; MEDEIROS, A. I. A.; MONTENEGRO, R. M.; MONTENEGRO JÚNIOR, R. M. Capacidade funcional e atividade física de Idosos com diabetes tipo 2. **Rev. Bras.**

Ativ. Fís. Saúde, v. 13, n. 3, 2008. Disponível em: <<http://www.sbafs.org.br/artigos/80.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2010.

FREITAS, C. M. S. M.; SANTIAGO, M. S.; VIANA, A. T.; LEÃO, A. C.; FREYRE, C. Aspectos motivacionais que influenciam a adesão e manutenção de idosos a programas de exercícios físicos. **Rev. Bras. Cineantropom. Desempenho Hum**, v. 9, n. 1, p. 92-100, 2007. Disponível em: <<http://www.rbcdh.ufsc.br/MostraEdicao.do?edicao=28>>. Acesso em: 20 maio 2010.

FU, Q.; VONGPATANASIN, W.; LEVINE, B. D. Neural and nonneural mechanisms for sex differences in elderly hypertension: Can exercise training help? **Hypertension**, v. 52, n. 5, p. 787-794, 2008.

GALDEANO, L. E. **Validação do diagnóstico de enfermagem Conhecimento deficiente em relação à doença arterial coronariana e à revascularização do miocárdio**. 2007. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

GALDEANO, L. E.; ROSSI, L. A. Validação de conteúdo diagnóstico: critérios para seleção de expertos. **Ciênc. Cuidado Saúde**, v. 5, n. 1, p. 60-66, 2006.

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

GANONG, L. Integrative reviews of nursing research. **Res. Nurs. Health**, v. 10, n. 1, p.1-11, 1987.

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

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. As teorias de enfermagem e a construção do conhecimento. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 11. 2001, Belém. **A pesquisa no espaço da Enfermagem: multiplicidade e complexidade**. Belém: ABEn-PA, p.1-10. CD-ROM.

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.

GODOY, M. I Consenso Nacional de Reabilitação Cardiovascular. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 69, n. 4, 1997.

GORDON, N. F.; SCOTT, C. B.; LEVINE, B. D. Comparison of single versus multiple lifestyle interventions: are the antihypertensive effects of exercise training and diet-induced weight loss additive? **American Journal Cardiology**, v. 79, n. 6, p.763-767, mar., 1997.

GORDON, M. **Nursing diagnosis: process and application**. 3rd ed. St. Louis: Mosby, 1994.

GUEDES, N. G. **Acurácia das características do diagnóstico de enfermagem Estilo de vida sedentário em portadores de hipertensão arterial**. 2008. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Ceará, 2008.

GUEDES, N. G.; CAVALCANTE, T. F.; MOREIRA, R. P.; ARAUJO, T. L.; DAMASCENO, M. M. C. Validação de diagnóstico de enfermagem: estudo bibliográfico. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM. 52., 2009. Fortaleza. **Anais...** Fortaleza: ABEn, 2009.

GUEDES, N. G.; LOPES, M. V. O. Exercício físico em portadores de hipertensão arterial: uma análise conceitual. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 31, n. 2, p. 367-374, 2010.

GUEDES, N. G.; LOPES, M. V.; MOREIRA, R. P.; CAVALCANTE, T. F.; ARAÚJO, T. L. Prevalence of sedentary lifestyle in individuals with high blood pressure. **Int. J. Nurs. Terminol. Classif.**, v. 21, n. 2, p. 50-56, 2010.

GUEDES, N. G.; LOPES, M. V. O.; ARAÚJO, T. L.; MOREIRA, R. P.; MARTINS, L. C. G. Predictive factors of the nursing diagnosis sedentary lifestyle in people with high blood pressure. **Public Health Nurs.** v. 28, n. 2, p. 193-200, 2011.

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.

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.

HALM, J.; AMOAKO, E. Physical activity recommendation for hypertension management: Does healthcare provider advice make a difference? **Ethn. Dis.**, v. 18, n. 3, p. 278-282, 2008.

HAWERROTH, D.; KULKAMP, W.; WENTZ, M. D. Ejercicios de resistencia y calidad de vida: impacto en la capacidad funcional y beneficios terapêuticos. **Revista Digital**, Buenos Aires, año 15, n. 143, abril de 2010. Disponível em <http://www.efdeportes.com/>. Acessado em: 15 de julho 2011.

HOLLMANN, W.; STRÜDER, H. K.; TAGARAKIS, C. V.; KING, G. Physical activity and the elderly. **Eur. J. Cardiovasc. Prev. Rehabil.**, v. 14, n. 6, p. 730-739, 2007.

HOSKINS, L. M. Clinical validation, methodologies for nursing diagnoses research. In: R. M. CARROLL-JOHNSON, R. M. (Ed.), **Classification of nursing diagnoses: Proceedings of the eighth conference of North American Nursing Diagnosis Association**. Philadelphia: JB Lippincott, 1989. p. 126–131.

HOSKINS, L. M. How to do validation study. In: RANTZ, R. M.; LeMONE, P. **Classification of the nursing diagnosis: proceeding of the twelfth conference**. Glendale: Lippincott, 1997. p. 79-86.

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.

ISHIKAWA-TAKATA, K.; OHTA, T.; TANAKA, H. How much exercise is required to reduce blood pressure in essential hypertensives: a dose-response study. **Am. J. Hypertens.**, v.16, n. 8, p. 629-633, 2003.

ISRAILI, Z. H.; HERNÁNDEZ-HERNÁNDEZ, R.; VALASCO, M. The future of antihypertensive treatment. **Am. J. Ther.**, v. 14, n. 2, p. 121-134, 2007.

JESUS, D. F.; SILVA, C. A. F. Percepción de la calidad de vida por personas mayores practicantes o no de ejercicios de resistencia: análisis del proyecto vida corrida. **Revista Digital. Buenos Aires**, año 15, n. 149, octubre de 2010. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/acesso>. Acesso em 14 de julho 2011.

JESUS, E. S.; AUGUSTO, M. A. O.; GUSMÃO, J.; MION JÚNIOR, D.; ORTEGA, K.; PIERI, A. M. G. Profile of hypertensive patients: biosocial characteristics, knowledge, and treatment compliance. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 21, n. 1, p. 59-65, 2008.

KIM, H. J. **An effect of muscle strength training program on strength, muscle endurance, instrumental activities of daily living and quality of life in the institutionalized elderly**. 1994. Thesis (Doctoral)- Seoul National University, Seoul, Korea, 1994.

KOKKINOS, P. F.; GIANNELLOU, A.; MANOLIS, A.; PITTARAS, A. Physical activity in the prevention and management of high blood pressure 2009 **Hellenic J. Cardiol.**, v. 50, n. 1, p. 52-59, 2009.

KORNITZER, M.; DRAMAIX, M.; BACKER, G. Epidemiology of Risk Factors for Hypertension: Implications for Prevention and Therapy. **Drugs**, v. 57, n. 5, p. 695-712, may., 1999.

KNUTH, A. G.; BIELEMANN, R. M.; SILVA, S. G.; BORGES, T. T.; DUCA, G. F. D.; KREMER, M. M.; HALLAL, P. C.; ROMBALDI, A. J.; AZEVEDO, M. R. Knowledge on the role of physical activity in the prevention and treatment of diabetes and hypertension: a population-based study in southern Brazil. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 3, p. 513-520, 2009.

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**, Ano 10, n. 93, 2006. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd93/diabetes.htm>>. Acesso em: 10 jul. 2008.

KUWANO, V. G.; SILVEIRA, A. M. The influence of systematized physical activity on the self-perception of the aged in relation to everyday activities. **Rev. Educ. Física/UEM**, Maringá, v. 13, n. 2, p. 35-39, 2002.

LACERDA, M. R. **O conhecimento na prática profissional, a competência, a proficiência e as atitudes da Enfermagem**. 2002. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2002.

LAMBERTUCCI, R. H.; PUGGINA, E. F.; PITHON-CURI, E. F. Effects of physical activity on pathological condition. **Rev. Bras. Ciênc. Mov.**, v. 14, n. 1, p. 67-74, 2006.

LANUEZ, F. V.; JACOB FILHO, W. Effect of two programs of physical exercise in the motor fitness of sedentary elderly subjects. **Einstein**, v. 6, n.1, p. 76-81, 2008.

LAZAR, M. How obesity causes diabetes: not a tall tale. **Science**, n. 307, p. 373-375, 2005.

LEE, L. L.; ARTHUR, A.; AVIS, M. Evaluating a community-based walking intervention for hypertensive older people in Taiwan: a randomized controlled trial. **Prev. Med.**, v. 44, n. 2, p. 160-166, 2007.

LEE, L. L.; AVIS, M.; ARTHUR, A. The role of self-efficacy in older people's decisions to initiate and maintain regular walking as exercise-Findings from a qualitative study. **Prev. Med.**, v. 45, n. 1, p. 62-65, 2007.

LEE, M. S.; LIM, H. J.; LEE, M. S. Impact of qigong exercise on self-efficacy and other cognitive perceptual variables in patients with essential hypertension. **J. Altern. Complement. Med.**, v. 10, n. 4, p. 675-685, 2004.

LEGNANI, R. F. S. **Fatores motivacionais associados à prática de exercícios físicos em universitários**. 2009. 139 f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Educação Física, Departamento de Educação Física, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2009.

LEGNANI, R. F. S.; LEGNANI, E.; SMOLAREK, A. C.; GUIMARÃES, R. F.; CAMPOS, W. Factores motivacionales asociados a la práctica del ejercicio físico. Revisión conceptual de la literatura. **Rev. Digital**. Buenos Aires año 16, n. 157, jun. 2011. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/>. Acessado em: 14 de julho 2011.

LIMA, M. T.; BUCHER, J. S. N. F.; LIMA, J. W. O. L. High blood pressure from the perspective of a low-income population: an exploratory study of knowledge, attitudes, and practices. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 4, p. 1079-1087, 2004.

LOPES, H. B. 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.

MACEDO, C. S. G.; GARAVELLO, J. J.; OKU, E. C.; MIYAGUSUKU, F. H.; AGNOLL, P. D.; NOCETTI, P. M. Benefícios do exercício físico para saúde e qualidade de vida. **Rev. Bras. Ativ. Fís. Saúde**, v. 8, n. 2, p. 19-27, 2003.

MACHADO, H.; ALVES, A. S.; TINOCO, C.; GONÇALVES, C.; MATOS, C.; REGO, D.; CORREIA, L.; PRATA, M.; MARTINS, S. High blood pressure prevalence: In oporto sedentary and regular exercise practicing people in the city Porto. **Acta Med. Port.**, v. 23, n. 2, p. 153-158, 2010.

MACIEL, K. F. **Rede de apoio social de portadores de hipertensão arterial para o cuidado**. 99 fl. 2010. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2010a.

MACIEL, M. C. Physical activity and function in elderly. **Motriz**, Rio Claro, v.16 n. 4, p.1024-1032, 2010b.

MacKNIGHT, J. M. Exercise considerations in hypertension, obesity, and dyslipidemia. **Clin. Sports Med.**, v. 22, n. 1, p. 101-121, 2003.

MALMBERG, J. J.; MIILUNPALO, S. I.; PASANEN, M. E.; VUORI, I. M.; OJA, P. Associations of leisure-time physical activity with mobility difficulties among middle-aged and older adults. **J. Aging Phys. Act.**, v. 14, n. 2, p.133-153, 2006.

MALTBY, J.; DAY, L. The relationship between exercise motives and psychological well-being. **J. Psychol.**, v. 135, n. 6, p. 651-660, 2001.

MARIN, M. J. S.; RODRIGUES, L. C. R.; DRUZIAN, S.; CECÍLIO, L. C. O. Nursing Diagnoses of elderly patients using multiple drugs. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 44, n. 1, p. 47-52, 2010.

MARSHALL, A. L.; BOOTH, M. L.; BAUMAN, A. E. Promoting physical activity in Australian general practices: A randomised trial of health promotion advice versus hypertension management. **Patient Educ. Couns.**, v. 56, n. 3, p. 283-290, 2005.

MARTIN, C. K.; CHURCH, T. S.; THOMPSON, A. M.; EARNEST, C.P.; BLAIR, S. N. Exercise dose and quality of life: a randomized controlled trial. **Arch. Intern. Med.**, v. 169, n. 3, p. 269-278, 2009.

MARTIN, M. Y.; PERSON, S. D.; KRATT, P.; PRAYOR-PATTERSON, H.; KIM, Y.; SALAS, M.; PISU, M. Relationship of health behavior theories with self-efficacy among insufficiently active hypertensive African-American women. **Patient Educ. Couns.**, v. 72, n. 1, p. 137-145, 2008.

MARTIN, M. Y.; PRAYOR-PATTERSON, H.; KRATT, P.; KIM, Y.; PERSON, S. Characteristics of insufficiently active hypertensive black women who volunteer to be in a physical activity promotion intervention: An application of social cognitive theory and the transtheoretical model. **Ethn. Dis.**, v. 17, n. 4, p. 604-610, 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.

MARTINEZ, M. M.; CUSTEY, M. M. A.; CASADO, F. M. A.; FERRER, A. C.; FLORES, B. E.; ARCALA, G. M. J.; VAQUE, H. R. M. Validación de uma clasificación de diagnóstico de enfermería em atención primaria. **Enferm. Clín.**, v. 6, n. 1, p. 1-10, 1996.

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.

MATIAS, T. S.; ROLIM, M. K. S. B.; KRETZER, F. L.; SCHMOELZ, C. P.; VASCONCELOS, D. I. C.; ANDRADE, A. Lifestyle, level of physical activity and self-efficacy perception of Adolescents. **Rev. Educ. Física/UEM**, Maringá, v. 20, n. 2, p. 235-243, 2009.

MATSUDO, S. M. M. Envelhecimento, atividade física e saúde. **BIS. Bol. Inst. Saúde (Impr.)**, n. 47, p. 76-79, 2009.

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.

MATSUMOTO, H. Y.; TAKENAKA, K. Motivational profiles and stages of exercise behavior change. **Int. J. Sport Health Sci.**, v. 2, p. 89-96, 2004.

McARDLE, W. D.; KATCH, F. I.; KATCH, V. L. **Fundamentos de fisiologia do exercício**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabra Koogan, 2002.

McAULEY, E. Self-efficacy and the maintenance of exercise participation in older adults. **J. Behav. Med.**, v. 16, p. 103-113, 1993.

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

MELO, A. S. **Validação dos diagnósticos de enfermagem Disfunção Sexual e Padrões de Sexualidade Ineficazes**. 2004. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

MELO, A. S.; CARVALHO, E. C.; HAAS, V. J. Características definidoras validadas por especialistas e as manifestadas por pacientes: estudo dos diagnósticos Disfunção Sexual e Padrões de Sexualidade Ineficazes. **Rev. Latino-am. Enferm.** v. 16, n. 6, 2008.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto Enferm.**, v. 17, n. 4, p. 758-64, 2008.

MICHAELIS, C. W. **Dicionário escolar da língua portuguesa**. 6. ed. São Paulo: Melhoramentos, 2010.

MILLER, N. H.; TAYLOR, C. B. Modificação comportamental para redução dos fatores de risco cardiovasculares. In: POLLOCK, M. L.; SCHMIDT, D. H. (Org.). **Doença cardíaca e reabilitação**. Rio de Janeiro: Revinter, 2003.

MONTEIRO, A. B.; SANT'ANA, M. A. Program of systematic exercises of muscle resistance to hipertensive patient: case report. **Arquivos Ciências Saúde UNIPAR**, v.6, n. 3, p. 165-170, set.-dez., 2002.

MORAES, H.; DESLANDES, A.; FERREIRA, C.; POMPEU, F. A. M. S.; RIBEIRO, P.; LAKS, J. O exercício físico no tratamento de depressão em idosos: revisão sistemática. **Rev. Psiquiatr. Rio Grde Sul**, v. 29, n. 1, p.70-79, 2007.

MORAIS, E.; LIMA, P. F.; SANTOS, C. Barreiras para a prática de exercício físico regular em indivíduos com fatores de risco cardiovascular. **Saúde Coletiva**, v. 7, n. 45, p. 282-287, 2010.

MOREIRA, A. K. F.; SANTOS, Z. M. S. A.; CAETANO, J. A. Aplicação do modelo de crenças em saúde na adesão do trabalhador hipertenso ao tratamento. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 989-1006, 2009.

MOREIRA, R. P. **Acidente vascular cerebral – análise dos diagnósticos de enfermagem da classe Atividade/Exercício**. 2008. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Ceará, Departamento de Enfermagem, Fortaleza, 2008.

MUSHTAQ, R.; KHAN, Z. T. Reduction in hypertension and related lipid profile parameters after exercise in females. **Pak. J. Nutr.**, v. 9, n. 2, p. 151-157, 2010.

NATIONAL HIGH BLOOD PRESSURE EDUCATION. Program Working Group Report on Hypertension in Diabetes. **Hypertension**, v. 23, n. 2, p. 145-158, 1994.

NEDER, M. M.; BORGES, A. A. N. Systemic hypertension in Brazil: how much have we improved our knowledge. **Hipertensão**, v. 13, n. 2, p. 126-133, 2006.

NEGRÃO, C. E.; TROMBETTA, I. C.; TINUCCI, T.; FORJAZ, C. L. M. O papel do sedentarismo na obesidade. **Rev. Bras. Hipertens.**, v. 7, n. 2, p. 149-155, 2000.

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 2009-2011**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

OKUMA, S. S. **O idoso e a atividade física**. 2. ed. São Paulo: Papyrus; 2002.

OLIVEIRA, A. P.; SIQUEIRA, H. C. H. Influência dos exercícios físicos e da alimentação na qualidade de vida de portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. Anuário da produção de iniciação científica Discente, v. XI, n. 12, p.13-38, 2008.

OLIVEIRA, C. J. **Revisão do diagnóstico de enfermagem Falta de adesão em pessoas com hipertensão arterial**. 2011. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2011.

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.

OLIVEIRA, N. M. S. **Diagnóstico de enfermagem de Ansiedade**: validação da definição e das características definidoras. 2001. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

OSAWA, F. H.; CAROMANO, F. A. Evaluation of the adhesion to a progof physical activities for hypertensive and/or diabetic people. **Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR**, v. 6, n. 3, p. 127-130, 2002.

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

PADOIN, P. G.; GONÇALVES, M. P.; COMARU, T.; SILVA, A. M. V. Análise comparativa entre idosos praticantes de exercício físico e sedentários quanto ao risco de quedas / Análisis comparativo entre envejecidos practicantes de ejercicios físicos y sedentarios en cuanto al riesgo de caídas. **Mundo Saúde**, v. 34, n. 2, p. 158-164, 2010.

PAJARES, F. Current directions in self-efficacy research. In: MAEHR, M.; PINTRICH, P. R. (Ed.). **Advances in motivation and achievement**. Greenwich: JAI Press, 1997. p. 1-49. Disponível em: <<http://citeseer.ist.psu.edu/pajares97current.html>> Acesso em: 20 out. 2005.

PALATINI, P.; BRATTI, P.; PALOMBA, D.; SALADINI, F.; ZANATTA, N.; MARAGLINO, G. Regular physical activity attenuates the blood pressure response to public speaking and delays the development of hypertension. **J. Hypertens.**, v. 28, n. 6, p. 1186-1193, 2010.

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

PARKS, S. E.; HOUSEMANN, R. A.; BROWNSON, R. C. Differential correlates of physical activity in urban and rural adults of various socioeconomic backgrounds in the United States. **J. Epidemiol. Community Health**, v. 57, n. 1, p. 29-35, 2003.

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

PATEL, K. V.; COPPIN, A. K.; MANINI, T. M.; LAURETANI, F.; BANDINELLI, S.; FERRUCCI, L.; GURALNIK, J. M. Midlife physical activity and mobility in older age: The InCHIANTI Study. **Am. J. Prev. Med.**, v. 31, n. 3, p. 217-24, 2006.

PEREIRA, M. A. **Mobilidade física prejudicada em clientes hospitalizados e uma proposta de intervenções de enfermagem.** 1997. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 1997.

PÉRES, D. S.; MAGNA, J. M.; VIANA, L. A. Arterial hypertension patients: attitudes, beliefs, perceptions, thoughts and practices. **Rev. Saúde Pública**, v. 37, n. 5, p. 635-642, 2003.

PÉREZ, A. B.; RODRIGO, A. B.; FERNÁNDEZ, J. R. B.; ALCÁINE, R. L.; FERNÁNDEZ, E. L.; MARQUETA, P. M.; DE BERISTAIN, C. P. I. Guidelines of the spanish society of cardiology for physical activity in patients with cardiac disease. **Rev. Esp. Cardiol.**, v. 53, n. 5, p. 684-726, 2000.

PIERIN, A. M. G.; MORRONI, S. N.; TAVEIRA, L. A. F.; BENSEÑOR, I. J. M. Hypertension control and related factors at primary care located in the west side of the city of São Paulo, Brazil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 16, supl. 1, p. 1389-1400, 2011.

PILEGGI, S. O. **Validação clínica do diagnóstico de enfermagem Desobstrução ineficaz das vias aéreas de crianças e adolescentes submetidos à correção cirúrgica de cardiopatia congênita.** 2007. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

PIMENTA, F. A. P.; SIMIL, F. F.; TÔRRES, H. O. G.; AMARAL, C. F. S.; REZENDE, C. F.; COELHO, T. O.; REZENDE, N. A. Avaliação da qualidade de vida de aposentados com a utilização do questionário SF-36. **Rev. Assoc. Méd. Bras.**, v. 54, n. 1, p. 55-60, 2008.

PIRES, G. S.; MUSSI, F. C. Health beliefs for the control of arterial hypertension. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 13, supl. 2, p. 2257-2267, 2008.

PITANGA, F. J.; LESSA, I. Prevalence and variables associated with leisure-time sedentary lifestyle in adults. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 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.

POMPEO, D. A.; ROSSI, L.A.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnósticos de enfermagem. **Acta Paul. Enferm.**, v. 22, n. 4, p. 434-8, 2009.

PRIBERAM. Dicionário Priberam da língua portuguesa. Disponível em: <http://www.priberam.pt/dlpo/default.aspx?pal=sedentarismo>. Acesso em: 20 de junho de 2011

REICHERT, F. F. **Barreiras à prática de atividades físicas: prevalência e fatores associados.** 2004. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas, Rio Grande do Sul, 2004.

REICHERT, F.F.; BARROS, A.J.D.; DOMINGUES, M.R.; HALLAL, P.C. The role of perceived personal barriers to engagement in leisure-time physical activity. **Am. J. Public Health**, v. 97, n. 3, p. 515-519, 2007.

REIS, R. S.; SALLIS, J. Reliability and Validity of the Brazilian Version of Social Support for Exercise Scale for Adolescents. **Rev. Bras. Ciênc. Mov.**, v. 13, n. 2, p. 7-15, 2005.

RODGERS, B. L.; KNAFL, K. A. **Concept development in nursing: foundations, techniques and applications.** Philadelphia: W.B. Saunders, 2000.

ROMITTI, J. C.; KRUG, M. R.; GARCES, S. B. B.; ROSA, L. H. T.; ROSA, P. V. Capacidade funcional e condições de saúde dos idosos dos municípios integrantes dos COREDEs Alto Jacuí e Alto da Serra do Botucaraí, RS. **Rev. Digital**, Buenos Aires, año 13, n. 124, setiembre, 2008. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/>. Acesso em: 14 jul 2011.

ROSÁRIO, T. M.; SCALA, L. C.; FRANÇA, G. V.; PEREIRA, M. R.; JARDIM, P. C. Prevalence, control and treatment of arterial hypertension in Nobres - MT. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 93, n. 6, p. 672-678, 2009.

RUPPAR, T. M.; SCHENEIDER, J. K. Self-reported exercise behavior and interpretations of exercise in older adults. **West. J. Nurs. Res.**, v. 29, n. 2, p. 140-157, 2007.

SALLIS, J. F. **Memo to users of self-efficacy surveys for diet and exercise behaviors**. 1996. Disponível em: <<http://www.drjamessallis.sdsu.edu/self-efficacy-coverandexercise.pdf>>. Acesso em: 31 jul 2007.

SALLIS, J. F.; GROSSMAN, R. M.; PINSKI, R. B.; PATTERSON, T. L.; NADER, P.R. The development of scales to measure social support for diet and exercise behaviors. **Prev. Med.**, v. 16, n. 6, p. 825-836, 1987.

SALLIS, J. F.; PINSKI, R. B.; GROSSMAN, R. M.; PATTERSON, T. L.; NADER, P. R. The development of self-efficacy scales for health-related diet and exercise behaviors. **Health Educ. Res.**, v. 3, p. 283-292, 1988.

SANTANA, M. E.; SAWADA, N. O. Paciente laringectomizado total: validação das características definidoras para o diagnóstico de enfermagem comunicação prejudicada. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 55, n. 6, p. 658-63, 2002.

SANTOS, I. C. R.; QUEIROZ, R. R.; MATOS, V. B.; SANTANA, A. K. V.; SILVEIRA, M. G.; RODRIGUES, V. D. Prescripción del entrenamiento de la fuerza en la tercera edad. **Rev. Digital**, Buenos Aires, año 16, n. 155, abril de 2011. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/>>. Acesso em: 14 jul 2011.

SANTOS, F. A. A. S. **Construção e investigação da validade de definições conceituais e operacionais do resultado de enfermagem integridade tissular: um estudo com portadores de úlcera venosa**. 2011. 237f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem – Fortaleza, 2011.

SANTOS, M. S.; REIS, R. S.; HALLAL, P. C. Validade e fidedignidade de uma escala de avaliação do apoio social para a prática de atividade física em adultos brasileiros. In: SANTOS, M. S. **Religiosidade, apoio social e atividade física em adultos residentes em Curitiba-PR**. 93 fl. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Educação Física. Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2010.

SANTOS, Z. M. S. A.; LIMA, H. P. Attitudes and practices adopted by hypertensive workers on the disease's control. **RBPS Rev. Bras. Prom. Saúde**, v. 18, n. 3, p. 145-151, 2005.

SEGURA-MUÑOZ, S. I. Revisão sistemática de literatura e metanálise: noções básicas sobre seu desenho, interpretação e aplicação na área da saúde. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM, 8., 2002, Ribeirão Preto. **Anais Eletrônico...** Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão, 2002.

SEIDEL, H. M.; BALL, J. W.; DAINS, J. E. BENEDICT, G. W. **Mosby**: Guia de Exame físico. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.

SILVA, S. G.; SILVA, M. C.; NAHAS, M. V.; VIANA, S. L. Variables associated with leisure-time physical inactivity and main barriers to exercise among industrial workers in Southern Brazil. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 2, p. 249-259, 2011.

SIMÃO, R.; SALLES, B. F.; POLITO, M. Effects of a Four-Month Physical Training Program on the Blood Pressure of Hypertensive Subjects. **Rev SOCERJ**, v. 21, n. 6, p. 393-398, 2008.

SIMON NETO, D. **Efeitos dos exercícios resistidos sobre as atividades da vida diária em idosos**: revisão bibliográfica. 2006. Monografia (Especialização) - Curso de Especialização em Fisiologia do Exercício e Treinamento Resistido na Saúde, na Doença e no Envelhecimento, Faculdade de Medicina da USP, São Paulo, 2006.

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.

SLACK, M. K. Interpreting current physical activity guidelines and incorporating them into practice for health promotion and disease prevention. **Am. J. Health-System Pharm.**, v. 63, n. 17, p. 1647-1653, 2006.

SMITH, P. J.; BLUMENTHAL, J. A.; BABYAK, M. A.; GEORGIADES, A.; HINDERLITER, A.; SHERWOOD, A. Effects of exercise and weight loss on depressive symptoms among men and women with hypertension. **J. Psychosom. Res.** v. 63, n. 5, p. 463-469, 2007.

SOARES, E. D.; MENEZES, A. P.; FREITAS JÚNIOR, R. G. A.; LIMA, J. W. O. Análisis de la relación entre el nivel de actividad física y la capacidad funcional en personas mayores de Fortaleza, CE. **Rev. Digital**. Buenos Aires, año 15, n. 149, oct. 2010. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/>>. Acesso em: 20 jun 2011.

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: 6 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.

SOUSA, M. R.; RIBEIRO, A. L. P. Revisão sistemática e meta-análise de estudos de diagnóstico e prognóstico: um tutorial. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 92, n. 3, p. 241-251, 2009.

SOUZA, L. J.; GICOVATE NETO, C.; CHALITA, F. E. B.; REIS, A. F. F.; BASTOS, D. A.; SOUTO FILHO, J. T. D.; SOUZA, T. F.; CÔRTEZ, V. A. Obesidade e Risco Cardiovascular em Campos, RJ. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.**, v. 47, n. 6, p. 669-676, 2003.

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

STEPTOE, A.; McMUNN, A. Health behaviour patterns in relation to hypertension: the English Longitudinal Study of Ageing. **Journal Hypertension**, v. 27, n. 2, p. 224-230, 2009.

STEWART, K. J. Role of exercise training on cardiovascular disease in persons who have type 2 diabetes and hypertension. **Cardiol. Clin.**, v. 22, n. 4, p. 569-586, 2004.

SWARTZ, M. H. Sistema músculo-esquelético. In: _____. **Tratado de semiologia médica: história e exame clínico**. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006. cap. 20.

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

TEIXEIRA, M. J.; SHIBATA, M. K.; PIMENTA, C. A. M.; CORRÊA, C. F. **Dor no Brasil: estado atual e perspectivas**. São Paulo: Limay, 1995. p. 196.

TRUCCOLO, A. B.; MADURO, P. A.; FEIJÓ, E. A. Fatores motivacionais de adesão a grupos de corrida. **Motriz**, Rio Claro, v.14 n. 2, p. 108-114, 2008.

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, 2002.

UCHINO, N. B. **Social support and Physical Health**. New Haven: Yale University Press, 2004.

UNITED STATE AMERICAN (USA). Hypertension in diabetes: National High Blood Pressure Education Program Working Group report. US National Institutes of Health. National Heart, Lung, and Blood Institute US National Institutes of Health. National Heart, Lung, and Blood Institute; United States Department of Health and Human Services National Institutes of Health, apr., p. 26, 1994.

VAN WIJK, B. L.; KLUNGEL, O. H.; HEERDINK, E. R.; DE BOER, A. Rate and determinants of 10-year persistence with antihypertensive drugs. **J. Hypertens**, v. 23, n. 11, p. 2101-2107, 2005.

VICTOR, J. F.; VASCONCELOS, F. F.; ARAÚJO, A. R.; XIMENES, L. B.; ARAUJO, T. L. Happy age group: nursing care for the promotion of health in the third age. **Ver. Esc. Enferm. USP**, v. 41, n. 4, p. 724-730, 2007.

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.

VITOR, A. F. **Revisão do resultado de enfermagem comportamento de prevenção de quedas**: análise do conceito e validação por especialistas. 2010. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010.

WALKER, L. O.; AVANT, K. C. **Strategies for theory construction in nursing**. 4th ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall, 2005.

WALLACE, J. P. Exercise in hypertension: a clinical review. **Sports Med.**, v. 33, n. 8, p. 585-598, 2003.

WALLACE, L. S.; BUCKWORT, J.; KIRBY, T. E.; SHERMAN, W. M. Characteristics of exercise behavior among students: Application of social cognitive theory to predict stage change. **Prev. Med.**, v. 31, n. 5, p. 494-505, 2000.

WENDHAUSEN, A. L. P.; REBELLO, B. C. As concepções de saúde-doença de portadores de hipertensão arterial. **Ciênc. Cuid. Saúde**, v. 3, n. 3, p. 243-251, 2004.

WHETSTONE, W. R.; REID, J. C. Health promotion of older adults: perceived barriers. **J. Adv. Nurs.**, v. 16, n. 11, p. 1343-1349, 1991.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **J. Adv. Nurs.**, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005.

WILCOX, S.; BOPP, M.; OBERRECHT, L.; KAMMERMANN, S. K.; MCELMURRAY, C. T. Psychosocial and perceived environmental correlates of physical activity in rural and older African American and white women. **J. Gerontol. B Psychol. Sci. Soc. Sci.**, v. 58, p. 329-337, 2003.

WONG, J.; WONG, S. Evidence-based care for the elderly with isolated systolic hypertension. **Nurs. Health Sci.**, v. 7, n. 1, p. 67-75, 2005.

WOODS; S. L.; FROELICHER, E. S. S.; MOTZER, S. U. Teste ergométrico. In: _____. **Enfermagem em cardiologia**. 4. ed. São Paulo: Monole, 2005. cap.17, p. 455-478.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Diet and physical activity: a public health priority**. Genebra, 2008. Disponível em: <<http://www.who.int/dietphysicalactivity/en/>>. Acesso em: 5 mar. 2008.

YOUNG, L. K.; POLZIN, J.; TODD, S.; SIMUNCAK, S. L. Validation of the nursing diagnosis anxiety in adult patients undergoing bone marrow transplant. **Int. J. Nurs. Terminol. Classif.**, v.13, n. 3, p. 88-100, 2002.

ZAMAI, C. A.; BANKOFF, A. D. P.; SILVA, J. F.; DAVID, L. T., SILVA, T. T. R.; DIAS, C.; MILER, J. Concepções sobre a prática de atividades físicas e saúde na educação física e esportes. **Conexões**, v. 7, n. 3, p. 86-102, 2009.



APÊNDICES

APÊNDICE A

PROTOCOLO DA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

PROTOCOLO DA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Tema: Sedentarismo: determinantes e consequências em indivíduos com hipertensão arterial.

Objetivo: Apresentar o conhecimento produzido sobre sedentarismo em indivíduos com hipertensão arterial.

Questões norteadoras:

- Qual é a definição do EVS em indivíduos com hipertensão arterial?
- Quais são os componentes que compõem esse diagnóstico de enfermagem em indivíduos com hipertensão arterial?
- Como esses componentes são definidos e mensurados?
- Com vistas a contemplar esse tema, a busca bibliográfica foi realizada sobre o conceito de “sedentarismo

Estratégias para buscar as pesquisas:

➤ **Base de dados**

- Base de dados 1: Scopus
- Base de dados 2: Cinahl
- Base de dados 3: Cochrane
- Base de dados 5: Lilacs

➤ **Descritores**

- MeSH: *Sedentary and Hypertension; Sedentary lifestyle and Hypertension*
- DeCS: Sedentarismo *and* Hipertensão; Estilo de vida sedentário *and* Hipertensão

Seleção dos estudos:

➤ **Critérios de inclusão:**

- Artigos completos disponíveis eletronicamente;
- Artigos completos que abordem o tema da pesquisa em indivíduos acima de 18 anos;
- Estudos disponíveis nos idiomas português, inglês ou espanhol;
- Abordar o conceito analisado;
- Estudos que respondam às questões de pesquisa estabelecidas.

➤ **Critérios de exclusão:**

- Editoriais;
- Cartas ao editor.

Avaliação da qualidade metodológica dos estudos

- Níveis de evidência desenvolvidos por Melnyk, Fineout-Overholt (2005)

Estratégia para síntese e avaliação dos estudos

- Caracterização dos estudos, segundo o instrumento adaptado do estudo de Chaves (2008).
- Análise do conceito proposta por Walker; Avant (2005).
-

APÊNDICE B

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

PARTE 1 – CARACTERIZAÇÃO DO ESPECIALISTA

Sexo: () Feminino () Masculino

Idade (anos completos): _____

Cidade em que trabalha: _____

Titulação: () Especialista () Mestre () Doutor

Área da Especialização: _____

Tema da Monografia de Especialização: _____

Área do Mestrado: _____

Tema da Dissertação de Mestrado: _____

Área do Doutorado: _____

Tema da tese de Doutorado: _____

Ocupação atual: _____

Tempo de formação profissional (anos completos): _____

Por favor, responda às seguintes questões (pode escolher mais de uma alternativa nas questões 1, 2 e 5):

1- Desenvolveu ou está desenvolvendo, como autor (a) ou orientador (a), estudo na temática *Terminologias de Enfermagem* na forma de:

- | | |
|-----------------------------|----------------------------------|
| () Monografia de graduação | () Monografia de especialização |
| () Dissertação | () Tese |
| () Artigos científicos | () Outros |

Se sim, qual(is) terminologia(s)? _____

2- Desenvolveu ou está desenvolvendo, como autor (a) ou orientador (a), estudo na temática *Diagnóstico de Enfermagem Estilo de vida sedentário* na forma de:

- | | |
|-----------------------------|----------------------------------|
| () Monografia de graduação | () Monografia de especialização |
| () Dissertação | () Tese |
| () Artigos científicos | () Outros |

3- Desenvolveu ou está desenvolvendo, como autor (a) ou orientador (a), estudo na temática *Hipertensão* na forma de:

- | | |
|-----------------------------|----------------------------------|
| () Monografia de graduação | () Monografia de especialização |
|-----------------------------|----------------------------------|

- Dissertação Tese
 Artigos científicos Outros

4- Participa ou participou de grupos/projetos de pesquisa que envolve/envolveu a temática *Terminologias de Enfermagem*? Sim Não

Se sim:

Qual nome do grupo/projeto:

Por quanto tempo participou ou participa do grupo?

Qual o local em que ocorre o grupo:

5- Nos últimos 12 meses, onde exerceu suas atividades profissionais?

- Hospital Unidade Básica de Saúde
 Instituição de Ensino Outro _____

6- Utiliza/ utilizou o diagnóstico de enfermagem em sua prática profissional (assistência)?

- Sim. Por quanto tempo? _____ Não

7- Utiliza/ utilizou o diagnóstico de enfermagem em sua prática profissional (ensino)?

- Sim. Por quanto tempo? _____ Não

8- Presta/prestou assistência de enfermagem a indivíduos portadores de hipertensão arterial ou com o Diagnóstico de Enfermagem Estilo de vida sedentário?

- Sim Não

Se sim:

- Pacientes portadores de hipertensão arterial
 Pacientes com Diagnóstico de Enfermagem Estilo de vida sedentário
 Pacientes portadores de hipertensão arterial que possuem o Diagnóstico de Enfermagem Estilo de vida sedentário

Em qual local: _____

Há quanto tempo: _____

9- Já identificou o diagnóstico de enfermagem *Estilo de vida sedentário* em sua prática clínica?

- Nunca Poucas vezes Frequentemente

10- No ensino, ministra/ministrou disciplinas que envolvem a temática *Diagnóstico de enfermagem*? Sim Não

11- No ensino, ministra/ministrou disciplinas que abordam a temática *Estilo de vida sedentário*?

- Sim Não

12- No ensino, ministra/ministrou disciplinas que abordam a temática *Hipertensão*?

- Sim Não

PARTE 2 – VALIDAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM ESTILO DE VIDA SEDENTÁRIO

Por favor, leia atentamente os itens referentes ao diagnóstico de enfermagem Estilo de vida sedentário e responda o que se pede:

1) Escolha o título diagnóstico mais adequado ao diagnóstico de enfermagem Estilo de vida sedentário:

() Sedentarismo () Estilo de vida sedentário

2) Escolha o conceito diagnóstico mais adequado ao diagnóstico de enfermagem Estilo de vida sedentário:

Estilo de vida sedentário
() Definição 1: Refere-se a um hábito de vida que se caracteriza por um baixo nível de atividade física.
() Definição 2: Refere-se a um hábito de vida em que o indivíduo não realiza atividade física na frequência, na duração e na intensidade recomendada.
Sugestões:

3) A seguir, as características definidoras e os fatores relacionados que compõem a Taxonomia II da NANDA-I (2010) e aqueles encontrados na literatura referentes ao diagnóstico de enfermagem Estilo de vida sedentário em pacientes portadores de hipertensão arterial, encontram-se listados, para que de acordo com seu conhecimento e experiência, seja assinalada com um “X” a opção mais adequada sobre a adequação do em relação ao diagnóstico em questão.

CARACTERÍSTICA DEFINIDORA	Não é indicativa	Muito pouco indicativa	De algum modo indicativa	Consideravelmente indicativa	Muitíssimo indicativa
Excesso de peso					
Baixo desempenho nas atividades de vida diária					
Escolhe uma rotina diária sem exercício físico					
Não realiza atividades físicas no tempo de lazer					

Resistência cardiorrespiratória diminuída					
Força muscular diminuída					
Flexibilidade das articulações diminuída					
Verbaliza preferência por atividades com pouco exercício físico					
Relato de desordens de saúde					

FATORES RELACIONADOS	Não é indicativo	Muito pouco indicativo	De algum modo indicativo	Consideravelmente indicativo	Muitíssimo indicativo
Atitudes, crenças e hábitos de saúde que dificultam a prática de atividade física.					
Conhecimento deficiente sobre os benefícios que a atividade física traz à saúde e/ou sobre as consequências do sedentarismo					
Falta de motivação					
Falta de interesse					
Falta de apoio social					
Falta de recursos (tempo, dinheiro, lugar, segurança, equipamento)					
Falta de treino para fazer exercício físico					
Baixa autoeficácia para o exercício físico					
Mobilidade prejudicada					
Intolerância à atividade					
Dor					
Reações emocionais					

4) Caso julgue pertinente, você poderá acrescentar ou sugerir a retirada de características definidoras (CD) e de fatores relacionados (FR) para o diagnóstico de enfermagem Estilo de vida sedentário no espaço reservado, mencionando a(s) justificativa(s).

Sugestão de inclusão de novas CD	Justificativa
Sugestão para retirada de CD	Justificativa
Sugestão de inclusão de novos FR	Justificativa
Sugestão para retirada de CD	Justificativa

- 5) Cada característica definidora (CD) e cada fator relacionado (FR) possui uma definição conceitual e uma ou mais referências empíricas (definições operacionais). Você deve assinalar com um “X” a pertinência destes em relação a cada CD e a cada FR.

CARACTERÍSTICA DEFINIDORA					
EXCESSO DE PESO	Nada pertinente	Muito pouco pertinente	De algum modo pertinente	Consideravelmente pertinente	Muitíssimo pertinente
Definição conceitual: Balanço energético positivo que resulta de uma dieta com alta ingestão de energia e do desencorajamento da atividade física regular.					
Referência empírica: Índice de massa corporal maior ou igual a 25 kg/m ² , calculado a partir da fórmula: peso(kg)/altura(m) ² .					
BAIXO DESEMPENHO NAS ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA	Nada pertinente	Muito pouco pertinente	De algum modo pertinente	Consideravelmente pertinente	Muitíssimo pertinente
Definição conceitual: Dificuldade em realizar ações necessárias para manter as atividades cotidianas de um dia normal.					
Referência empírica: Dificuldade em realizar ações necessárias para manter as atividades cotidianas de um dia normal, incluindo tarefas básicas como comer, vestir, tomar banho, subir e descer da cama, entre outras.					
ESCOLHE UMA ROTINA DIÁRIA SEM EXERCÍCIO FÍSICO	Nada pertinente	Muito pouco pertinente	De algum modo pertinente	Consideravelmente pertinente	Muitíssimo pertinente
Definição conceitual: Condição em que o indivíduo escolhe uma rotina diária sem uma atividade física planejada e estruturada, que melhore ou mantenha a aptidão física.					
Referência empírica: O indivíduo relata que não pratica exercício físico, diariamente, ou que suas atividades se limitam a afazeres domésticos ou ocupacionais.					
NÃO REALIZA ATIVIDADES FÍSICAS NO TEMPO DE LAZER	Nada pertinente	Muito pouco pertinente	De algum modo pertinente	Consideravelmente pertinente	Muitíssimo pertinente
Definição conceitual: Não realiza atividades com gastos energéticos maiores que os de repouso no tempo de lazer.					

<p>Referência empírica: O indivíduo relata que, no tempo de lazer, não realiza atividades que requerem movimentos físicos com gastos energéticos maiores que os de repouso. Realiza, no tempo de lazer, atividades tais como: assistir televisão, ler livros, assistir filmes, conversar com amigos, entre outras.</p>					
<p>RESISTÊNCIA CARDIORRESPIRATÓRIA DIMINUÍDA</p>	<p>Nada pertinente</p>	<p>Muito pouco pertinente</p>	<p>De algum modo pertinente</p>	<p>Consideravelmente pertinente</p>	<p>Muitíssimo pertinente</p>
<p>Definição conceitual: Diminuição da capacidade do sistema cardiovascular e do aparelho respiratório para a realização de esforços físicos de intensidade moderada, por períodos de longa duração. É a capacidade cardiorrespiratória que determina o fôlego.</p>					
<p>Referência empírica 1: Diminuição da capacidade aeróbica estimada na bicicleta ergométrica. Essa capacidade pode ser avaliada por meio de: - duração do exercício; - watts obtidos na bicicleta ergométrica; - METs (1 MET é a energia equivalente para uma pessoa em repouso. Representa o consumo de 3,5 ml de oxigênio por quilograma de peso corporal por minuto). - Percepção de sintomas durante o exercício, sugerindo esforço exagerado, revelado por: desconforto torácico, dor nas pernas, dispnéia, tontura, vertigem, fadiga. - Classificação da Escala de Borg para o Esforço Percebido: Extremamente leve; muito leve, razoavelmente leve, um pouco cansativo, cansativo, muito cansativo, extremamente cansativo. (WOODS; FROLICHER; MOTZER, 2005).</p>					
<p>Referência empírica 2: Aplicar a escala proposta por COOP/WONCA (TUDELA; FERRER, 2002) que avalia o estado funcional para a prática de exercício físico em uma escala de pontos de 1 a 5. Indagar ao indivíduo sobre qual foi a máxima atividade física que realizou, por pelo menos 2 minutos, nas duas últimas semanas. As opções são: Muito intensa (por exemplo: correr depressa) (1</p>					

ponto); Intensa (por exemplo: correr com suavidade) (2 pontos); Moderada (por exemplo: caminhar a passos rápidos) (3 pontos), Leve (por exemplo, caminhar devagar) (4 pontos); Muito leve (por exemplo, caminhar lentamente ou não poder caminhar) (5 pontos). Um escore maior que 3 é considerado uma capacidade diminuída para a realização de exercício físico.					
--	--	--	--	--	--

Referência empírica 3: O indivíduo não consegue executar atividades físicas que envolvam grandes grupos musculares, com intensidade moderada, de forma contínua, na maioria dos dias da semana, durante, no mínimo, 30 minutos, servindo de exemplos as caminhadas a passos rápidos, corrida, ciclismo, futebol, natação.					
---	--	--	--	--	--

Para construirmos somente uma referência empírica para a característica definidora **Resistência cardiorrespiratória diminuída** qual(is) referência(s) empírica(s) é(são) mais adequada(s)?

() referência empírica 1 () referência empírica 2 () referência empírica 3

Em caso de escolha de mais de uma referência empírica qual é a sua sugestão para uma descrição final de uma única referência empírica, considerando as já descritas?

FORÇA MUSCULAR DIMINUÍDA	Nada pertinente	Muito pouco pertinente	De algum modo pertinente	Consideravelmente pertinente	Muitíssimo pertinente
Definição conceitual: Diminuição da força exercida para dar início ou resistir a movimentos, seja a força cinética (a força exercida para mudar-se de posição) ou dinâmica (a força exercida para resistir ao movimento de uma posição fixa).					
Referência empírica: A força pode ser testada de duas maneiras: 1) O indivíduo coloca uma articulação em determinada posição e o examinador tenta movê-la; 2) O indivíduo tenta mover uma articulação ou contrair um músculo					

<p>contra a resistência fixa do examinador. A partir dos testes a força pode ser avaliada quantitativamente por meio dos Graus do Nível de Função Muscular:</p> <p>0 Sem evidências de movimentos 1 Traços de movimentos 2 Amplitude total de movimento, mas não contra a gravidade 3 Amplitude total de movimento contra a gravidade, mas não contra a resistência 4 Amplitude total de movimento contra a gravidade e certo grau de resistência, mas fraca 5 Amplitude total de movimento contra a gravidade e resistência total.</p> <p>Quando a força muscular é graduada como 3 ou menos, uma incapacidade está presente.(MOSBY, 2007)</p>					
<p>FLEXIBILIDADE DAS ARTICULAÇÕES DIMINUÍDA</p>	<p>Nada pertinente</p>	<p>Muito pouco pertinente</p>	<p>De algum modo pertinente</p>	<p>Consideravelmente pertinente</p>	<p>Muitíssimo pertinente</p>
<p>Definição conceitual: <i>Diminuição da capacidade de realizar movimentos em certas articulações com apropriada amplitude de movimento.</i></p>					
<p>Referência empírica: Avaliar a flexibilidade ativa e passiva das articulações (amplitude máxima fisiológica de um dado movimento articular) a partir da amplitude de movimentos ativos e passivos. A flexibilidade é específica para cada articulação, podendo variar de um indivíduo para o outro. Quando uso do goniômetro, considerar as referências contidas nos manuais.</p>					
<p>Na Taxonomia II da NANDA-I (2010) as características definidoras (CDs) propostas neste estudo Resistência cardiorespiratória diminuída, Força muscular diminuída e Flexibilidade das articulações diminuída não compõem o diagnóstico de enfermagem Estilo de vida sedentário. No entanto, a característica definidora denominada Demonstra falta de condicionamento físico é equivalente ao conjunto das três CDs definidas neste estudo. Em sua opinião, é mais adequado manter as três CDs ou continuar com somente uma (Demonstra falta de condicionamento físico)?</p> <p>() MANTER AS TRÊS CDs () MANTER SOMENTE UMA</p> <p>Em caso de “manter somente uma”, qual é a sua sugestão para construção da referência empírica de Demonstra falta de condicionamento físico, considerando as referências empíricas de Resistência cardiorespiratória diminuída, Força muscular diminuída e Flexibilidade das articulações diminuída ?</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>					

VERBALIZA PREFERÊNCIA POR ATIVIDADES COM POUCO EXERCÍCIO FÍSICO	Nada pertinente	Muito pouco pertinente	De algum modo pertinente	Consideravelmente pertinente	Muitíssimo pertinente
Definição conceitual: Condição em que o indivíduo verbaliza preferência por movimentos corporais que resultem em pequenos gastos energéticos, com poucos movimentos repetitivos e intencionais de determinados grupos musculares.					
Referência empírica: O indivíduo relata preferência por atividades não programadas, não intencionais, com pequenos gastos energéticos, com frequência, intensidade e duração inferiores ao recomendado.					
RELATO DE DESORDENS DE SAÚDE	Nada pertinente	Muito pouco pertinente	De algum modo pertinente	Consideravelmente pertinente	Muitíssimo pertinente
Definição conceitual: Apresenta manifestações de doenças, tais como transtornos metabólicos, doenças cardiovasculares e/ou doenças musculoesqueléticas, ou apresenta complicações dessas doenças.					
Referência empírica: O indivíduo afirma possuir doenças, tais como transtornos metabólicos, doenças cardiovasculares e/ou doenças musculoesqueléticas, ou relata complicações dessas doenças.					

FATORES RELACIONADOS					
ATITUDES, CRENÇAS E HÁBITOS DE SAÚDE QUE DIFICULTAM A PRÁTICA DE EXERCÍCIO FÍSICO	Nada pertinente	Muito pouco pertinente	De algum modo pertinente	Consideravelmente pertinente	Muitíssimo pertinente
Definição conceitual: Fatores internos individuais relacionados ao processo saúde/doença que influenciam na tomada de decisão sobre a adoção de comportamentos saudáveis, como a prática de exercício físico regular.					
Referência empírica: O indivíduo apresenta comportamentos e/ou crenças quanto à efetividade ou à necessidade de execução da atividade física com interferência nessa prática.					

CONHECIMENTO DEFICIENTE SOBRE OS BENEFÍCIOS QUE A ATIVIDADE FÍSICA TRAZ À SAÚDE E/OU SOBRE AS CONSEQUÊNCIAS DO SEDENTARISMO	Nada pertinente	Muito pouco pertinente	De algum modo pertinente	Consideravelmente pertinente	Muitíssimo pertinente
Definição conceitual: Ausência e/ou deficiência de informação cognitiva quanto aos benefícios da atividade física, ao tipo, à frequência, à intensidade e à duração da atividade física e também quanto às consequências do sedentarismo.					
Referência empírica 1: Ao ser interrogado quanto aos benefícios da atividade física, à prescrição do exercício físico (tipo, frequência, intensidade e duração) e às consequências do sedentarismo, o indivíduo demonstra o desconhecimento ou conhecimento insuficiente, dificultando mudanças de comportamentos em relação à prática de atividade física.					
Referência empírica 2: O indivíduo apresenta comportamento indevido quanto à prática de exercício físico em relação ao tipo, à frequência, à duração e/ou à intensidade do exercício.					
Referência empírica 3: Apresenta um seguimento inadequado das instruções de um plano de tratamento estruturado, não-farmacológico, que inclui aconselhamento sobre como agir em relação à atividade física					
<p>Para construirmos somente uma referência empírica para o fator relacionado Conhecimento deficiente sobre os benefícios que a atividade física traz à saúde e/ou sobre as consequências do sedentarismo qual(is) referência(s) empírica(s) é(são) mais adequada(s)?</p> <p>() referência empírica 1 () referência empírica 2 () referência empírica 3</p> <p>Em caso de escolha de mais de uma referência empírica qual é a sua sugestão para uma descrição final de uma única referência empírica, considerando as já descritas?</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>					

FALTA DE MOTIVAÇÃO	Nada pertinente	Muito pouco pertinente	De algum modo pertinente	Consideravelmente pertinente	Muitíssimo pertinente
<p>Definição conceitual: Estado em que o indivíduo experimenta falta de desejo, de impulso, de força ou outra característica fisiológica, intelectual ou afetiva intrínseca a cada indivíduo que leva a buscar satisfação com a prática de exercício físico.</p>					
<p>Referências empíricas: O indivíduo expressa falta de volição para a execução de exercício físico, relacionada a fatores intrínsecos, tais como: falta de desejo, de impulso, de força ou outra característica fisiológica, intelectual ou afetiva.</p>					
FALTA DE INTERESSE	Nada pertinente	Muito pouco pertinente	De algum modo pertinente	Consideravelmente pertinente	Muitíssimo pertinente
<p>Definição conceitual: Estado em que o indivíduo demonstra desinteresse em praticar exercício físico. Tal desinteresse refere-se à condição de falta de uma disposição de juízo, dirigida à prática de atividade física em que o indivíduo não percebe vantagens, ganhos, proveitos e importância decorrentes dessa prática.</p>					
<p>Referência empírica: O indivíduo verbaliza juízo de valor negativo acerca dos benefícios e da importância da atividade física, com consequências na execução dessa prática.</p>					
FALTA DE APOIO SOCIAL	Nada pertinente	Muito pouco pertinente	De algum modo pertinente	Consideravelmente pertinente	Muitíssimo pertinente
<p>Definição conceitual: Ações, crenças e atitudes da família e/ou amigos que facilitam/dificultam a prática de exercício físico.</p>					
<p>Referência empírica: Aplicar a Escala de Apoio Social para a prática de exercício físico (SALLIS et al., 1987). Essa escala possui 13 itens, avaliados a partir de uma escala de Likert, variando de 1 (nunca) a 5 (sempre). Os itens avaliados são: 1. Fazem exercício comigo 2. Oferecem-se para fazer exercício comigo 3. Deram-me lembretes úteis para o exercício 4. Deram-me coragem para cumprir meu programa de exercícios 5. Mudaram o seu horário para que pudéssemos exercitar em conjunto</p>					

6. Discutem o exercício comigo 7. Queixam-se do tempo que gasto com o exercício 8. Me criticam ou zombam de mim 9. Deram-me recompensas quando me exercito 10. Planejamos exercício em passeios de lazer 11. Ajudam a planejar atividades em torno de meu exercício 12. Perguntam-me por ideias de como podem ajudar para que eu me exercite mais. 13. Falam o quanto eles gostam de se exercitarem.					
FALTA DE RECURSOS (TEMPO, DINHEIRO, LUGAR, SEGURANÇA, EQUIPAMENTO)	Nada pertinente	Muito pouco pertinente	De algum modo pertinente	Consideravelmente pertinente	Muitíssimo pertinente
Definição conceitual: Referência verbal de insuficiência de recursos para início e/ou manutenção da prática de atividade física.					
Referência empírica: o indivíduo relata pelo menos falta de um desses recursos para a prática de exercício físico: tempo, dinheiro, lugar, segurança ou equipamentos. Por exemplo: - o trabalho ocupacional ou doméstico que ocupa todo o dia, é exaustivo; - a família consome muitas horas do dia, dificultando a prática de exercício físico; - há falta de recursos financeiros mínimos para a aquisição do material mínimo necessário para o exercício físico, ou para pagar empresas responsáveis pela oferta de suporte ao exercício físico; - não há ambiente ou clima favoráveis ao exercício físico; - não há lugar, com condições mínimas de prover segurança pessoal, que garanta a integridade física; - não há equipamentos necessários para execução de um exercício físico específico.					
FALTA DE TREINO PARA FAZER O EXERCÍCIO FÍSICO	Nada pertinente	Muito pouco pertinente	De algum modo pertinente	Consideravelmente pertinente	Muitíssimo pertinente
Definição conceitual: falta de treinamento para desenvolver a capacidade e habilidade de realizar exercício físico, incrementando a aptidão física e o desempenho em esforços físicos.					

<p>Referência empírica: O indivíduo relata falta de habilidade ou capacidade para o uso de materiais e/ou equipamentos ou para execução adequada de exercício que requerem treinamento específico.</p>					
<p>BAIXA AUTOEFICÁCIA PARA O EXERCÍCIO</p>	<p>Nada pertinente</p>	<p>Muito pouco pertinente</p>	<p>De algum modo pertinente</p>	<p>Consideravelmente pertinente</p>	<p>Muitíssimo pertinente</p>
<p>Definição conceitual: Falta de confiança do indivíduo para a prática do exercício físico, demonstrando pouca persistência, comprometimento, desenvoltura e perseverança, frente às barreiras para a prática.</p>					
<p>Referência empírica: Aplicar a Escala de Autoeficácia (SALLIS , 1996). A escala avalia o quanto o indivíduo está confiante de que pode realmente se motivar a fazer um exercício físico de forma consistente por pelo menos seis meses. A escala possui 12 itens avaliados a partir de uma escala de Likert, variando de 1 (eu sei que eu não posso) a 5 (eu sei que eu posso). Os itens avaliados são: 1. Acordar cedo, até mesmo nos fins de semana, para se exercitar. 2. Cumprir o programa de exercícios depois de um longo e cansativo dia no trabalho. 3. Exercitar-se, mesmo que esteja se sentindo deprimido. 4. Separar um tempo para um programa de atividade física, ou seja, caminhar, correr, nadar, pedalar ou praticar outras atividades. 5. Continuar a se exercitar com os outros, apesar de parecer muito rápido ou muito devagar para você. 6. Cumprir o programa de exercícios, quando submetido a mudanças de vida estressantes. 7. Participar de uma festa somente após se exercitar. 8. Cumprir o programa de exercícios, quando a família exige mais tempo. 9. Cumprir o programa de exercícios, quando tem tarefas domésticas para fazer. 10. Cumprir o programa de exercícios, mesmo quando você tem uma demanda excessiva de trabalho. 11. Cumprir o seu programa de exercícios, mesmo quando as obrigações sociais consomem muito seu tempo. 12. Ler ou estudar menos para fazer mais</p>					

exercício.					
MOBILIDADE PREJUDICADA	Nada pertinente	Muito pouco pertinente	De algum modo pertinente	Consideravelmente pertinente	Muitíssimo Pertinente
Definição conceitual: Capacidade limitada do indivíduo para desempenhar movimentos necessários à execução de exercícios físicos.					
Referência empírica 1: O indivíduo apresenta dificuldade em desempenhar movimentos motores, tais como: flexão, extensão, abdução, adução, rotação, circundação, supinação, pronação, inversão, eversão, protração e retração dos músculos do corpo. Essa dificuldade pode estar associada ao controle e/ou força muscular diminuídos, bem como ocorrer por enrijecimento das articulações. A amplitude de movimento das articulações é avaliada pelos tipos básicos de movimentos articulares: flexão, extensão, dorsiflexão, flexão palmar e plantar, adução e abdução, rotação interna e externa, pronação, supinação, inversão e eversão.					
Referência empírica 2: Ao ser perguntado sobre dificuldades para algumas atividades, tais como: subir um lance de escada sem descanso ou caminhar 100 metros, o indivíduo responde positivamente.					
<p>Para construirmos somente uma referência empírica para o fator relacionado Mobilidade prejudicada qual(is) referência(s) empírica(s) é(são) mais adequada(s)?</p> <p>() referência empírica 1 () referência empírica 2</p> <p>Em caso de escolha de mais de uma referência empírica qual é a sua sugestão para uma descrição final de uma única referência empírica, considerando as já descritas?</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>					
DOR	Nada pertinente	Muito pouco pertinente	De algum modo pertinente	Consideravelmente pertinente	Muitíssimo pertinente
Definição conceitual: Experiência sensorial e emocional desagradável, associada a dano real ou potencial de um tecido. É um fenômeno fisiológico, comportamental e emocional.					

<p>Referência empírica 1: O indivíduo: - relata que está sentindo dor; - apresenta expressão facial de dor: olhos embaçados, aparência cansada, testa enrugada, olhos exageradamente abertos ou fechados, olhar fixo ou disperso, caretas ou outras expressões distorcidas, aparência triste ou abatida; - comporta-se na defensiva: coloca as mãos sobre a área dolorida, postura contorcida. - apresenta vocalizações que representam a dor: grunhidos, gemidos, choro; - apresenta mudanças nos sinais vitais; - apresenta palidez, diaforese e boca seca. (NANDA-I, 2010); (SEIDEL <i>et al.</i>, 2007)</p>					
<p>Referência empírica 2: Escala Descritiva da Intensidade da dor: - Nenhuma - Quase imperceptível - Leve - Moderada - Grave - Pior dor (SEIDEL <i>et al.</i>, 2007)</p>					
<p>Para construirmos somente uma referência empírica para o fator relacionado Dor qual(is) referência(s) empírica(s) é(são) mais adequada(s)?</p> <p>() referência empírica 1 () referência empírica 2</p> <p>Em caso de escolha de mais de uma referência empírica qual é a sua sugestão para uma descrição final de uma única referência empírica, considerando as já descritas?</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>					
<p>INTOLERÂNCIA À ATIVIDADE</p>	<p>Nada pertinente</p>	<p>Muito pouco pertinente</p>	<p>De algum modo pertinente</p>	<p>Consideravelmente pertinente</p>	<p>Muitíssimo pertinente</p>
<p>Definição conceitual: Manifestações de sinais e sintomas físicos potencialmente negativos para a prática de atividade física que podem impedir ou dificultar a realização desse comportamento.</p>					
<p>Referência empírica: Apresenta dispnéia, desconforto e/ou resposta anormal da frequência cardíaca aos esforços; Relato verbal de desmaios, tonturas e fraqueza aos esforços.</p>					

REAÇÕES EMOCIONAIS	Nada pertinente	Muito pouco pertinente	De algum modo pertinente	Consideravelmente pertinente	Muitíssimo pertinente
<p>Definição conceitual: Manifestações de sentimentos potencialmente negativos para a prática de exercício físico que podem impedir ou dificultar a realização desse comportamento.</p>					
<p>Referência empírica: Relato verbal de sentimentos potencialmente negativos à execução de exercícios físicos, tais como: medo de cair, mau-humor, sentimentos de tédio, vergonha, desânimo, depressão.</p>					

APÊNDICE C

DEFINIÇÃO DE SEDENTARISMO FORNECIDA POR CADA ESTUDO, COM SUAS RESPECTIVAS REFERÊNCIA E BASE DE DADOS

CONCEITO DE SEDENTARISMO
<p>Ausência de atividade física, de moderada a intensa, por pelo menos 45 minutos, três vezes por semana, durante o tempo de lazer.</p> <p>KORNITZER, M.; DRAMAIX, M.; BACKER, G. Epidemiology of Risk Factors for Hypertension: Implications for Prevention and Therapy. <i>Drugs</i>, v. 57, n. 5, p. 695-712, may., 1999. (Cinahl)</p>
<p>Ausência de exercícios físicos realizados com a finalidade de aumentar o pulso durante pelo menos 30 minutos, como ciclismo, caminhadas ou natação.</p> <p>DREVENHORN, E.; KJELLGREN, K. I.; BENGTSON, A. Outcomes following a programme for lifestyle changes with people with hypertension. <i>Journal of Nursing & Healthcare of Chronic Illnesses</i>, v. 16, n. 7b, Supplement: 144-51, 2007. (Cinahl)</p>
<p>Ausência de atividade física no trabalho ou em atividades domésticas, por mais de 20 minutos, em pelo menos dois dias por semana.</p> <p>BANKS-WALLACE, J.; ENYART, J.; JOHNSON, C. Recruitment and entrance of participants into a physical activity intervention for hypertensive African American women. <i>Advances in Nursing Science</i>, v. 27, n. 2, p. 102-116, 2004. (Cinahl)</p>
<p>Ausência de exercícios aeróbios, por pelo menos, três vezes por semana, durante, pelo menos 20 minutos, em uma faixa de frequência cardíaca refletindo intensidade moderada a vigorosa.</p> <p>DALEY, L. K.; FISH, A. F.; FRID, D. J.; MITCHELL, G. L. Stage-specific education / counseling intervention in women with elevated blood pressure. <i>Progress in Cardiovascular Nursing</i>, v. 24, n. 2, p. 45-52, 2009. (Cinahl)</p>
<p>Prática de exercício físico menor do que duas horas semanais, a exemplo de: correr, nadar, jogar tênis ou atividades equivalentes.</p> <p>BØG-HANSEN, E.; MERLO, J.; GULLBERG, B.; MELANDER, A.; RÅSTAM L.; LINDBLAD, U.; Survival in patients with hypertension treated in primary care. <i>Scandinavian Journal of Primary Health Care</i>, v. 22, n. 4, p. 222-227, 2004. (Cinahl)</p>
<p>Ausência de exercício aeróbico, por pelo menos 30 a 45 minutos, de três a cinco dias por semana, na frequência cardíaca de 60% a 85% do valor máximo.</p> <p>GORDON, N. F.; SCOTT, C. B.; LEVINE, B. D. Comparison of single versus multiple lifestyle interventions: are the antihypertensive effects of exercise training and diet-induced weight loss additive? <i>American Journal Cardiology</i>, v. 79, n. 6, p.763-767, mar., 1997. (Pubmed)</p>
<p>Ausência de esportes ou atividades, moderadamente ou vigorosamente energéticas.</p> <p>STEPTOE, A.; MCMUNN, A. Health behaviour patterns in relation to hypertension: the English Longitudinal Study of Ageing. <i>Journal Hypertension</i>, v. 27, n. 2, p. 224-230, 2009. (Pubmed)</p>

CONCEITO DE SEDENTARISMO - continuação

Ausência de atividade física de intensidade pelo menos moderada, por no mínimo 30 minutos, na maioria dos dias da semana.

ISHIKAWA-TAKATA, K.; OHTA, T.; TANAKA, H. How much exercise is required to reduce blood pressure in essential hypertensives: a dose-response study. **Am J Hypertens**, v.16, n. 8, p. 629-633, aug., 2003. (Pubmed)

ALFONSO, F.; SEGOVIA, J.; HERAS, M.; BERMEJO, J. Cardiovascular prevention: Always too late? **Revista Espanola de Cardiologia**, v. 61, n. 3, p. 291-298, 2008. (Scopus)

BANKS-WALLACE, J. Outcomes from Walk the Talk: a nursing intervention for Black women. **The ABNF journal**: official journal of the Association of Black Nursing Faculty in Higher Education, v.18, n.1, p. 19-24, 2007. (Scopus)

HALM, J.; AMOAKO, E. Physical activity recommendation for hypertension management: Does healthcare provider advice make a difference? **Ethnicity and Disease**, v. 18, n. 3, p. 278-282, 2008. (Scopus).

Ausência de exercício ou trabalho suficiente para suar por, pelo menos 20 minutos, por três vezes por semana.

AINSWORTH, B. E.; KEENAN, N. L.; STROGATZ, D. S.; GARRETT, J. M.; JAMES, S. A. Physical activity and hypertension in black adults: the Pitt County Study. **American Journal Public Health**, v.81, n. 11, p. 1477-9, 1991. (Pubmed)

Ausência de exercício físico por mais de 20 minutos, em pelo menos três ou mais dias por semana ou menos de 8000 passos por dia, avaliada por uma semana.

MARTIN, C. K.; CHURCH, T. S.; THOMPSON, A. M.; EARNEST, C.P.; BLAIR, S. N. Exercise dose and quality of life: a randomized controlled trial. **Archives of internal medicine**, v. 169, n. 3, p. 269-278, 2009. (Cochrane)

Menos de 30 minutos de prática de atividades físicas nas horas de lazer, na maior parte dos dias da semana (pelo menos quatro dias).

BLOCH, K. V.; RODRIGUES, C. S.; FISZMAN, R. The epidemiology of arterial hypertension risk factors - a critical review of the Brazilian literature. **Revista Brasileira Hipertensão**, v. 13, n. 2, p. 134-143, abr.-jun. 2006. (Lilacs)

Ausência de atividade física por, pelo menos três a cinco vezes por semana com duração mínima entre 15 e 60 minutos.

COTTA, R. M. M.; BATISTA, K. C. S.; REIS, R. SENA.; SOUZA, G. A.; DIAS, G.; CASTRO, F. A. F.; ALFENAS, R. C. G. Social-sanitary and lifestyle profile of hypertense and/or diabetics, users of the Family Health Program in the city of Teixeira, Minas Gerais State. **Ciências Saúde Coletiva**, v. 14, n. 4, p. 1251-1260, julho-ago., 2009. (Lilacs)

Ausência de exercícios, de três a quatro vezes na semana, consumindo entre 40-85% do volume de oxigênio máximo.

MONTEIRO, A. B.; SANT'ANA, M. A. Program of systematic exercises of muscle resistance to hypertensive patient: case report. **Arquivos Ciências Saúde UNIPAR**, v.6, n. 3, p. 165-170, set.-dez., 2002. (Lilacs)

CONCEITO DE SEDENTARISMO - continuação

Não ter um total de, pelo menos, 30 minutos de atividade física por, no mínimo, cinco dias por semana.

MARTIN, M. Y.; PERSON, S. D.; KRATT, P.; PRAYOR-PATTERSON, H.; KIM, Y.; SALAS, M.; PISU, M. Relationship of health behavior theories with self-efficacy among insufficiently active hypertensive African-American women. **Patient Education and Counseling**, v. 72, n. 1, p. 137-145, 2008. (Scopus)

MARTIN, M. Y.; PRAYOR-PATTERSON, H.; KRATT, P.; KIM, Y.; PERSON, S. Characteristics of insufficiently active hypertensive black women who volunteer to be in a physical activity promotion intervention: An application of social cognitive theory and the transtheoretical model. **Ethnicity and Disease**, v. 17, n. 4, p. 604-610, 2007. (Scopus)

Ausência de exercício físico na maioria dos dias da semana, em intensidade pelo menos moderada (40% a 60% do volume de oxigênio máximo), por pelo menos 30 minutos contínuos ou acumulados de atividades dinâmicas complementadas por atividades estáticas, na maioria dos dias por semana.

AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE. Exercise and Hypertension. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, v. 36, n. 3, p. 533-553, 2004. (Scopus)

Ausência de exercício físico na maioria dos dias da semana, em intensidade pelo menos moderada (40% a 70% do volume de oxigênio máximo ou 50% a 70% da frequência cardíaca máxima prevista), por, pelo menos, 30 minutos contínuos ou acumulados de atividades dinâmicas, complementadas por atividades estáticas, em, pelo menos, três a cinco dias por semana.

MACKNIGHT, J. M. Exercise considerations in hypertension, obesity, and dyslipidemia. **Clin Sports Med**, n. 22, p.101-121, 2003. (Scopus)

Ausência de exercícios dinâmicos cardiorespiratórios, com no mínimo frequência de três a cinco sessões semanais, com duração de 20-60 minutos, e intensidade de 40-70% da capacidade máxima de trabalho físico.

WALLACE, J. P. Exercise in hypertension: A clinical review. **Sports Medicine**, v. 33, n. 8, p. 585-598, 2003. (Scopus)

Refere-se a menos de uma sessão semanal de exercício físico de lazer, e 30 minutos ou menos da caminhada diária.

AUBERT, L.; BOVET, P.; GERVASONI, J. P.; RWEBOGORA, A.; WAEBER, B.; PACCAUD, F. Knowledge, attitudes, and practices on hypertension in a country in epidemiological transition. **Hypertension**, v.31, n. 5, p. 1136-1145, 1998. (Scopus)

Ausência de exercícios dinâmicos de intensidade moderada por sessões de 50-60 minutos, três ou quatro vezes por semana.

CLÉROUX, J.; FELDMAN, R. D.; PETRELLA, R. J. Recommendations on physical exercise training. In: Lifestyle modifications to prevent and control hypertension. Canadian Hypertension Society, Canadian Coalition for High Blood Pressure Prevention and Control, Laboratory Centre for Disease Control at Health Canada, Heart and Stroke Foundation of Canada. **CMAJ - Canadian Medical Association journal**, n. 160 (9 Suppl), p. S21-28, 1999. (Scopus)

CONCEITO DE SEDENTARISMO

Ausência de exercício físico de intensidade moderada (60-85% da frequência cardíaca máxima ou 40% a 60% da reserva do volume de oxigênio máximo), por, no mínimo, 30 minutos contínuos ou acumulados de atividades física, de preferência em todos os dias da semana.

KOKKINOS, P. F.; GIANNELOU, A.; MANOLIS, A.; PITTARAS, A. Physical activity in the prevention and management of high blood pressure 2009 **Hellenic Journal of Cardiology**, v. 50, n. 1, p. 52-59, 2009. (Scopus)

Ausência de atividades esportivas regulares, tais como corrida, ciclismo, *joggins*, natação, futebol, tênis, dentre outras, por, pelo menos, uma vez por semana durante os últimos dois meses.

PALATINI, P.; BRATTI, P.; PALOMBA, D.; SALADINI, F.; ZANATTA, N.; MARAGLINO, G. Regular physical activity attenuates the blood pressure response to public speaking and delays the development of hypertension. **Journal of Hypertension**, v. 28, n. 6, p. 1186-1193, 2010. (Scopus)

APÊNDICE D

FATORES RELACIONADOS DO CONCEITO SEDENTARISMO EVIDENCIADOS NA LITERATURA COM AS SUAS RESPECTIVAS REFERÊNCIAS E BASES

FATORES RELACIONADOS
<p>Conhecimento deficiente sobre os benefícios que a atividade física traz à saúde e/ou sobre as consequências do sedentarismo.</p> <p>UNITED STATE AMERICAN. Hypertension in diabetes: National High Blood Pressure Education Program Working Group report. US National Institutes of Health. National Heart, Lung, and Blood InstituteUS National Institutes of Health. National Heart, Lung, and Blood Institute; United States Department of Health and Human Services National Institutes of Health, apr., p. 26, 1994. (Cinahl)</p> <p>STEWART, K. J. Role of exercise training on cardiovascular disease in persons who have type 2 diabetes and hypertension. Cardiology Clinics, v. 22, n. 4, p. 569-586, 2004. (Scopus)</p> <p>WONG, J.; WONG, S. Evidence-based care for the elderly with isolated systolic hypertension. Nursing & Health Sciences, v. 7, n. 1, p. 67-75, mar., 2005. (Cinahl)</p> <p>DREVENHORN, E.; KJELLGREN, K. I.; BENGTON, A. Outcomes following a programme for lifestyle changes with people with hypertension. Journal of Nursing & Healthcare of Chronic Illnesses, v. 16, n. 7b, Supplement: 144-51, 2007. (Cinahl)</p> <p>GUEDES, N. G.; LOPES, M. V.; MOREIRA, R. P.; CAVALCANTE, T. F.; ARAUJO, T. L. Prevalence of sedentary lifestyle in individuals with high blood pressure. International Journal Nursing Terminology Classification, v. 21, n. 2, p. 50-56, apr-Jun., 2010. (Pubmed)</p>
<p>Atitudes, crenças e hábitos de saúde que dificultam a prática de exercício físico</p> <p>AUBERT, L.; BOVET, P.; GERVASONI, J. P.; RWEBOGORA, A.; WAEBER, B.; PACCAUD, F. Knowledge, attitudes, and practices on hypertension in a country in epidemiological transition. Hypertension, v.31, n. 5, p. 1136-1145, 1998. (Scopus)</p> <p>WONG, J.; WONG, S. Evidence-based care for the elderly with isolated systolic hypertension. Nursing & Health Sciences, v. 7, n. 1, p. 67-75, mar., 2005. (Cinahl)</p> <p>COTTA, R. M. M.; BATISTA, K. C. S.; REIS, R. SENA.; SOUZA, G. A.; DIAS, G.; CASTRO, F. A. F.; ALFENAS, R. C. G. Social-sanitary and lifestyle profile of hypertense and/or diabetics, users of the Family Health Program in the city of Teixeiras, Minas Gerais State. Ciências Saúde Coletiva, v. 14, n. 4, p. 1251-1260, julho-ago., 2009. (Lilacs)</p> <p>MARTIN, M. Y.; PRAYOR-PATTERSON, H.; KRATT, P.; KIM, Y.; PERSON, S. Characteristics of insufficiently active hypertensive black women who volunteer to be in a physical activity promotion intervention: An application of social cognitive theory and the transtheoretical model. Ethnicity and Disease, v. 17, n. 4, p. 604-610, 2007. (Scopus)</p>
<p>Falta de motivação</p> <p>STEWART, K. J. Role of exercise training on cardiovascular disease in persons who have type 2 diabetes and hypertension. Cardiology Clinics, v. 22, n. 4, p. 569-586, 2004. (Scopus)</p> <p>BONNET, F.; IRVING, K.; TERRA, J. L.; NONY, P.; BERTHEZÈNE, F.; MOULIN, P. Depressive symptoms are associated with unhealthy lifestyles in hypertensive patients with the metabolic syndrome. Journal of Hypertension, v. 23, n. 3, p. 611-617, 2005. (Scopus)</p>

MARTIN, M. Y.; PERSON, S. D.; KRATT, P.; PRAYOR-PATTERSON, H.; KIM, Y.; SALAS, M.; PISU, M. Relationship of health behavior theories with self-efficacy among insufficiently active hypertensive African-American women. **Patient Education and Counseling**, v. 72, n. 1, p. 137-145, 2008. (Scopus)

DALEY, L. K.; FISH, A. F.; FRID, D. J.; MITCHELL, G. L. Stage-specific education / counseling intervention in women with elevated blood pressure. **Progress in Cardiovascular Nursing**, v, 24, n. 2, p. 45-52, 2009. (Cinahl)

GUEDES, N. G.; LOPES, M. V.; MOREIRA, R. P.; CAVALCANTE, T. F.; ARAUJO, T. L. Prevalence of sedentary lifestyle in individuals with high blood pressure. **International Journal Nursing Terminology Classification**, v. 21, n. 2, p. 50-56, apr-Jun., 2010. (Pubmed)

Falta de interesse

NATIONAL HIGH BLOOD PRESSURE EDUCATION. Program Working Group Report on Hypertension in Diabetes. **Hypertension**, v. 23, n. 2, p. 145-158, 1994. (Cinahl)

MARTIN, M. Y.; PERSON, S. D.; KRATT, P.; PRAYOR-PATTERSON, H.; KIM, Y.; SALAS, M.; PISU, M. Relationship of health behavior theories with self-efficacy among insufficiently active hypertensive African-American women. **Patient Education and Counseling**, v. 72, n. 1, p. 137-145, 2008. (Scopus)

GUEDES, N. G.; LOPES, M. V.; MOREIRA, R. P.; CAVALCANTE, T. F.; ARAUJO, T. L. Prevalence of sedentary lifestyle in individuals with high blood pressure. **International Journal Nursing Terminology Classification**, v. 21, n. 2, p. 50-56, apr-Jun., 2010. (Pubmed)

Falta de apoio social

NATIONAL HIGH BLOOD PRESSURE EDUCATION. Program Working Group Report on Hypertension in Diabetes. **Hypertension**, v. 23, n. 2, p. 145-158, 1994. (Cinahl)

EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: Executive summary - Fourth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. **European Heart Journal**, v. 28, n. 19, p. 2375-2414, 2007. (Scopus)

MARTIN, M. Y.; PERSON, S. D.; KRATT, P.; PRAYOR-PATTERSON, H.; KIM, Y.; SALAS, M.; PISU, M. Relationship of health behavior theories with self-efficacy among insufficiently active hypertensive African-American women. **Patient Education and Counseling**, v. 72, n. 1, p. 137-145, 2008. (Scopus)

MARTIN, M. Y.; PRAYOR-PATTERSON, H.; KRATT, P.; KIM, Y.; PERSON, S. Characteristics of insufficiently active hypertensive black women who volunteer to be in a physical activity promotion intervention: An application of social cognitive theory and the transtheoretical model. **Ethnicity and Disease**, v. 17, n. 4, p. 604-610, 2007. (Scopus)

Falta de recursos (tempo, dinheiro, lugar, segurança, equipamento)

AINSWORTH, B. E.; KEENAN, N. L.; STROGATZ, D. S.; GARRETT, J. M.; JAMES, S. A. Physical activity and hypertension in black adults: the Pitt County Study. **American Journal Public Health**, v.81, n. 11, p. 1477-9, 1991. (Pubmed)

OSAWA, F. H.; CAROMANO, F. A. Evaluation of the adherence to a program of physical activities for hypertensive and/or diabetic people. **Arquivos Ciências Saúde UNIPAR**, v. 6, n. 3, p. 127-130, set.-dez. 2002. (Lilacs)

LEE, L.-L.; ARTHUR, A.; AVIS, M. Evaluating a community-based walking intervention for hypertensive older people in Taiwan: A randomized controlled trial. **Preventive Medicine**, v. 44, n. 2, p. 160-166, 2007. (Scopus)

MARTIN, M. Y.; PERSON, S. D.; KRATT, P.; PRAYOR-PATTERSON, H.; KIM, Y.; SALAS, M.; PISU, M. Relationship of health behavior theories with self-efficacy among insufficiently active hypertensive African-American women. **Patient Education and Counseling**, v. 72, n. 1, p. 137-145, 2008. (Scopus)

MARTIN, M. Y.; PRAYOR-PATTERSON, H.; KRATT, P.; KIM, Y.; PERSON, S. Characteristics of insufficiently active hypertensive black women who volunteer to be in a physical activity promotion intervention: An application of social cognitive theory and the transtheoretical model. **Ethnicity and Disease**, v. 17, n. 4, p. 604-610, 2007. (Scopus)

DELA CRUZ., F. A.; GALANG, C. B. The illness beliefs, perceptions, and practices of Filipino Americans with hypertension. **Journal of the American Academy of Nurse Practitioners**, v. 20, n. 3, p. 118-127, 2008. (Cinahl)

HALM, J.; AMOAKO, E. Physical activity recommendation for hypertension management: Does healthcare provider advice make a difference? **Ethnicity and Disease**, v. 18, n. 3, p. 278-282, 2008. (Scopus)

DALEY, L. K.; FISH, A. F.; FRID, D. J.; MITCHELL, G. L. Stage-specific education / counseling intervention in women with elevated blood pressure. **Progress in Cardiovascular Nursing**, v. 24, n. 2, p. 45-52, 2009. (Cinahl)

GUEDES, N. G.; LOPES, M. V.; MOREIRA, R. P.; CAVALCANTE, T. F.; ARAUJO, T. L. Prevalence of sedentary lifestyle in individuals with high blood pressure. **International Journal Nursing Terminology Classification**, v. 21, n. 2, p. 50-56, apr-Jun., 2010. (Pubmed)

Baixa autoeficácia para o exercício físico

LEE, M.S.; LIM, H. J.; LEE, M. S. Impact of qigong exercise on self: efficacy and other cognitive perceptual variables in patients with essential hypertension. **Journal of Alternative and Complementary Medicine**, v. 10, n. 4, p. 675-685, 2004. (Scopus)

LEE, L.-L.; ARTHUR, A.; AVIS, M. Evaluating a community-based walking intervention for hypertensive older people in Taiwan: A randomized controlled trial. **Preventive Medicine**, v. 44, n. 2, p. 160-166, 2007. (Scopus)

MARTIN, M. Y.; PERSON, S. D.; KRATT, P.; PRAYOR-PATTERSON, H.; KIM, Y.; SALAS, M.; PISU, M. Relationship of health behavior theories with self-efficacy among insufficiently active hypertensive African-American women. **Patient Education and Counseling**, v. 72, n. 1, p. 137-145, 2008. (Scopus)

MARTIN, M. Y.; PRAYOR-PATTERSON, H.; KRATT, P.; KIM, Y.; PERSON, S. Characteristics of insufficiently active hypertensive black women who volunteer to be in a physical activity promotion intervention: An application of social cognitive theory and the transtheoretical model. **Ethnicity and Disease**, v. 17, n. 4, p. 604-610, 2007. (Scopus)

DALEY, L. K.; FISH, A. F.; FRID, D. J.; MITCHELL, G. L. Stage-specific education / counseling intervention in women with elevated blood pressure. **Progress in Cardiovascular Nursing**, v. 24, n. 2, p. 45-52, 2009. (Cinahl)

Falta de treino para fazer exercício físico

GUEDES, N. G.; LOPES, M. V.; MOREIRA, R. P.; CAVALCANTE, T. F.; ARAUJO, T. L.

Prevalence of sedentary lifestyle in individuals with high blood pressure. **International Journal Nursing Terminology Classification**, v. 21, n. 2, p. 50-56, apr-Jun., 2010. (Pubmed)

Mobilidade prejudicada

DALEY, L. K.; FISH, A. F.; FRID, D. J.; MITCHELL, G. L. Stage-specific education / counseling intervention in women with elevated blood pressure. **Progress in Cardiovascular Nursing**, v, 24, n. 2, p. 45-52, 2009. (Cinahl)

STEPTOE, A.; MCMUNN, A. Health behaviour patterns in relation to hypertension: the English Longitudinal Study of Ageing. **Journal Hypertension**, v. 27, n. 2, p. 224-230, 2009. (Pubmed)

Intolerância à atividade

OSAWA, F. H.; CAROMANO, F. A. Evaluation of the adhesion to a progof physical activities for hypertensive and/or diabetic people. **Arquivos Ciências Saúde UNIPAR**, v. 6, n. 3, p. 127-130, set.-dez. 2002. (Lilacs)

LEE, L.-L.; ARTHUR, A.; AVIS, M. Evaluating a community-based walking intervention for hypertensive older people in Taiwan: A randomized controlled trial. **Preventive Medicine**, v. 44, n. 2, p. 160-166, 2007. (Scopus)

MARTIN, M. Y.; PERSON, S. D.; KRATT, P.; PRAYOR-PATTERSON, H.; KIM, Y.; SALAS, M.; PISU, M. Relationship of health behavior theories with self-efficacy among insufficiently active hypertensive African-American women. **Patient Education and Counseling**, v. 72, n. 1, p. 137-145, 2008. (Scopus)

MARTIN, M. Y.; PRAYOR-PATTERSON, H.; KRATT, P.; KIM, Y.; PERSON, S. Characteristics of insufficiently active hypertensive black women who volunteer to be in a physical activity promotion intervention: An application of social cognitive theory and the transtheoretical model. **Ethnicity and Disease**, v. 17, n. 4, p. 604-610, 2007. (Scopus)

HALM, J.; AMOAKO, E. Physical activity recommendation for hypertension management: Does healthcare provider advice make a difference? **Ethnicity and Disease**, v. 18, n. 3, p. 278-282, 2008. (Scopus)

DALEY, L. K.; FISH, A. F.; FRID, D. J.; MITCHELL, G. L. Stage-specific education / counseling intervention in women with elevated blood pressure. **Progress in Cardiovascular Nursing**, v, 24, n. 2, p. 45-52, 2009. (Cinahl)

Dor

OSAWA, F. H.; CAROMANO, F. A. Evaluation of the adhesion to a progof physical activities for hypertensive and/or diabetic people. **Arquivos Ciências Saúde UNIPAR**, v. 6, n. 3, p. 127-130, set.-dez. 2002. (Lilacs)

LEE, L.-L.; ARTHUR, A.; AVIS, M. Evaluating a community-based walking intervention for hypertensive older people in Taiwan: A randomized controlled trial. **Preventive Medicine**, v. 44, n. 2, p. 160-166, 2007. (Scopus)

DALEY, L. K.; FISH, A. F.; FRID, D. J.; MITCHELL, G. L. Stage-specific education / counseling intervention in women with elevated blood pressure. **Progress in Cardiovascular Nursing**, v, 24, n. 2, p. 45-52, 2009. (Cinahl)

Reações emocionais

LEE, L.-L.; ARTHUR, A.; AVIS, M. Evaluating a community-based walking intervention for hypertensive older people in Taiwan: A randomized controlled trial. **Preventive Medicine**, v. 44, n. 2, p. 160-166, 2007. (Scopus)

MARTIN, M. Y.; PERSON, S. D.; KRATT, P.; PRAYOR-PATTERSON, H.; KIM, Y.; SALAS, M.; PISU, M. Relationship of health behavior theories with self-efficacy among insufficiently active hypertensive African-American women. **Patient Education and Counseling**, v. 72, n. 1, p. 137-145, 2008. (Scopus)

MARTIN, M. Y.; PRAYOR-PATTERSON, H.; KRATT, P.; KIM, Y.; PERSON, S. Characteristics of insufficiently active hypertensive black women who volunteer to be in a physical activity promotion intervention: An application of social cognitive theory and the transtheoretical model. **Ethnicity and Disease**, v. 17, n. 4, p. 604-610, 2007. (Scopus)

DALEY, L. K.; FISH, A. F.; FRID, D. J.; MITCHELL, G. L. Stage-specific education / counseling intervention in women with elevated blood pressure. **Progress in Cardiovascular Nursing**, v. 24, n. 2, p. 45-52, 2009. (Cinahl)

BONNET, F.; IRVING, K.; TERRA, J. L.; NONY, P.; BERTHEZÈNE, F.; MOULIN, P. Depressive symptoms are associated with unhealthy lifestyles in hypertensive patients with the metabolic syndrome. **Journal of Hypertension**, v. 23, n. 3, p. 611-617, 2005. (Scopus)

STEPTOE, A.; MCMUNN, A. Health behaviour patterns in relation to hypertension: the English Longitudinal Study of Ageing. **Journal Hypertension**, v. 27, n. 2, p. 224-230, 2009. (Pubmed)

SMITH, P. J.; BLUMENTHAL, J. A.; BABYAK, M. A.; GEORGIADES, A.; HINDERLITER, A.; SHERWOOD, A. Effects of exercise and weight loss on depressive symptoms among men and women with hypertension. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 63, n. 5, p. 463-469, 2007. (Scopus)

APÊNDICE E

CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS DO CONCEITO SEDENTARISMO EVIDENCIADOS NA LITERATURA COM AS SUAS RESPECTIVAS REFERÊNCIAS E BASES

CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS
<p>Excesso de peso</p> <p>MCAULEY, E. Self-efficacy and the maintenance of exercise participation in older adults. J Behav Med, v. 16, p. 103-113, 1993. (Scopus)</p> <p>STEWART, K. J. Role of exercise training on cardiovascular disease in persons who have type 2 diabetes and hypertension. Cardiology Clinics, v. 22, n. 4, p. 569-586, 2004. (Scopus)</p> <p>BLOCH, K. V.; RODRIGUES, C. S.; FISZMAN, R. The epidemiology of arterial hypertension risk factors - a critical review of the Brazilian literature. Revista Brasileira Hipertensão, v. 13, n. 2, p. 134-143, abr.-jun. 2006. (Lilacs)</p> <p>BEUNZA, J. J.; MARTÍNEZ-GONZÁLEZ, M. A.; EBRAHIM, S.; BES-RASTROLLO, M.; NÚÑEZ, J.; MARTÍNEZ, J. A.; ALONSO, A. Sedentary Behaviors and the Risk of Incident Hypertension. The SUN Cohort. American Journal of Hypertension, v. 20, n. 11, p. 1156-1162, 2007. (Scopus)</p> <p>ALFONSO, F.; SEGOVIA, J.; HERAS, M.; BERMEJO, J. Cardiovascular prevention: Always too late? Revista Espanola de Cardiologia, v. 61, n. 3, p. 291-298, 2008. (Scopus)</p> <p>SMITH, P. J.; BLUMENTHAL, J. A.; BABYAK, M. A.; GEORGIADES, A.; HINDERLITER, A.; SHERWOOD, A. Effects of exercise and weight loss on depressive symptoms among men and women with hypertension. Journal of Psychosomatic Research, v. 63, n. 5, p. 463-469, 2007. (Scopus)</p> <p>DELA CRUZ., F. A.; GALANG, C. B. The illness beliefs, perceptions, and practices of Filipino Americans with hypertension. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, v. 20, n. 3, p. 118-127, 2008. (Cinahl)</p> <p>MUSHTAQ, R.; KHAN, Z. T. Reduction in hypertension and related lipid profile parameters after exercise in females. Pakistan Journal of Nutrition, v. 9, n. 2, p. 151-157, 2010. (Scopus)</p> <p>PALATINI, P.; BRATTI, P.; PALOMBA, D.; SALADINI, F.; ZANATTA, N.; MARAGLINO, G. Regular physical activity attenuates the blood pressure response to public speaking and delays the development of hypertension. Journal of Hypertension, v. 28, n. 6, p. 1186-1193, 2010. (Scopus)</p>
<p>Demonstra falta de condicionamento físico: Resistência cardiorrespiratória diminuída; Força muscular diminuída; Flexibilidade das articulações diminuída</p> <p>GUEDES, N. G.; LOPES, M. V.; MOREIRA, R. P.; CAVALCANTE, T. F.; ARAUJO, T. L. Prevalence of sedentary lifestyle in individuals with high blood pressure. International Journal Nursing Terminology Classification, v. 21, n. 2, p. 50-56, apr-Jun., 2010. (Pubmed)</p>
<p>Escolhe uma rotina diária sem exercício físico</p> <p>GUEDES, N. G.; LOPES, M. V.; MOREIRA, R. P.; CAVALCANTE, T. F.; ARAUJO, T. L. Prevalence of sedentary lifestyle in individuals with high blood pressure. International Journal Nursing Terminology Classification, v. 21, n. 2, p. 50-56, apr-Jun., 2010. (Pubmed)</p>

Não realiza atividades físicas no tempo de lazer

BEUNZA, J. J.; MARTÍNEZ-GONZÁLEZ, M. A.; EBRAHIM, S.; BES-RASTROLLO, M.; NÚÑEZ, J.; MARTÍNEZ, J. A.; ALONSO, A. Sedentary Behaviors and the Risk of Incident Hypertension. The SUN Cohort. **American Journal of Hypertension**, v. 20, n. 11, p. 1156-1162, 2007. (Scopus)

Verbaliza preferência por atividades com pouco exercício físico

MARTIN, M. Y.; PERSON, S. D.; KRATT, P.; PRAYOR-PATTERSON, H.; KIM, Y.; SALAS, M.; PISU, M. Relationship of health behavior theories with self-efficacy among insufficiently active hypertensive African-American women. **Patient Education and Counseling**, v. 72, n. 1, p. 137-145, 2008. (Scopus)

GUEDES, N. G.; LOPES, M. V.; MOREIRA, R. P.; CAVALCANTE, T. F.; ARAUJO, T. L. Prevalence of sedentary lifestyle in individuals with high blood pressure. **International Journal Nursing Terminology Classification**, v. 21, n. 2, p. 50-56, apr-Jun., 2010. (Pubmed)

Baixo desempenho nas atividades da vida diária

STEPTOE, A.; MCMUNN, A. Health behaviour patterns in relation to hypertension: the English Longitudinal Study of Ageing. **Journal Hypertension**, v. 27, n. 2, p. 224-230, 2009. (Pubmed)

GUEDES, N. G.; LOPES, M. V.; MOREIRA, R. P.; CAVALCANTE, T. F.; ARAUJO, T. L. Prevalence of sedentary lifestyle in individuals with high blood pressure. **International Journal Nursing Terminology Classification**, v. 21, n. 2, p. 50-56, apr-Jun., 2010. (Pubmed)

Relato de desordens de saúde

STEWART, K. J. Role of exercise training on cardiovascular disease in persons who have type 2 diabetes and hypertension. **Cardiology Clinics**, v. 22, n. 4, p. 569-586, 2004. (Scopus)

BLOCH, K. V.; RODRIGUES, C. S.; FISZMAN, R. The epidemiology of arterial hypertension risk factors - a critical review of the Brazilian literature. **Revista Brasileira Hipertensão**, v. 13, n. 2, p. 134-143, abr.-jun. 2006. (Lilacs)

BEUNZA, J. J.; MARTÍNEZ-GONZÁLEZ, M. A.; EBRAHIM, S.; BES-RASTROLLO, M.; NÚÑEZ, J.; MARTÍNEZ, J. A.; ALONSO, A. Sedentary Behaviors and the Risk of Incident Hypertension. The SUN Cohort. **American Journal of Hypertension**, v. 20, n. 11, p. 1156-1162, 2007. (Scopus)

ALFONSO, F.; SEGOVIA, J.; HERAS, M.; BERMEJO, J. Cardiovascular prevention: Always too late? **Revista Espanola de Cardiologia**, v. 61, n. 3, p. 291-298, 2008. (Scopus)

FERREIRA, C. L. R. A.; FERREIRA, M. G. Epidemiological characteristics of diabetic patients within the public health system - an analysis of the HiperDia system. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, v. 53, n. 1, p. 80-86, 2009. (Scopus)

STEPTOE, A.; MCMUNN, A. Health behaviour patterns in relation to hypertension: the English Longitudinal Study of Ageing. **Journal Hypertension**, v. 27, n. 2, p. 224-230, 2009. (Pubmed)

EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: Executive summary - Fourth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. **European Heart Journal**, v. 28, n. 19, p. 2375-2414, 2007. (Scopus)

SMITH, P. J.; BLUMENTHAL, J. A.; BABYAK, M. A.; GEORGIADES, A.; HINDERLITER, A.; SHERWOOD, A. Effects of exercise and weight loss on depressive symptoms among men and women with hypertension. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 63, n. 5, p. 463-469, 2007. (Scopus)

FU, Q.; VONGPATANASIN, W.; LEVINE, B. D. Neural and nonneural mechanisms for sex differences in elderly hypertension: Can exercise training help? **Hypertension**, v. 52, n. 5, p. 787-794, 2008. (Scopus)

MUSHTAQ, R.; KHAN, Z. T. Reduction in hypertension and related lipid profile parameters after exercise in females. **Pakistan Journal of Nutrition**, v. 9, n. 2, p. 151-157, 2010. (Scopus)

MARSHALL, A. L.; BOOTH, M. L.; BAUMAN, A. E. Promoting physical activity in Australian general practices: A randomised trial of health promotion advice versus hypertension management. **Patient Education and Counseling**, v. 56, n. 3, p. 283-290, 2005. (Scopus)

APÊNDICE F

CARTA CONVITE - ESPECIALISTAS

Carta-Convite

Fortaleza, ___ / ___ de 2011.

Prezada especialista,

Meu nome é Nirla Gomes Guedes, sou doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Estou desenvolvendo o projeto de pesquisa intitulado “Revisão do diagnóstico de enfermagem Estilo de vida sedentário: análise de conceito e validação por especialista”, sob a orientação do Prof. Dr. Marcos Venícios de Oliveira Lopes.

Solicitamos por meio desta, a sua colaboração como especialista em linguagem diagnóstica. Sua colaboração envolverá a apreciação e o julgamento da adequação das características definidoras e dos fatores relacionados do diagnóstico de enfermagem Estilo de vida sedentário, bem como de suas definições conceituais e referências empíricas (definições operacionais). Diante desse instrumento o Sr. (a) julgará a representatividade desses indicadores para o diagnóstico por meio de valores pré-estabelecidos.

Caso deseje participar, pedimos que responda este e-mail o mais rápido possível, expressando o veículo de comunicação de sua preferência (e-mail ou correspondência convencional). Caso manifeste a sua concordância, enviaremos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, as instruções para o preenchimento do instrumento e o instrumento propriamente dito. Caso opte pela correspondência convencional, solicitamos ainda que nos remeta seu endereço postal completo e atualizado para o envio do material acima descrito.

Gostaríamos, se possível, que você indicasse mais especialistas nesta área que possam colaborar com nosso trabalho.

Aguardamos sua resposta e, desde já, agradecemos o seu valioso apoio, oportunidade em que me coloco à sua disposição para qualquer esclarecimento.

Atenciosamente,

Nirla Gomes Guedes

APÊNDICE G

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - ESPECIALISTAS

Prezado (a) Enfermeiro (a):

Meu nome é Nirla Gomes Guedes, sou enfermeira e aluna do doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada “Revisão do diagnóstico de enfermagem Estilo de vida sedentário: análise de conceito e validação por especialista”, sob a orientação do professor Dr. Marcos Venícios de Oliveira Lopes. O objetivo geral da pesquisa é verificar a validade do diagnóstico de enfermagem Estilo de vida sedentário em pacientes portadores de hipertensão arterial.

Inicialmente agradecemos a sua concordância em participar do nosso estudo. Sua participação é fundamental em virtude da limitada quantidade de enfermeiros que trabalham com esta temática e constará do julgamento da adequação das características definidoras e dos fatores relacionados do diagnóstico de enfermagem Estilo de vida sedentário, bem como de suas definições conceituais e referências empíricas (definições operacionais). O material respondido poderá ser devolvido via correio ou e-mail.

Garanto que as informações obtidas serão utilizadas exclusivamente para a execução desta pesquisa, com garantia do sigilo das respostas. O(a) senhor(a) terá acesso as mesmas caso as solicite. Asseguro ainda que o(a) senhor(a) será informado quanto aos procedimentos e benefícios do estudo, sendo esclarecido possíveis dúvidas que possam ocorrer. Além disso, o(a) senhor(a) tem a liberdade de retirar o seu consentimento a qualquer momento e não participar do estudo sem qualquer prejuízo.

Solicitamos sua colaboração para que nos envie o material analisado de volta **em um período máximo de 30 dias**, pois os resultados desta etapa serão essenciais para a execução da validação clínica. Para contato que se façam necessários, informamos-lhe meu nome e de meu orientador, números de telefone, endereços postais e eletrônicos.

Nome da pesquisadora: Nirla Gomes Guedes

Endereço: Rua Homem de Melo, 933 - Casa T2 – Bairro Cambéba – Fortaleza-CE

Telefone: (85) 3256.3111 / (85) 8804.9438

E-mail: nirlagomes@hotmail.com

Nome do orientador: Marcos Venícios de Oliveira Lopes

Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1115 – Bairro Rodolfo Teófilo – Fortaleza-CE

Telefone: (85) 3366.8459

E-mail: marcos@ufc.br

Se julgar conveniente, outro contato poderá ser feito com o Comitê de Ética em Pesquisa – (085) 3366-8338.

Considero sua colaboração muito valiosa, pelo que agradeço seu aceite quanto ao convite formulado.

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: “Revisão do diagnóstico de enfermagem Estilo de vida sedentário: análise de conceito e validação por especialista”.

_____, _____ de _____ de 2011.

Assinatura do(a) especialista/RG

Assinatura da pesquisadora/RG

Assinatura do orientador/RG

APÊNDICE H

RESUMO E INFORMAÇÕES GERAIS DO PROJETO E INSTRUÇÕES PARA AVALIAÇÃO DOS ESPECIALISTAS

PARTE 1 – RESUMO E INFORMAÇÕES GERAIS

1. Descrição sumária dos objetivos da pesquisa intitulada “Revisão do diagnóstico de enfermagem Estilo de vida sedentário: análise de conceito e validação por especialista”.

A finalidade deste estudo é a validação do diagnóstico de enfermagem Estilo de vida sedentário em indivíduos com hipertensão arterial. O interesse em desenvolver essa temática surgiu diante da relação desse hábito de vida com a saúde cardiovascular e em decorrência de um estudo previamente realizado (GUEDES, 2008) que analisou a acurácia das características definidoras desse diagnóstico nessa população. Tal estudo revelou dificuldades em avaliar e mensurar cada característica definidora, além de perceber a existência de diferenças das especificidades e sensibilidades das características definidoras com estudos anteriormente realizados (GUIRAO-GORIS; PINA; CAMPO, 2000; GUIRAO-GORIS; DUARTE-CLIMENTS, 2007), as quais são influenciadas pela prevalência do diagnóstico, com dependência direta das características populacionais estudadas.

Nesse âmbito, percebe-se a necessidade de clarificação do conceito do Estilo de vida sedentário e de aprofundar esse tema em diversos contextos populacionais, para um melhor refinamento desse diagnóstico.

Na primeira etapa do desenvolvimento da tese, por meio da análise de conceito proposta por Walker e Avant (2005) e da revisão integrativa da literatura, foi realizada uma revisão do diagnóstico de enfermagem Estilo de vida sedentário e foram construídas as definições conceituais e referências empíricas (definições operacionais) para as características definidoras e para os fatores relacionados do Estilo de vida sedentário presentes em portadores de hipertensão arterial. Na atual fase da pesquisa, estamos investigando a adequação do título, da definição do diagnóstico em questão, das características definidoras e dos fatores relacionados, bem como a validade das definições conceituais e referências empíricas construídas mediante avaliação de

especialistas, utilizando para tanto passos sistematizados dos modelos de validação de diagnósticos propostos por Hoskins (1989) e Fehring (1994).

Portanto, a seguir, indicamos algumas definições fundamentais sobre a linguagem que utilizamos em nosso trabalho para que facilite sua avaliação. Ademais, apresentamos as orientações de preenchimento do instrumento.

2. Diagnóstico de enfermagem

Diagnóstico de enfermagem corresponde a um julgamento clínico sobre as respostas de um indivíduo, família ou comunidade a problemas de saúde/processos vitais reais ou potenciais. Um diagnóstico de enfermagem constitui a base para a escolha de intervenções de enfermagem para o alcance de resultados, pelos quais o enfermeiro é responsável (NANDA-I, 2010).

Os diagnósticos de enfermagem reais são diagnósticos que descrevem respostas humanas a condições de saúde/processos vitais que existem em um indivíduo, família ou comunidade (NANDA-I, 2010).

De acordo com a NANDA-I (2010), o enunciado diagnóstico estabelece um nome ao diagnóstico. É um termo ou expressão concisa que representa um padrão de indícios relacionados. Já a definição do diagnóstico oferece sua descrição clara e precisa; delimita seu significado e ajuda a diferenciá-lo de diagnósticos similares. As características definidoras são indícios/inferências observáveis que se agrupam como manifestações de um diagnóstico de enfermagem real, de bem-estar ou de promoção da saúde. Os fatores relacionados são fatores que parecem mostrar algum tipo de relação padronizada com o diagnóstico de enfermagem. Podem ser descritos como *antecedentes de, associados a, relacionados a contribuintes para ou estimuladores* (NANDA-I, 2010).

3. O diagnóstico de enfermagem Estilo de vida sedentário

O diagnóstico de enfermagem Estilo de vida sedentário foi incluído na NANDA-I, em 2004, tornando-se o primeiro da taxonomia II validado por estudiosos espanhóis (GUIRAO-GORIS; PINA; CAMPO, 2000; NANDA-I, 2004), tendo como definição: “Um hábito de vida que se caracteriza por um baixo nível de atividade física”. O diagnóstico supracitado pertence ao domínio 4 – Atividade/Repouso, à classe 2 – Atividade/Exercício, e tem como características definidoras: demonstra falta de condicionamento físico; escolhe rotina diária sem exercício 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 interesse; falta de motivação; falta de recursos (tempo, dinheiro, companhia, estrutura); falta de treino para fazer o exercício (NANDA-I, 2010).

4. Validação dos diagnósticos de enfermagem

Para que permaneça baseada em evidências, a estrutura taxonômica precisa de refinamentos contínuos na tentativa de acompanhar as modificações sociais e culturais locais, sempre considerando as peculiaridades das manifestações de tais problemas em populações específicas (MELO, 2004).

Nesse sentido, o processo de validação de um diagnóstico de enfermagem envolve obtenção de validade e confiabilidade (CARLSON-CATALANO, 2004). Um diagnóstico de enfermagem para ser considerado válido deverá corresponder ao estado verdadeiro dos fenômenos que estão sendo medidos, terá confiabilidade se, em diferentes momentos, apresentar o mesmo resultado, e estabilidade se for igualmente identificado em diversas observações similares (MELO; CARVALHO; HAAS, 2008).

5. Validação de diagnósticos propostos por Hoskins (1989)

Hoskins (1989) descreveu três passos metodológicos para validação de diagnósticos de enfermagem: análise de conceito, validação por especialistas e validação clínica. Para o desenvolvimento desse estudo, serão realizados os dois primeiros passos.

A análise de conceito deste estudo foi baseada no modelo de Walker e Avant (2005), por meio de uma revisão integrativa da literatura que trouxe evidências sobre o fenômeno do sedentarismo, para a partir daí aplicá-las ao diagnóstico de enfermagem Estilo de vida sedentário, bem como às suas características definidoras e aos fatores relacionados levantados na literatura analisada.

Walker e Avant (2005) evidenciam como vantagem da análise de conceito a construção de definições conceituais e de referências empíricas precisas para o uso na teoria e na prática; o esclarecimento de termos em enfermagem; desenvolvimento de instrumentos; e padronização da linguagem de enfermagem.

A definição conceitual oferece uma variável ou conceito com significado conotativo (compreensivo, teórico), estabelecido por intermédio da análise de conceito, derivação de conceito ou síntese de conceito (BURNS; GROVE, 1995). As referências

empíricas, também são conhecidas como definições operacionais e se propõem a definir como o conceito é mensurado. As referências empíricas de um conceito especificam as operações que devem ser realizadas para que se possam coletar as informações exigidas, ou seja, leva em conta a precisão com que o pesquisador define os termos e determina os passos a serem seguidos para a investigação dos dados, de forma que reproduzam exatamente o que significam dentro do contexto do estudo (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Após analisar o conceito e a lista de componentes referentes ao diagnóstico, Hoskins (1989) propõe a segunda etapa para obter a concordância entre os especialistas de que tal lista está completa e representa adequadamente o conceito. Segundo a NANDA-I (2010) esta etapa compõe a base para o aperfeiçoamento do diagnóstico aprovados e do desenvolvimento de novos diagnósticos.

PARTE 2 – INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO

1. Critérios a serem considerados na adequação das características definidoras e dos fatores relacionados do diagnóstico de enfermagem Estilo de vida sedentário

Adequação da característica definidora e do fator relacionado ao diagnóstico de enfermagem Estilo de vida sedentário:

A característica definidora/fator relacionado NÃO é indicativa(o) do diagnóstico de enfermagem Estilo de vida sedentário.
A característica definidora/fator relacionado é MUITO POUCO indicativa(o) do diagnóstico de enfermagem Estilo de vida sedentário.
A característica definidora/fator relacionado é DE ALGUM MODO indicativa(o) do diagnóstico de enfermagem Estilo de vida sedentário.
A característica definidora/fator relacionado é CONSIDERAVELMENTE indicativa(o) do diagnóstico de enfermagem Estilo de vida sedentário.
A característica definidora/fator relacionado é MUITÍSSIMA(O) indicativa(o) do diagnóstico de enfermagem Estilo de vida sedentário.

2. Critérios a serem considerados na avaliação das definições conceituais e referências empíricas das características definidoras e fatores relacionados do diagnóstico de enfermagem Estilo de vida sedentário.

Para a investigação da representatividade das definições conceituais e referências empíricas você deve atribuir um valor a cada um deles, indicando o quanto

cada evidência representa o diagnóstico de enfermagem Estilo de vida sedentário em uma escala de 1 a 5, conforme demonstrado abaixo. Ressalta-se que há algumas características definidoras e alguns fatores relacionados com mais de uma referência empírica e assim, você deve assinalar de 1 a 5 para cada uma, separadamente.

Representatividade das definições conceituais e referências empíricas das características definidoras e dos fatores relacionados levantados

1	Nada pertinente
2	É muito pouco pertinente
3	É de algum modo pertinente
4	Consideravelmente pertinente
5	Muitíssimo pertinente

3. Prazo

Como esta etapa é essencial para o desenvolvimento do nosso estudo, o qual se torna inviável sem a sua contribuição, solicitamos que nos envie o instrumento preenchido em um **prazo máximo de 30 dias** para que os resultados das avaliações sejam analisados e, assim, seja possível a execução da próxima fase. Esta devolução pode ser feita por resposta eletrônica, por meio postal (Correios). A devolução do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado também poderá ser por via eletrônica (digitalizado) ou por meio postal. Caso escolha a via postal será enviado um envelope previamente selado e endereçado para que, em seguida, ser devolvido assinado, conforme acordado anteriormente, na carta-convite.

REFERÊNCIAS

BURNS, N. GROVE, S.K. **Understanding nursing research**. Philadelphia: W. B. Saunders, 1995.

FEHRING, R. J. The Fehring model. In: CARROL-JOHNSON, R. M.; PAQUETTE, M. (Eds.). **Classification of nursing diagnoses: proceedings of the tenth conference**. Philadelphia: Lippincott, 1994. p. 55-62.

GUEDES, N. G. **Acurácia das características do diagnóstico de enfermagem *Estilo de vida sedentário* em portadores de hipertensão arterial**. 2008. Dissertação

(Mestrado) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008.

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.

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.

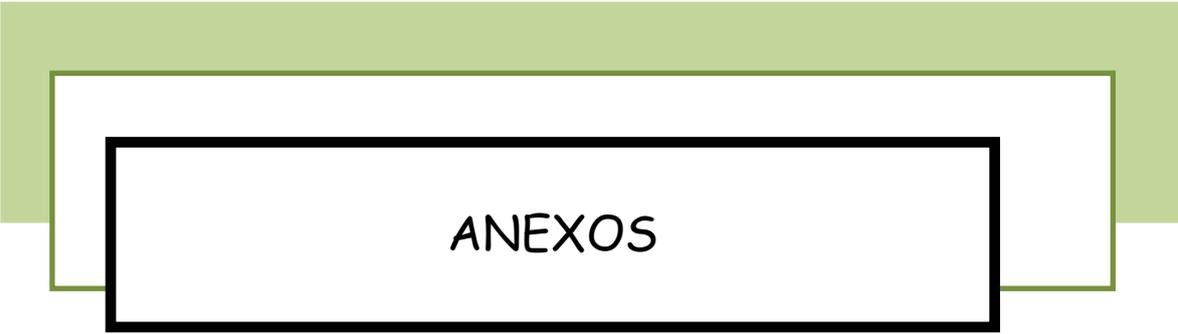
HOSKINS, L. M. Clinical validation, methodologies for nursing diagnoses research. In: CARROLL-JOHNSON, R. M. (Ed.). **Classification of the nursing diagnosis**. Proceedings of the eighth Conference of North American Nursing Diagnosis Association. Philadelphia: Lippincott, 1989, p. 126–131.

MELO, A. S. **Validação dos diagnósticos de enfermagem Disfunção Sexual e Padrões de Sexualidade Ineficazes**. 2004. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION - NANDA. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2003-2004**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

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

WALKER, L. O.; AVANT, K. C. Concept analysis. In: WALKER, L. O.; AVANT, K. C. **Strategies for theory construction in nursing**. New Jersey: Upper Saddle River, 2005. p. 63-80.



ANEXOS

ANEXO A

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA A REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA, ADAPTADO DO ESTUDO DE CHAVES (2008)

1) Identificação do estudo

Título do artigo:

Autores/Formação:

Periódico, volume, número, páginas e ano:

País/Idioma do estudo:

2) Características Metodológicas

a) Objetivo do estudo:

b) Tipo de publicação:

() Qualitativa:

() Etnográfica () Fenomenologia () Teoria Fundamentada () outras

() Quantitativa:

() experimental () Quase experimental () Não experimental

() Estudos de revisão:

() narrativa () sistemática () integrativa () meta-análise

() Relato de experiência

() Reflexão teórica

() Outro: _____

c) População-alvo:

Amostra: () Aleatória () Conveniência Tamanho inicial: ____ final: ____

Características: idade média: ____ Sexo: ____ Religião: ____

Critérios de inclusão: () Sim () Não

Quais: _____

Critérios de exclusão: () Sim () Não

Quais: _____

d) Coleta de dados:

Instrumento: () Sim () Não Tipo: _____

Foco de análise ou variáveis do estudo: _____

3) Resultados

a) Descrição:

4) Análise dos dados

Descritiva Inferencial

a) Descrição:

5) Conclusões do estudo

a) Descrição:

6) Implicações para a enfermagem

a) Descrição:

7) O estudo aponta a presença de viés

Sim Não Quais: _____

8) Nível de evidência

I II III IV V VI VII

9) Conceito de Sedentarismo

Atributos críticos:

Antecedentes:

Consequentes:

Definição constitutiva:

10) Características definidoras para “Estilo de vida sedentário”:

a) Definição constitutiva:

b) Definição operacional:

11) Fatores relacionados para “Estilo de vida sedentário”:

a) Definição constitutiva:

b) Definição operacional:

ANEXO B

APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Universidade Federal do Ceará
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. Nº 337/10

Fortaleza, 10 de dezembro de 2010

Protocolo COMEPE nº 306/ 10

Pesquisador responsável: Nirla Gomes Guedes

Título do Projeto: "Validação do diagnóstico de enfermagem "Estilo de vida sedentário""

Levamos ao conhecimento de V.S^a. 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 protocolo e o TCLE do projeto supracitado na reunião do dia 09 de dezembro de 2010.

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

Atenciosamente,

Dr. Fernando A. Frota Bezerra
Coordenador do Comitê
de Ética em Pesquisa
COMEPE/UFC

ANEXO C

ESCALA DE APOIO SOCIAL (SALLIS et al., 1987)

Assinale com que frequência sua família e seus amigos apresentam essas condutas:	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre
Fazem exercício comigo					
Oferecem-se para fazer exercício comigo					
Fazem lembretes úteis para o exercício					
Deram-me coragem para cumprir meu programa de exercícios					
Mudam o seu horário para que possam se exercitar comigo					
Discutem o exercício comigo					
Queixam-se do tempo que gasto com o exercício					
Criticam ou zombam de mim					
Oferecem recompensas quando me exercito					
Planejam comigo exercícios em passeios de lazer					
Ajudam a planejar atividades em torno de meu exercício					
Colocam ideias de como podem ajudar para que eu me exercite mais.					
Referem o quanto gostam de se exercitarem					

ANEXO D

ESCALA DE AUTOEFICÁCIA PARA O EXERCÍCIO (SALLIS, 1996)

Abaixo está uma lista de coisas que as pessoas podem fazer durante a tentativa de iniciar, continuar ou aumentar o exercício físico regular. Se você se exercita ou não, por favor classifique o quanto você está confiante de que pode motivar-se a fazer coisas como essas de forma consistente, por pelo menos 6 meses.

Por favor, circule um número para cada questão.

O quão você está certo de que pode fazer coisas como essas?	Eu sei que eu não posso		Talvez eu possa		Eu sei que eu posso	Não se aplica
Acordar cedo, até mesmo nos fins de semana, para se exercitar	1	2	3	4	5	(8)
Cumprir o programa de exercícios depois de um longo e cansativo dia no trabalho	1	2	3	4	5	(8)
Exercitar-se, mesmo que esteja se sentindo deprimido	1	2	3	4	5	(8)
Separar um tempo para um programa de atividade física, ou seja, caminhar, correr, nadar, pedalar ou praticar outras atividades	1	2	3	4	5	(8)
Continuar a se exercitar com os outros, apesar de parecer muito rápido ou muito devagar para você	1	2	3	4	5	(8)
Cumprir o programa de exercícios, quando submetido a mudanças de vida estressantes	1	2	3	4	5	(8)
Participar de uma festa somente após se exercitar	1	2	3	4	5	(8)
Cumprir o programa de exercícios, quando a família exige mais tempo	1	2	3	4	5	(8)
Cumprir o programa de exercícios, quando tem tarefas domésticas para fazer	1	2	3	4	5	(8)
Cumprir o programa de exercícios, mesmo quando você tem uma demanda excessiva de trabalho	1	2	3	4	5	(8)
Cumprir o seu programa de exercícios, mesmo quando as obrigações sociais consomem muito seu tempo	1	2	3	4	5	(8)
Ler ou estudar menos para fazer mais exercício	1	2	3	4	5	(8)

ANEXO E

AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FÍSICA PROPOSTA POR COOP/WONCA

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	()

ANEXO F

AMPLITUDE DOS ÂNGULOS AVALIADA COM GONIÔMETRO

Amplitude normal dos ângulos articulares dos membros superiores, segundo Hoppenfeld (1999)*		
ARTICULAÇÃO	MOVIMENTO	MOVIMENTO/GRAUS
OMBRO	Flexão	180°
	Extensão	45°
	Adução	40°
	Abdução	180°
	Rotação Interna	90°
	Rotação Externa	45
COTOVELO	Flexão	145°
	Extensão	145-0°
	Pronação do antebraço	90°
	Supinação do antebraço	90°
PUNHO	Flexão	0-90°
	Extensão	70°
	Desvio Ulnar	0-45°
	Desvio Radial	20°
Amplitude normal dos ângulos articulares dos membros inferiores, segundo Hoppenfeld (1999)*		
QUADRIL	Flexão	120°
	Extensão	30°
	Adução	20-30°
	Abdução	45-50°
	Rotação Interna	35°
	Rotação Externa	45°
JOELHO	Flexão	135°
	Extensão	0°
	Rotação Interna 10	10°
	Rotação Externa 10	10°
TORNOZELO	Dorsiflexão	20°
	Flexão	45°
	Extensão	70-90°
	Inversão	5°
	Eversão	5°
Amplitude normal dos ângulos articulares da coluna vertebral, segundo Hoppenfeld (1999)*		
COLUNA CERVICAL	Flexão	50°
	Extensão	50°
	Flexão Lateral	40°
	Rotação	55°

* HOPPENFELD, S. **Propedêutica Ortopédica**: coluna e extremidades. Rio de Janeiro: Atheneu, 1999.