

DOI: 10.1590/S0080-623420130000300031

ARTIGO DE REVISÃO

Revisão do diagnóstico de enfermagem *Estilo de Vida Sedentário* em pessoas com hipertensão arterial: análise conceitual*

REVISIÓN DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA *ESTILO DE VIDA SEDENTARIO* EN PERSONAS CON HIGH BLOOD PRESSURE: ANÁLISIS CONCEPTUAL

REVIEW OF NURSING DIAGNOSIS *SEDENTARY LIFESTYLE* IN INDIVIDUALS WITH HYPERTENSION: CONCEPTUAL ANALYSIS

Nirla Gomes Guedes¹, Marcos Venícios de Oliveira Lopes², Tahissa Frota Cavalcante³, Rafaella Pessoa Moreira⁴, Thelma Leite de Araujo⁵

RESUMO

Este estudo tem por finalidade revisar os componentes do diagnóstico de enfermagem *Estilo de vida sedentário* (EVS) propostos pela NANDA-I em indivíduos com hipertensão arterial. A revisão foi desenvolvida a partir da análise de conceito, com o auxílio do método da Revisão Integrativa da Literatura a partir de 43 artigos pesquisados em cinco bases de dados (LILACS, CINAHL, PUBMED, SCOPUS E COCHRANE). Foram utilizadas as seguintes combinações de descritores e equivalentes nas línguas inglesa e espanhola: *Estilo de vida sedentário* e *Hipertensão* e *Sedentarismo* and *Hipertensão*. O processo de revisão conduziu aos seguintes resultados: modificação da definição do EVS, de nomeações de alguns indicadores clínicos e acréscimo de outros. Considera-se que o estudo subsidiou uma direção para a eficiência diagnóstica de indicadores clínicos do EVS, contribuindo para o refinamento e o aprimoramento desse diagnóstico e seus componentes.

DESCRITORES

Diagnóstico de enfermagem
Estilo de vida sedentário
Hipertensão

ABSTRACT

This study aims to review the components of the nursing diagnosis *Sedentary Lifestyle* (SL) proposed by NANDA (North American Nursing Diagnosis Association)-I in individuals with hypertension. The review was developed based on a concept analysis and supported by the Integrative Literature Review method, through which 43 articles were surveyed from five databases (LILACS, CINAHL, PUBMED, SCOPUS and COCHRANE). The following combinations of descriptors and their English and Spanish equivalents were used: *Sedentary Lifestyle* and *Hypertension* and *Sedentary and Hypertension*. Based on the review process, we found that the SL definition has changed, some clinical indicators have been identified and other indicators have been added to the definition. The study promotes a direction for diagnostic efficiency of clinical SL indicators, contributing to the refinement and improvement of this diagnosis and its components.

DESCRIPTORS

Nursing diagnosis
Sedentary lifestyle
Hypertension

RESUMEN

Este estudio tiene el objetivo de revisar los elementos del diagnóstico de enfermería *estilo de vida sedentario* (EVS) propuestos por la NANDA-I en pacientes con hipertensión. La revisión se desarrolló a partir del análisis de concepto, con la ayuda del método de revisión integradora de la literatura de los 43 artículos examinados en cinco bases de datos (LILACS, CINAHL, PubMed, SCOPUS y Cochrane). Se utilizaron las siguientes combinaciones de descriptores y equivalentes en Inglés y español: *sedentarismo* y *hipertensión* y también *estilo de vida sedentario* y *hipertensión*. El proceso de revisión llevó a los siguientes resultados: modificación de la definición del EVS, nombramientos de algunos indicadores clínicos y adición de otros. Se considera que el estudio subsidia una dirección para la precisión diagnóstica de los indicadores clínicos de la EVS, contribuyendo a la mejora y perfeccionamiento del diagnóstico y sus componentes.

DESCRIPTORES

Diagnóstico de enfermería
Estilo de vida sedentario
Hipertensión

* Extraído da tese "Revisão do diagnóstico de enfermagem *Estilo de Vida Sedentário*: análise de conceito e validação por especialistas", Universidade Federal do Ceará, 2011. ¹ Doutora em Enfermagem. Enfermeira da Prefeitura Municipal de Fortaleza. Professora do Curso de Enfermagem da Faculdade Integrada do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil. nirlagomes@hotmail.com ² Doutor em Enfermagem. Professor Associado do Curso de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Pesquisador do CNPq. Fortaleza, CE, Brasil. marcos@ufc.br ³ Doutora em Enfermagem. Professora Assistente do Curso de Enfermagem da Universidade Regional do Cariri. Fortaleza, CE, Brasil. tahissa@ig.com.br ⁴ Doutora em Enfermagem. Professora do Curso de Enfermagem da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira. Fortaleza, CE, Brasil. rafaellapessoa@hotmail.com ⁵ Doutora em Enfermagem. Professora Associada do Curso de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Pesquisadora do CNPq. Fortaleza, CE, Brasil. thelmaaraujo2003@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

Este estudo tem por finalidade revisar os componentes do diagnóstico de enfermagem *Estilo de vida sedentário* (EVS) em indivíduos com hipertensão arterial, a partir da análise de conceito. Fundamenta-se na necessidade de avaliação desse 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.

O sistema de classificação de diagnósticos de enfermagem da NANDA Internacional (NANDA-I) é um dos mais divulgados e de maior aplicabilidade em âmbito mundial. Contudo, para que permaneça baseada em evidências, a estrutura taxonômica precisa de refinamentos contínuos, para tornar sua estrutura conceitual mais apropriada. Em face disso, torna-se necessário conhecer seus conceitos e propostas, testá-los, validá-los e analisá-los quanto a sua aplicabilidade nas diferentes realidades⁽¹⁾.

Devido à recente inclusão do diagnóstico EVS na taxonomia da NANDA-I, é restrito o número de estudos que o encaram como um diagnóstico de enfermagem. Por outro lado, há preocupações mundiais quanto a esse hábito de vida, que constitui um indicador de risco à saúde, capaz de acarretar profundas consequências negativas à vida de indivíduos, famílias e comunidades. Atualmente, já está bem estabelecido que uma rotina diária com exercícios físicos ajuda na promoção da saúde, prevenção e reabilitação de pessoas com hipertensão arterial, graças aos efeitos benéficos que proporciona sobre o sistema cardiovascular e o controle dos demais indicadores de risco.

Diante das evidências da relação do EVS com a saúde de hipertensos, da vigilância mundial quanto a esse hábito de vida e da restrição de pesquisas de enfermagem envolvendo esse diagnóstico, bem como seu uso na assistência, torna-se importante validá-lo.

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 se alicerça na importância da 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, pois da inferência diagnóstica depende a adequação das intervenções escolhidas e, portanto, a qualidade da assistência de enfermagem disponibilizada.

Com o intuito de responder aos questionamentos levantados, este estudo tem como objetivo revisar os componentes do diagnóstico de enfermagem EVS propostos pela NANDA-I (definição, características definidoras e fatores relacionados) em indivíduos com hipertensão arterial.

MÉTODO

A revisão do diagnóstico de enfermagem foi desenvolvida a partir da análise de conceito, que constitui a primeira etapa do processo de validação e corresponde à estruturação teórica, em que se busca construir o conhecimento sobre o fenômeno em busca de evidências sobre o diagnóstico de enfermagem em estudo, seu conceito, as características definidoras e os fatores relacionados, bem como de novos componentes⁽¹⁻²⁾. A identificação e a formulação de conceitos compõem a primeira etapa do desenvolvimento de um novo diagnóstico e do aperfeiçoamento de diagnósticos já aceitos⁽¹⁾.

Para auxiliar a execução da análise de conceito foram seguidos os métodos da Revisão Integrativa da Literatura e o modelo de Análise de Conceito⁽²⁻³⁾.

Revisão integrativa da literatura

O objetivo foi apresentar o conhecimento produzido sobre o EVS e seus determinantes em indivíduos com hipertensão arterial, sob a forma de duas 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?

Quanto à 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 e a ampliação da busca foram realizados os seguintes cruzamentos: *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 cartas ao editor ou repetidos em outras bases.

A relevância de pesquisas como esta se alicerça na importância da 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...

O levantamento ocorreu no mês de agosto de 2010. Os artigos selecionados foram submetidos a três leituras criteriosas e minuciosas para análise do conteúdo. O

processo de seleção dos artigos nas cinco bases de dados foi realizado no período de setembro a novembro de 2010 e está disposto na Tabela 1.

Tabela 1 – Processo de seleção dos artigos nas bases de dados - Fortaleza, 2011

Artigos/Base	SCOPUS	CINAHL	PUBMED	COCHRANE	LILACS	Total
Encontrados	1.526	241	291	69	95	2.222
Excluídos	1.502	232	285	68	92	2.179
Selecionados	24	9	6	1	3	94

A avaliação dos dados com foco na qualidade metodológica foi executada mediante a classificação da força das evidências para a avaliação de pesquisas⁽⁴⁾. As informações extraídas dos artigos foram identificadas e documentadas, sendo a avaliação e a análise dos dados realizada no período de dezembro de 2010 a fevereiro de 2011.

Modelo de Análise de Conceito de Walker e Avant

São descritos oito passos para a realização de uma análise conceitual: seleção do conceito; determinação dos objetivos; identificação dos possíveis usos do conceito; determinação dos atributos críticos ou essenciais; construção de um caso modelo; construção de casos adicionais; identificação dos antecedentes e consequentes do conceito; definição das referências empíricas⁽³⁾. Apesar de serem apresentadas como sequenciais, essas etapas são interativas e ocorreram concomitantemente à revisão integrativa. Com fundamentação nas informações da revisão integrativa, foi executada a análise do conceito *sedentarismo*.

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 fatores contribuem para a ocorrência do sedentarismo em indivíduos com hipertensão arterial? Quais são os eventos ou situações resultantes do sedentarismo em indivíduos com hipertensão arterial? Considerando a estrutura dos diagnósticos de enfermagem, os antecedentes e os consequentes são representativos dos fatores relacionados e das características definidoras, respectivamente?

Os resultados serão apresentados conforme os passos da análise de conceito empreendida, exceto a descrição das referências empíricas, por não ser necessária para contemplar o objetivo proposto.

RESULTADOS

Os artigos foram originários principalmente da América do Norte (48,8%) e da Europa (27,9%), desenvolvidos por

médicos (32,6%) e enfermeiros (30,3%). Destaca-se que os sete estudos realizados na América do Sul foram desenvolvidos no Brasil. Quanto 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.

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 constatação de que não houve evidências clínicas muito fortes.

Identificação dos possíveis usos do conceito

Nos 43 estudos analisados, 42 usaram o conceito *sedentarismo* para representar um indicador de risco importante na gênese da hipertensão arterial e das complicações decorrentes dessa doença. Somente um estudo abordou o conceito como um diagnóstico de enfermagem, ratificando o número restrito de estudos com essa abordagem. Em geral, os estudos caracterizaram o sedentarismo como um hábito de vida com ausência ou insuficiência da prática de exercícios físicos.

Atributos críticos ou essenciais do conceito sedentarismo

Entre as 43 publicações analisadas, 25 (58,1%) evidenciaram o conceito de sedentarismo. Ao analisá-los, configuraram-se como atributos críticos: a intensidade, a frequência e a duração.

Na maioria das definições apresentadas, o sedentarismo é caracterizado por falta de atividade física de 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} . 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 (quatro ou mais dias) por, no mínimo, 30 minutos.

A construção de um caso modelo e de um caso contrário possibilitou uma maior clareza dos atributos críticos, e dessa maneira, proporcionou uma melhor compreensão do conceito *sedentarismo*.

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 geralmente consome alimentos gordurosos e salgados. Usa bebidas alcoólicas esporadicamente nos fins de semana em que encontra amigos. Quanto à prática de atividade física uma vez por semana realiza 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.

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 às 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. Declarou que, ao término dos exercícios, sua 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 um indivíduo sedentário. Foram contemplados 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).

Com base na apreciação das definições de *sedentarismo* e dos atributos críticos essenciais a esse conceito evidenciados na literatura, constitui-se a partir dos casos modelo e contrário apresentados uma definição única, objetiva e clara 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.*

Identificação dos antecedentes e consequentes do conceito de sedentarismo

Conforme apresentado nos Quadros 1 e 2, além dos indicadores já dispostos na taxonomia II da NANDA-I (2010) são propostos sete fatores relacionados e quatro características definidoras para serem avaliados, julgados e acrescidos à lista oficial. Também está descrito nos quadros o número de artigos que relacionaram o antecedente/consequente ao sedentarismo.

Quadro 1 – Fatores relacionados (FR) provenientes da análise do conceito e do diagnóstico de enfermagem EVS da taxonomia NANDA-I - Fortaleza, 2011

FR NANDA-I (2010)	Antecedentes - 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 (5 artigos)
Não há correspondentes	Atitudes, crenças e hábitos de saúde que dificultam a prática de atividade física (4 artigos)
Falta de motivação	Falta de motivação (5 artigos)
Falta de interesse	Falta de interesse (3 artigos)
Não há correspondentes	Falta de apoio social (4 artigos)
Falta de recursos (tempo, dinheiro, companhia, estrutura)	Falta de recursos (tempo, dinheiro, lugar, segurança, equipamento) (9 artigos)
Não há correspondentes	Baixa autoeficácia para o exercício físico (5 artigos)
Falta de treino para fazer exercício físico	Falta de treino para fazer exercício físico (1 artigo)
Não há correspondentes	Mobilidade prejudicada (2 artigos)
Não há correspondentes	Intolerância à atividade (6 artigos)
Não há correspondentes	Dor (3 artigos)
Não há correspondentes	Reações emocionais (7 artigos)

Quadro 2 – Características definidoras (CD) provenientes da análise do conceito e do diagnóstico de enfermagem EVS da taxonomia NANDA-I - Fortaleza, 2011

CD NANDA-I (2010)	Consequentes - análise de conceito
Não há correspondentes	Excesso de peso (5 artigos)
Demonstra falta de condicionamento físico	Resistência cardiorrespiratória diminuída (1 artigo)
	Força muscular diminuída (1 artigo)
	Flexibilidade das articulações diminuída (1 artigo)
Escolhe uma rotina diária sem exercício físico	Escolhe uma rotina diária sem exercício físico (1 artigo)
Não há correspondentes	Não realiza atividades físicas no tempo de lazer (1 artigo)
Verbaliza preferência por atividades com pouco exercício físico	Verbaliza preferência por atividades com pouco exercício físico (2 artigos)
Não há correspondentes	Baixo desempenho nas atividades da vida diária (2 artigos)
Não há correspondentes	Relato de desordens de saúde (11 artigos)

Observa-se que os antecedentes mais citados na literatura (reações emocionais e intolerância à atividade), assim como os consequentes (relato de desordens de saúde e excesso de peso), não compõem os indicadores da NANDA-I. Ademais, dois fatores foram evidenciados na literatura com nomenclaturas diferentes das dispostas na NANDA-I⁽¹⁾.

DISCUSSÃO

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. 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⁽⁵⁾.

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⁽¹⁾. 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 a revisão e a reformulação da definição deste diagnóstico de enfermagem.

Há evidências de que abordagens do enfermeiro centradas no paciente, de forma a torná-lo ativo, levam a um aumento do conhecimento e da satisfação, com consequente aumento da adesão e melhora dos resultados de saúde⁽⁶⁾. Promove também capacitação e competência para gerenciamento dos problemas de saúde. Acrescenta-se que instruções sobre os exercícios individualizadas, compreensíveis e planejadas segundo necessidades, metas, capacidades iniciais e história clínica do paciente, são consideradas benéficas⁽⁷⁾.

Pesquisadores defendem que as atitudes e as crenças do indivíduo relacionadas ao estilo de vida exercem um papel crítico no controle da pressão arterial; que as crenças, atitudes e hábitos influenciam diretamente a adoção de hábitos saudáveis⁽⁷⁾; que a crença do indivíduo impacta a decisão de praticar exercícios físicos; que o entendimento da percepção, da atitude e da crença são essenciais para compreender os comportamentos e orientar as mudanças⁽⁸⁾.

A falta de motivação e interesse é determinante da adesão dos pacientes, da manutenção e da desistência de um programa de prevenção e/ou reabilitação cardiovascular⁽⁹⁾. Acrescenta-se que a vontade, o prazer e a satisfação estão correlacionados à prática de exercício físico e a tomada de decisão 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 sua saúde⁽¹⁰⁾.

No tocante ao apoio social, acredita-se que envolver o cônjuge, outros membros da família e amigos no processo de ensino-aprendizagem fornece suporte às mudanças comportamentais. Os familiares auxiliam na gestão da hipertensão e incluí-los nos programas de intervenção em saúde tem um papel fundamental na redução dos fatores de risco para a morbidade cardiovascular, tornando-se um importante componente das intervenções para o início e a manutenção da prática de exercício físico⁽¹⁰⁻¹¹⁾. A atuação dos vários segmentos da rede social pode favorecer a adesão ao tratamento a partir de mudanças no estilo de vida e, conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida dos hipertensos.

A baixa adesão aos programas de exercício físico constitui um grande problema de saúde pública, sabendo-se, inclusive, que não são poucos os fatores pessoais e ambientais implicados nessa questão, que vão desde a interferência da família, de amigos e de profissionais de saúde, até a influência do clima e do acesso a instalações, passando pela disponibilidade de tempo e recursos financeiros⁽¹²⁻¹³⁾.

Entre as evidências da literatura analisadas, a baixa auto-eficácia 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, como reflexo dos desafios que enfrentam, do esforço que desempenham na atividade e da perseverança perante dificuldades⁽¹³⁾.

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 para manutenção de uma rotina diária de exercícios físicos, que possa tornar os indivíduos mais ativos⁽⁹⁾. Ressalta-se que exercícios variados, programados em sintonia com a habilidade de cada indivíduo, simples, com baixos custos e com componente social tendem a produzir maior impacto motivacional e psicológico⁽⁸⁾.

Dentre os fatores relacionados sugeridos, *mobilidade prejudicada*, *intolerância à atividade* e *dor* são similares a diagnósticos de enfermagem configurados na taxonomia II da NANDA-I⁽¹⁾. É oportuno mencionar que EVS é fator relacionado dos diagnósticos de enfermagem *Mobilidade física prejudicada* e *Intolerância à atividade*. Logo, entende-se que há uma relação de causa e efeito entre sedentarismo e mobilidade prejudicada, assim como entre sedentarismo e intolerância à atividade.

Inegavelmente, a mobilidade ou a capacidade de deslocamento do indivíduo é um componente extremamente importante da função física e constitui pré-requisito para a execução das atividades de vida diária, a manutenção da independência e a prática de exercícios físicos. O diagnóstico de enfermagem *Mobilidade física prejudicada*, presente em 58,2% dos idosos, dificultou a deambulação e a marcha e acarretou comprometimento na execução de atividades diárias. Tal condição leva a refletir sobre a importância do incentivo às práticas que visem a movimentação, deambulação, equilíbrio e força muscular⁽¹⁴⁾. Por outro lado, além de favorecer problemas sociais e psicológicos, a inatividade prejudica a forma física, a capacidade funcional nas atividades do cotidiano e a mobilidade⁽¹⁵⁾.

Assim como a mobilidade prejudicada, o indivíduo que apresenta intolerância à atividade, caracterizada por dispnéia, desconforto, fraqueza e/ou resposta anormal da frequência cardíaca aos esforços, terá dificuldades em realizar 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, interferindo diretamente na execução de exercícios físicos⁽¹⁶⁾.

As manifestações emocionais também são potencialmente negativas para a prática de exercício físico, impedindo ou dificultando sua realização, tais como: medo de cair, mau humor, sentimentos de tédio, vergonha, desânimo e depressão⁽¹⁷⁾.

Além dos fatores que podem culminar no sedentarismo, a análise de conceito também proporcionou evidências que o caracterizam. 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. Um dos fatores contribuintes para a atual pandemia da obesidade é o sedentarismo crescente da população⁽¹⁸⁾.

Em uma abordagem ampliada, considera-se como componentes do condicionamento físico a resistência cardiorespiratória, a força muscular e a flexibilidade das articulações⁽⁵⁾. Essa relação foi demonstrada em um estudo em que pessoas ativas relataram capacidade moderada (25%), boa capacidade (60%) e excelente capacidade (15%) e os sedentários relataram capacidades que variaram de muito ruim (7%), fraca (33%) e moderada (60%). Ademais, o grupo ativo indicou força muscular, resistência e flexibilidade para os esportes, enquanto o grupo sedentário apontou o contrário. Seus integrantes confirmaram não ter a força necessária, tampouco a resistência e flexibilidade musculares desejadas⁽¹⁹⁾.

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, pois se o indivíduo com hipertensão preferir atividades com pouco exercício físico, provavelmente terá uma rotina diária sem exercício e não utilizará o tempo de lazer para praticar exercícios físicos.

A prática regular de exercícios físicos vem sendo apontada como ação importante na área de saúde pública. Essa possibilidade encontra suporte teórico na influência benéfica de um estilo de vida ativo e na influência maléfica de um estilo de vida sedentário que, por sua vez, está fundamentada na associação difundida entre atividade física e indicadores de morbimortalidade⁽²⁰⁾. Em contrapartida, evidências mostram que uma rotina regular de exercício físico diminui a pressão arterial, reduz a mortalidade cardiovascular em uma razão de 30%⁽⁹⁾, aumenta o condicionamento físico, promove redução de peso e melhora a qualidade de vida^(8,21).

Em uma abordagem complexa, o sedentarismo em longo prazo, associado a outras incapacidades, pode ocasionar dificuldade para executar as 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, de idosos com hipertensão.

No tocante à característica definidora *relato de desordens de saúde*, são consistentes os achados 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. Estimativas indicam que a mudança de hábitos sedentários para um estilo de vida ativo implica incremento médio de expectativa de vida de 2,15 anos⁽¹²⁾. Estudos controlados evidenciam que aqueles que entram em um programa de atividade física diminuem em 25% o risco de morte⁽²²⁾.

Diante do exposto, acredita-se que o estudo subsidiará outras etapas do processo de validação do diagnóstico EVS que, uma vez validado e refinado, permitirá o reconhecimento mais acurado de sinais indicativos desse diagnóstico, proporcionando a identificação mais segura dessa resposta humana, favorecendo intervenções mais efetivas, seja de forma independente ou em colaboração com a equipe multidisciplinar.

CONCLUSÃO

A partir da análise de conceito, configuraram-se como atributos essenciais a sua compreensão a intensidade, a frequência e a duração em que a atividade física é realizada. Sugere-se:

- reformulação da definição do diagnóstico de enfermagem EVS contida na NANDA-I;

REFERÊNCIAS

1. North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011. Porto Alegre: Artmed; 2010.
2. Hoskins LM. Clinical validation, methodologies for nursing diagnoses research. In: Carroll-Johnson RM, editor. Classification of nursing diagnoses: proceedings of the 19th Conference of North American Nursing Diagnosis Association. Philadelphia: JB Lippincott; 1989. p. 126-31.
3. Walker LO, Avant KC. Strategies for theory construction in nursing. 4th ed. Upper Saddle River: Pearson Prentice Hall; 2005.
4. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Making the case for evidence-based practice. In: Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p. 3-24.
5. Wallace JP. Exercise in hypertension: a clinical review. Sports Med. 2003;33(8):585-98.
6. Drevenhorn E, Bengtson A, Allen JK, Säljö R, Kjellgren KI. A content analysis of patient centredness in hypertension care after consultation training for nurses. Int J Adv Nurs Pract. 2007;8(2):17-25.
7. Cotta RMM, Batista KCS, Reis RS, Souza GA, Dias G, Castro FAF, et al. Social-sanitary and lifestyle profile of hypertensive and/or diabetics, users of the Family Health Program in the city of Teixeira, Minas Gerais State. Ciênc Saúde Coletiva. 2009;14(4):1251-60.
8. Wong J, Wong S. Evidence-based care for the elderly with isolated systolic hypertension. Nurs Health Sci. 2005;7(1):67-75.
9. Guedes NG, Lopes MVO, Moreira RP, Cavalcante TF, Araújo TL. Prevalence of sedentary lifestyle in individuals with high blood pressure. Int J Nurs Terminol Classif. 2010;21(2):50-6.
10. Martin MY, Person SD, Kratt P, Prayor-Patterson H, Kim Y, Salas M, et al. Relationship of health behavior theories with self-efficacy among insufficiently active hypertensive African-American women. Patient Educ Couns. 2008;72(1):137-45.
11. 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. 2007;28(19):2375-414.
12. Oliveira Filho JA, Salles AF, Salvetti XM. Prevenção primária da doença coronária pela atividade física. Rev Soc Cardiol Estado São Paulo. 2005;15(2):121-9.

13. Daley LK, Fish AF, Frid DJ, Mitchell GL. Stage-specific education/counseling intervention in women with elevated blood pressure. *Prog Cardiovasc Nurs*. 2009;24(2):45-52.
14. Marin M JS, Rodrigues LCR, Druzian S, Cecílio LCO. Nursing diagnoses of elderly patients using multiple drugs. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2010 [cited 2012 Mar 17];44(1):47-52. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n1/en_a07v44n1.pdf
15. Moraes H, Deslandes A, Ferreira C, Pompeu FAMS, Ribeiro P, Laks J. O exercício físico no tratamento de depressão em idosos: revisão sistemática. *Rev Psiquiatr Rio Gde Sul*. 2007;29(1):70-9.
16. Pereira MA. Mobilidade física prejudicada em clientes hospitalizados e uma proposta de intervenções de enfermagem [dissertação]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 1997.
17. Bonnet F, Irving K, Terra JL, Nony P, Berthezène F, Moulin P. Depressive symptoms are associated with unhealthy lifestyles in hypertensive patients with the metabolic syndrome. *J Hypertens*. 2005;23(3):611-7.
18. Mushtaq R, Khan ZT. Reduction in hypertension and related lipid profile parameters after exercise in females. *Pak J Nutr*. 2010;9(2):151-57.
19. Andrade A, Back A, Vasconcelos DIC, Viana MS. Auto-evaluation of the health, stress and productivity in the work of active and sedentary bank clerks. *J Sport Exerc Psychol*. 2005;27(1):31-41.
20. World Health Organization (WHO). Diet and physical activity: a public health priority. Geneva; 2008 [cited 2008 Mar 5]. Available from: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/en/>
21. Martin CK, Church TS, Thompson AM, Earnest CP, Blair SN. Exercise dose and quality of life: a randomized controlled trial. *Arch Intern Med*. 2009;169(3):269-78.
22. Alves JGB, Montenegro FMU, Oliveira FA, Alves RV. The practice of sports during adolescence and physical recreational activities adulthood. *Rev Bras Med Esport*. 2005;11(5):291-4.

Subvenção parcial da Coordenação de Aperfeiçoamento do Pessoal de Nível Superior (CAPES)