

Estilo de vida sedentário em indivíduos com hipertensão arterial

Sedentary lifestyle in individuals with hypertension
Estilo de vida sedentario en individuos con hipertensión

Larissa Castelo Guedes Martins¹, Marcos Venícios de Oliveira Lopes¹, Nirla Gomes Guedes¹,
Marília Mendes Nunes¹, Camila Maciel Diniz¹, Priscilla Magalhães de Oliveira Carvalho¹

¹ Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia Odontologia e Enfermagem,
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Fortaleza-CE, Brasil.

¹ Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia Odontologia e Enfermagem,
Graduação em Enfermagem. Fortaleza-CE, Brasil.

Como citar este artigo:

Martins LCG, Lopes MVO, Guedes NG, Nunes MM, Diniz CM, Carvalho PMO. Sedentary lifestyle in individuals with hypertension. Rev Bras Enferm. 2015;68(6):697-704. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680602i>

Submissão: 06-04-2015

Aprovação: 09-07-2015

RESUMO

Objetivo: identificar a prevalência do diagnóstico de enfermagem Estilo de Vida Sedentário (EVS) e analisar sua associação com os indicadores clínicos (IC) e fatores relacionados (FR) em indivíduos com hipertensão arterial (HA). **Método:** estudo transversal com 285 pacientes com HAS em um centro de referência em atendimento ambulatorial no nordeste do Brasil. Para a coleta de dados, utilizouse instrumento baseado nas definições operacionais dos IC e FR validados anteriormente. Quatro enfermeiros classificaram EVS como presente ou ausente. Para avaliar a associação entre IC e FR com a presença de EVS aplicou-se o Teste de Qui-quadrado. Calculou-se a razão de prevalência e intervalo de confiança para verificar a magnitude do efeito entre FR e EVS. **Resultados:** identificou-se EVS em 55,8% da amostra. Cinco IC e seis FR apresentaram associação estatística significativa com EVS. **Conclusão:** o estudo identificou os principais indicadores para inferência de EVS, bem como seus possíveis fatores causais entre pessoas com HAS.

Descritores: Diagnóstico de Enfermagem; Estilo de Vida Sedentário; Hipertensão.

ABSTRACT

Objective: to identify the prevalence of nursing diagnosis Sedentary lifestyle (SL) and to analyze its association with clinical indicators (CI) and related factors (RF) in patients with hypertension. **Method:** cross-sectional study with 285 patients with hypertension at a reference center for outpatient care in Northeastern Brazil. To collect data it was used an instrument based on operational definitions of the CI and RF previously validated. Four nurses rated SL as present or absent. To evaluate the association between CI and RF with the presence of SL it was applied the chi-square test. The prevalence ratio and confidence interval was calculated to verify the magnitude of the effect between RF and SL. **Results:** SL was identified in 55.8% of the sample. Five IC and six RF showed a significant association with SL. **Conclusion:** the study identifies main indicators for inference of SL as well as their possible causal factors among people with hypertension.

Key words: Nursing Diagnosis; Sedentary Lifestyle; Hypertension.

RESUMEN

Objetivo: identificar la prevalencia del diagnóstico de enfermería, estilo de vida sedentario (EVS) y analizar su asociación con indicadores clínicos (IC) y factores relacionados (FR) en pacientes con hipertensión. **Método:** es un estudio transversal con 285 pacientes con hipertensión, en un centro de referencia con atención ambulatoria en el noreste de Brasil. Para recolectar los datos, se utilizó un instrumento basado en las definiciones operacionales de la IC y FR previamente validado. Cuatro enfermeras calificaron EVS como presente o ausente. Para evaluar la asociación entre IC y RF con la presencia de EVS se aplicó la prueba de chi-cuadrado. Se calculó la razón de prevalencia e intervalo de confianza para verificar la magnitud del efecto entre la FR y EVS. **Resultados:** EVS fue identificado en 55,8% en la muestra. Cinco IC y seis FR mostraron una asociación significativa con el EVS. **Conclusión:** el estudio identifica los indicadores clave para la inferencia del EVS, así como sus posibles factores causales entre las personas con hipertensión.

Palabras clave: Diagnóstico de Enfermería; Estilo de Vida Sedentario; Hipertensión.

AUTOR CORRESPONDENTE

Marília Mendes Nunes

E-mail: marilia_mn@hotmail.com

INTRODUÇÃO

Um estilo de vida sedentário associado a outros fatores de risco pode contribuir para a elevação dos níveis pressóricos, o que, a longo prazo, pode levar ao desenvolvimento da hipertensão arterial sistêmica (HAS). A literatura destaca o sedentarismo como um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares. Isto foi observado em pesquisa realizada recentemente com o objetivo de avaliar o controle da pressão arterial e os desfechos cardiovasculares em pacientes a partir de 18 anos de idade⁽¹⁾. Assim, a falta de exercícios físicos pode ser vista como um problema social que necessita de intervenções capazes de contribuir para uma mudança de estilo de vida e para uma redução das taxas de morbimortalidade relacionadas às doenças crônicas.

No âmbito da enfermagem, sabe-se que a utilização de intervenções apropriadas ao contexto do paciente depende de uma correta inferência diagnóstica. Assim, torna-se importante conhecer os indicadores clínicos (IC) e fatores relacionados (FR) mais associados à presença de cada diagnóstico de enfermagem em diferentes populações.

Apesar de uma crescente abordagem sobre um estilo de vida sem exercícios físicos e suas consequências, poucos estudos analisam este evento como um diagnóstico de enfermagem. O diagnóstico de enfermagem Estilo de Vida Sedentário (EVS) foi incluído na taxonomia da NANDA-I em 2004 e desenvolvido a partir de estudos de pesquisadores espanhóis⁽²⁾. De acordo com a taxonomia II da NANDA-I⁽³⁾, EVS é definido como “um hábito de vida que se caracteriza por um baixo nível de atividade física”, e composto por cinco fatores relacionados e três características definidoras.

Apesar do número restrito de estudos, EVS foi encontrado com prevalência considerável, merecendo atenção dos pesquisadores de enfermagem. Por exemplo, um estudo com o objetivo de analisar a acurácia das características definidoras do referido diagnóstico em indivíduos com HAS, identificou EVS em 60% da amostra⁽⁴⁾. Outro estudo que avaliou uma população semelhante, identificou que 47,7% dos indivíduos apresentaram o diagnóstico EVS, sendo este um dos mais prevalentes diagnósticos de enfermagem identificados⁽⁵⁾.

Recentemente, pesquisadores brasileiros revisaram os elementos que compõem este diagnóstico e criaram definições conceituais e operacionais para os IC e FR⁽⁶⁾. Nessa revisão, a definição de EVS foi ampliada e descrita como “um hábito de vida em que o indivíduo não realiza exercício físico na frequência, duração e intensidade recomendadas ou que não proporcione gasto energético significativo para melhor condicionamento físico”. Os autores também recomendaram que a característica definidora “demonstra falta de condicionamento físico” fosse subdividida em “capacidade cardiorrespiratória diminuída”, “força muscular diminuída” e “flexibilidade das articulações diminuída”. Além disso, recomendaram o acréscimo dos indicadores “verbaliza preferência por atividades com pouco exercício físico”, “não realiza atividade física no tempo de lazer”, “excesso de peso” e “baixo desempenho nas atividades instrumentais da vida diária”. As características “escolhe uma rotina diária sem exercícios físicos” e “verbaliza preferência por atividades com pouco exercício físico” permaneceram sem modificações no estudo supracitado.

Neste estudo, o termo indicador clínico se refere aos sinais e sintomas relacionados a um estilo de vida sedentário. Inclui os propostos pela NANDA-I, denominados de características definidoras, bem como aqueles acrescentados após revisão dos elementos desse diagnóstico pelos pesquisadores referidos anteriormente.

Com relação aos fatores relacionados, a NANDA-I⁽³⁾ cita “falta de treino para fazer o exercício físico”, “falta de interesse”, “falta de motivação”, “falta de recurso (tempo, dinheiro, companhia, estrutura)” e “conhecimento deficiente sobre os benefícios que a atividade física traz à saúde”. Guedes et al.⁽⁶⁾ propuseram modificações em alguns destes termos, a saber: “falta de interesse em se exercitar”, “falta de motivação para a prática de exercício físico”, “falta de recursos (tempo, dinheiro, lugar, segurança, equipamento) para a prática de exercício físico” e “conhecimento deficiente sobre os benefícios que a atividade física traz à saúde e/ou sobre as consequências do sedentarismo”.

Ademais, os referidos autores identificaram “atitudes, crenças e hábitos de saúde que dificultam a prática de exercício físico”, “falta de confiança para a prática de exercício físico”, “falta de apoio social para a prática de exercício físico”, “mobilidade prejudicada”, “intolerância à atividade” e “relato de dor” como outros fatores relacionados ao EVS.

Nesse contexto, este estudo tem como objetivo identificar a prevalência do diagnóstico de enfermagem EVS, bem como investigar a associação deste diagnóstico com seus IC e FR em indivíduos com HAS, incluindo as modificações desses elementos propostas recentemente por pesquisadores brasileiros⁽⁶⁾.

MÉTODO

Desenho e amostra

Estudo transversal, de caráter exploratório e analítico, realizado com 285 pacientes com HAS, entre 19 e 59 anos. Eram acompanhados em um centro de atendimento ambulatorial para indivíduos com HAS e diabetes mellitus, de referência estadual localizado no nordeste do Brasil. A amostra foi inicialmente calculada em 285 indivíduos baseada na fórmula para estudos de prevalência, utilizando-se como parâmetros um nível de confiança de 95%, proporção estimada de indivíduos com Estilo de vida sedentário de 60%⁽⁴⁾ e erro amostral absoluto de 5,6%. Foram excluídos do estudo indivíduos que apresentassem contraindicação médica para prática de exercício físico.

Etapas do estudo

O estudo foi desenvolvido em duas etapas. A primeira incluiu a coleta dos dados, realizada por um enfermeiro e quatro acadêmicos de enfermagem, integrantes de um grupo de pesquisa sobre diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem e com experiência em coleta de dados. Esta equipe foi previamente treinada para familiarização com o instrumento, a fim de minimizar possíveis vieses relacionados à coleta. O procedimento de coleta ocorreu por meio de entrevista e de avaliação de força e flexibilidade. A avaliação de cada paciente levava de 30 a 40 minutos, sendo supervisionada pelo enfermeiro integrante da equipe de coleta.

A coleta de dados foi realizada com auxílio de um instrumento elaborado com base nos indicadores clínicos e fatores

relacionados validados anteriormente⁽⁶⁾. Este instrumento incluiu variáveis para identificar o perfil sócio demográfico, os FR e os IC que compunham o diagnóstico em estudo com as respectivas definições operacionais. Para mensurar o indicador “flexibilidade das articulações diminuídas” utilizou-se um flexímetro como material de apoio, por oferecer maior confiabilidade ao avaliar a angulação das articulações.

“Baixo desempenho nas atividades instrumentais da vida diária” foi mensurada por meio da Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária validada no Brasil por Santos e Virtuoso Junior⁽⁷⁾, com uma população de idosos. Para o indicador “escolhe rotina diária sem exercício físico”, utilizou-se como parâmetro a indicação da Sociedade Brasileira de Cardiologia⁽⁸⁾ que recomenda às pessoas com HAS habitarem-se à prática regular de atividade física aeróbica por, pelo menos, 30 minutos por dia, três vezes por semana.

O fator relacionado “atitudes, crenças e hábitos de saúde que dificultam a prática de atividade física” foi avaliado por meio do instrumento proposto para mensuração da percepção de possíveis barreiras para a prática de atividade física⁽⁹⁾, cuja testagem fez perceber que o questionário proposto pode ser facilmente utilizado e permite um índice de reprodutibilidade de respostas, com obtenção de valores do teste de correlação de Pearson entre 0,67 e 0,97.

“Conhecimento deficiente sobre os benefícios que a atividade física traz à saúde e/ou sobre as consequências do sedentarismo” foi avaliado por meio de doze questões afirmativas, traduzidas do questionário sugerido pela IntelliHealth[®] Inc., que aborda atividade física relacionada à saúde⁽¹⁰⁾. Para a avaliação dos demais FR e IC, foram elaboradas perguntas de acordo com suas respectivas referências empíricas sugeridas na revisão de Guedes *et al*⁽⁶⁾.

A segunda etapa do estudo foi composta pelo treinamento de enfermeiros diagnosticadores, inferência diagnóstica e análise dos dados. Para classificar o diagnóstico em estudo como presente ou ausente adotou-se recomendação de literatura especializada⁽¹¹⁾ a respeito do número de enfermeiros diagnosticadores indicado. Assim, foram selecionados quatro enfermeiros integrantes do grupo de pesquisa citado anteriormente, que apresentassem graduação como titulação mínima. Foram contatados por meio de carta-convite com informações sobre a finalidade da pesquisa, os métodos utilizados e a disponibilidade necessária para a participação do estudo.

Os enfermeiros diagnosticadores participaram de um treinamento, com duração de oito horas. Foram abordados estudos anteriores de validação do diagnóstico em estudo, bem como aspectos relacionados ao processo de raciocínio e inferência diagnóstica. Ademais, nesse momento, avaliou-se a capacidade de classificar corretamente a presença ou a ausência de EVS de cada enfermeiro, com base nas recomendações de Lopes, Silva e Araujo⁽¹¹⁾, considerando as medidas de eficiência, taxa de falso positivo, taxa de falso negativo e tendência.

Para avaliação dessas medidas, cada enfermeiro diagnosticador recebeu 12 casos clínicos fictícios, criados pelo pesquisador principal e validados por dois professores com experiência em pesquisa com diagnóstico de enfermagem, incluindo o diagnóstico em estudo, visando determinar a presença ou a

ausência do referido diagnóstico. Esse processo foi realizado três vezes, com os mesmos casos e em ordem aleatória, de acordo com o recomendado pelos autores.

Após análise dessas medidas, percebeu-se que os quatro enfermeiros obtiveram valores iguais de eficiência, falso positivo e falso negativo, sendo, respectivamente: 0,91; zero e 0,16. A tendência não pôde ser calculada, pois seu cálculo envolve uma razão entre as taxas de falso positivo e falso negativo, e, conforme exposto anteriormente, o valor da taxa de falso positivo foi zero. Tendo em vista que nenhum enfermeiro alcançou os níveis recomendados⁽¹¹⁾, realizou-se uma segunda rodada de avaliação de casos clínicos diferentes daqueles anteriormente utilizados. A segunda rodada ocorreu após realização de novo treinamento, no qual foram discutidas as incongruências das inferências, resultando no perfil de diagnosticador adequado.

O processo de inferência diagnóstica foi realizado após o término da coleta de dados. Os dados foram organizados numa planilha do Excel e encaminhados por meio de correio eletrônico a cada enfermeiro diagnosticador. A planilha era composta por 285 casos que correspondiam aos dados coletados e indicava quais IC estavam presentes ou ausentes em cada caso.

A ocorrência ou não do diagnóstico foi determinada pela concordância absoluta entre os diagnosticadores. Nos casos em que houve divergência acerca da presença ou ausência do diagnóstico, a análise foi realizada pela equipe de enfermeiros diagnosticadores. A concordância entre os avaliadores foi mensurada pelo coeficiente Kappa. Esta concordância variou de 0,790 a 0,979, indicando excelente concordância⁽¹²⁾.

Os dados foram organizados no *software Excel for Windows*[®] e a análise estatística foi feita nos programas SPSS versão 20.0 e R versão 2.12.1. São apresentadas as frequências absoluta e percentuais das variáveis qualitativas com seus respectivos intervalos de confiança. Variáveis quantitativas são descritas com base em medidas de tendência central e de dispersão. Para avaliar a associação entre a presença do diagnóstico “Estilo de vida sedentário” e os indicadores clínicos adicionados e os fatores relacionados foi aplicado o Teste de Qui-quadrado, considerando que todas as frequências esperadas foram maiores que cinco. Para verificação da magnitude do efeito entre os fatores relacionados e a presença do diagnóstico Estilo de vida sedentário, calculou-se a razão de prevalência e seu intervalo de confiança, com nível de significância de 5%.

Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da referida instituição e cumpriu as recomendações éticas para pesquisas com seres humanos. A coleta de dados e a inferência diagnóstica tiveram início mediante assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido pelos pacientes e pelos enfermeiros diagnosticadores, respectivamente.

RESULTADOS

A maioria dos indivíduos avaliados era do sexo feminino (n = 158). Quanto às variáveis escolaridade e idade, metade dos indivíduos (n = 143) tinha até o ensino fundamental completo e até 53 anos, respectivamente. Com relação à renda

familiar, 50% da amostra tinha uma renda de até R\$500, valor abaixo do salário mínimo no período do estudo (Tabela 1).

Verificou-se que 77,2% dos indivíduos com hipertensão avaliados apresentaram diabetes mellitus (DM) de forma associada. Além disso, 42,4% dos entrevistados afirmaram ter algum tipo de complicação decorrente de uma destas doenças. Metade dos indivíduos (n=143) apresentou conhecimento sobre o tempo de diagnóstico de hipertensão há, no mínimo, 10 anos, e de DM há 12 anos.

O diagnóstico Estilo de Vida Sedentário foi identificado em 55,8% da amostra. Os IC mais frequentes no estudo incluem “flexibilidade das articulações diminuídas” (93,7%), “excesso de peso” (85,3%), “não realiza atividade física no tempo de lazer” (83,9%), “verbaliza preferência por atividades com

pouco exercício físico” (83,9%). Quanto aos fatores relacionados, os mais frequentes foram: “falta de recursos para a prática de exercício físico” (87,4%), seguido por “conhecimento deficiente sobre os benefícios da atividade física” (78,6%), “falta de apoio social para a prática de exercício físico” (76,8%), “atitudes, crenças e hábitos que dificultam a prática de exercício físico” (62,5%).

Os indicadores clínicos “escolhe rotina diária sem exercício físico”, “não realiza atividades físicas no tempo de lazer”, “verbaliza preferência por atividades com pouco exercício físico”, “capacidade cardiorrespiratória diminuída” e “baixo desempenho nas atividades instrumentais da vida diária” apresentaram associação estatisticamente significativa com Estilo de vida sedentário (Tabela 2).

Tabela 1 - Distribuição de pessoas com hipertensão arterial atendidas em um centro especializado segundo dados sócio-demográficos

Variáveis	n	%	IC 95%		
1. Sexo					
Masculino	127	44,6	38,83 – 50,37		
Feminino	158	55,4	49,63 – 61,63		
	Valor de p*	Média	Desvio padrão	Mediana	IQ
2. Idade (anos)	< 0,001	51,34	7,09	53,00	9
3. Escolaridade (anos)	< 0,001	9,52	4,41	10,00	8
4. Renda per capita (Reais)	< 0,001	797,32	858,43	500,00	530,82

Notas: IC: Intervalo de confiança; IQ: Intervalo interquartilico; * Teste Kolmogorov-Smirnov.

Tabela 2 - Distribuição das pessoas com hipertensão arterial, segundo indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem “Estilo de Vida Sedentário”

Variáveis	Estilo de vida sedentário		Valor de p*
	Presente	Ausente	
Indicadores clínicos			
Escolhe rotina diária sem exercício físico			
Presente	159	20	< 0,001
Ausente	0	106	
Não realiza atividades físicas no tempo de lazer			
Presente	155	84	< 0,001
Ausente	4	42	
Verbaliza preferência por atividades com pouco exercício físico			
Presente	72	41	0,029
Ausente	87	85	
Baixo desempenho nas atividades instrumentais da vida diária			
Presente	155	84	< 0,001
Ausente	4	42	
Capacidade cardiorrespiratória diminuída			
Presente	84	39	< 0,001
Ausente	75	87	

Nota: *Teste Qui-quadrado.

Tabela 3 - Distribuição dos indivíduos com hipertensão arterial, segundo fatores relacionados para o diagnóstico de enfermagem “Estilo de Vida Sedentário”

Fatores relacionados	Estilo de Vida Sedentário		Valor de p RP IC
	Presente	Ausente	
Falta de motivação para a prática de exercício físico			p < 0,001*
Presente	138	19	RP = 5,358
Ausente	21	107	IC 95% = [3,608 – 7,955]
Falta de interesse em se exercitar			p < 0,001*
Presente	138	19	RP = 5,358
Ausente	21	107	IC 95% = [3,608 - 7,955]
Intolerância à atividade			p = 0,032*
Presente	102	65	RP = 1,264
Ausente	57	61	IC 95% = [1,012 – 1,579]
Relato de dor			p = 0,300*
Presente	98	70	RP = 1,119
Ausente	61	56	IC 95% = [0,902 – 1,388]
Conhecimento deficiente sobre os benefícios que a atividade física traz à saúde e/ou sobre as consequências do sedentarismo			p = 0,143*
Presente	130	94	RP = 1,221
Ausente	29	32	IC 95% = [0,917 – 1,625]
Atitudes, crenças e hábitos de saúde que dificultam a prática de exercício físico			p = 0,001*
Presente	113	65	RP = 1,477
Ausente	46	61	IC 95% = [1,156 – 1,887]
Falta de recursos (tempo, dinheiro, lugar, segurança, equipamento) para a prática de exercício físico			p = 0,143*
Presente	143	106	RP = 1,292
Ausente	16	20	IC 95% = [0,883 – 1,891]
Falta de treino para fazer o exercício físico			p = 0,002*
Presente	83	43	RP = 1,378
Ausente	76	83	IC 95% = [1,122 – 1,692]
Falta de apoio social para a prática de exercício físico			p = 0,005*
Presente	132	87	RP = 1,473
Ausente	27	39	IC 95% = [1,081 – 2,007]
Falta de confiança para a prática de exercício físico			p < 0,001*
Presente	62	20	RP = 1,582
Ausente	97	106	IC 95% = [1,310 – 1,912]
Mobilidade prejudicada			p = 0,249*
Presente	8	3	RP = 1,320
Ausente	151	123	IC 95% = [0,905 – 1,925]

Notas: RP: Razão de prevalência; IC: Intervalo de confiança; * Teste Qui-quadrado.

Quanto aos fatores relacionados, seis apresentaram associação estatística com o diagnóstico, a saber: “falta de motivação para a prática de exercício físico”, “falta de interesse em se exercitar”, “atitudes, crenças e hábitos de saúde que dificultam a prática do exercício físico”, “falta de treino para fazer o exercício físico”, “falta de apoio social para a prática do exercício físico” e “falta de confiança para a prática de exercício físico”. Os fatores relacionados “falta de motivação para a prática de exercício físico” e “falta de interesse em se exercitar” apresentaram as maiores razões de prevalência (RP = 5,358), o que indica que estes fatores podem

aumentar em cinco vezes a probabilidade da presença do diagnóstico (Tabela 3).

DISCUSSÃO

Na literatura ainda são escassos estudos que abordam o diagnóstico EVS. Neste estudo, a prevalência do diagnóstico de enfermagem EVS em indivíduos com hipertensão foi similar ao estudo de Guedes *et al.*⁽⁴⁾, que constataram que 60% dos pacientes apresentavam o mesmo diagnóstico. Calegari e colaboradores⁽⁵⁾ encontraram uma prevalência inferior deste

diagnóstico em indivíduos com hipertensão acompanhados em ambulatório multiprofissional (47,7%).

A prevalência de EVS neste estudo pode estar relacionada ao contexto da população avaliada. Sabe-se que o diagnóstico de HAS se torna mais comum com o avanço da idade, como observado no estudo de Nascente *et al.*⁽¹³⁾, que investigou 1.168 indivíduos. Nesse estudo, a presença de HAS esteve associada ao aumento da idade, sendo a prevalência de 14% na faixa etária de 30 aos 39 anos, elevando-se para 34,6% dos 40 aos 49 anos e chegando a 63,1% nos indivíduos de 60 anos ou mais ($p < 0,001$).

Além da idade, cabe destacar que a escolaridade e a renda podem influenciar na qualidade de vida dos indivíduos. Uma situação socioeconômica desfavorável pode, por exemplo, dificultar o acesso do indivíduo ao serviço de saúde, a realização de atividade física e o nível de formação. Sobre a escolaridade, a Sociedade Brasileira de Cardiologia⁽⁸⁾ refere que baixos níveis de instrução estão relacionados à presença de HAS. A escolaridade deficiente pode prejudicar o entendimento e a adesão ao tratamento, aumentando o número de casos de hipertensão e de complicações associadas.

Os indicadores clínicos identificados no presente estudo com frequência superior a 60% guardam relação entre si, tendo em vista que indivíduos com hipertensão que relatam preferência por atividades com pouco exercício físico, provavelmente apresentarão uma rotina diária sem tal prática e, assim, não utilizarão seu tempo de lazer com estas atividades⁽⁶⁾.

Andrade *et al.*⁽¹⁴⁾ corrobora estes achados, ao estudar a auto-avaliação de saúde, estresse e produtividade no trabalho entre bancários ativos e sedentários. A pesquisa demonstrou que o grupo ativo realizava exercício físico por prazer e por propiciar esquecimento dos problemas relacionados ao trabalho; enquanto isso, os sedentários não o praticavam rotineiramente, verbalizando preferência por atividades com pouco exercício físico. A maioria dos bancários sedentários buscava atividades hipocinéticas e relaxantes como ler, assistir televisão e tomar banho.

Malta *et al.*⁽¹⁵⁾ desenvolveram estudo que descrevia as características do padrão de atividade física realizada durante o período de lazer, na população adulta das capitais brasileiras e Distrito Federal. Aqueles autores identificaram que apenas 14,9% da amostra praticavam atividade física suficiente no lazer. O exercício físico pode ser considerado como uma forma de lazer e como uma maneira de restaurar a saúde dos efeitos nocivos que a rotina estressante do trabalho e/ou do estudo pode trazer. O fato de realizar exercício físico interfere positivamente na qualidade de vida do indivíduo, levando-o a um melhor desempenho.

Outro indicador clínico importante identificado na amostra estudada foi a “capacidade cardiorrespiratória diminuída”, que pode ser descrita como a capacidade máxima que pulmões, coração e sangue têm para fornecer e transportar oxigênio⁽¹⁶⁾. De acordo com a definição, percebe-se que o bom funcionamento do organismo está relacionado a uma capacidade cardiorrespiratória adequada, estando diretamente relacionado com o Estilo de vida sedentário, fato confirmado neste estudo pela associação estatística identificada.

A limitação da capacidade funcional pode ser considerada um fator que exerce influência no desempenho da atividade física⁽¹⁷⁾. Tal limitação está relacionada com o “baixo

desempenho nas atividades de vida diária”, indicador clínico que apresentou associação estatística com o estilo de vida sedentário no presente estudo.

Os fatores relacionados “falta de motivação para a prática de exercício físico” e “falta de interesse em se exercitar” aumentaram em cinco vezes a probabilidade da presença do diagnóstico. Guedes *et al.*⁽⁴⁾ encontraram resultados similares ao do presente estudo, identificando que o fator relacionado “falta de motivação para a prática de exercício físico” aumentava quatro vezes a probabilidade do indivíduo apresentar EVS, e que a “falta de interesse em se exercitar” ocasionava um aumento de até duas vezes nesta probabilidade.

Esses FR parecem ser componentes de um mesmo fator causal, visto que se o indivíduo não possui a motivação adequada, é provável que não apresente interesse em se exercitar. Estudo realizado com 1069 adolescentes, com o objetivo de analisar a prevalência de barreiras e sua associação com a prática de atividades físicas, observou que 38% dessa população relataram não ter motivação para tal atividade⁽¹⁸⁾. Estes dados corroboram os achados do presente estudo, apesar de ter sido desenvolvido com uma população diferente.

Um aumento de 58% na prevalência do EVS entre indivíduos que demonstravam falta de confiança para a prática de exercício físico, pode ser justificado pela insegurança em se exercitar, conduzindo o indivíduo a hábitos sedentários. Sobre isto, o estudo de Daley *et al.*⁽¹⁹⁾ identificou uma permuta na prevalência do grupo de mulheres com hipertensão que gostariam de se exercitar para o grupo de mulheres que realizam exercícios físicos, após intervenções educativas que estimulavam sua participação e engajamento após seções aconselhamento.

Quanto aos FR “atitudes, crenças e hábitos que dificultam a prática de exercício físico” e “falta de apoio social para a prática de exercício físico”, observou-se que a prevalência de EVS aumentou em 47% na presença destes fatores. Sobre isto, autores apontam que o apoio de familiares e amigos pode motivar a prática de exercícios físicos, como demonstrado em estudo com pessoas com hipertensão desenvolvido no Paraná. Este estudo, ao avaliar o suporte social, identificou que a família é a principal fonte de apoio, incluindo ajuda material, emocional e cognitiva⁽²⁰⁾.

Outros FR que contribuíram para a prevalência de EVS foram: “falta de treino para fazer exercício físico” (37%) e “intolerância à atividade” (26%). Sabe-se que a prática regular de exercícios pode melhorar a condição de saúde do indivíduo, por auxiliar na prevenção e no controle de doenças crônicas, como a hipertensão⁽²¹⁾. A literatura aponta que a “Intolerância à atividade” está associada ao desconforto, à dispnéia e à frequência cardíaca inadequada durante a prática de exercícios físicos, o que pode dificultar a realização de tal atividade⁽⁶⁾.

Diante desses achados, percebe-se que a maioria dos IC e FR propostos na revisão de “Estilo de vida sedentário” de Guedes *et al.*⁽⁶⁾ mostrou associação estatística significativa com este diagnóstico em indivíduos com hipertensão arterial. Estes dados podem contribuir para a prática do enfermeiro, principalmente voltada à atenção primária, na prevenção de complicações, na promoção da saúde e no auxílio ao tratamento da hipertensão arterial. Ao conhecer os motivos que levam o indivíduo a manter um estilo de vida sedentário, o enfermeiro poderá definir

prioridades e estabelecer um plano terapêutico direcionado, com intervenções eficazes para as mudanças de comportamento necessárias à adoção de um estilo de vida saudável.

CONCLUSÃO

O estudo forneceu indicadores clínicos com maior associação com o diagnóstico de enfermagem “Estilo de vida sedentário” e apontou os possíveis fatores relacionados mais importantes para este diagnóstico. Espera-se que estas informações possam auxiliar o enfermeiro, na prática clínica, a direcionar sua atenção às variáveis com associação ao diagnóstico em questão para uma inferência diagnóstica eficiente. Além disso,

o conhecimento de IC e FR com maior associação à presença de EVS pode auxiliar os docentes a apresentar elementos importantes para a inferência desse diagnóstico aos acadêmicos.

Apesar de este estudo sugerir possíveis causas para a manifestação de EVS nos indivíduos avaliados, recomenda-se a realização de estudo longitudinal a fim de verificar as relações de causalidade para a presença do diagnóstico.

O presente estudo foi desenvolvido com uma amostra específica de pessoas adultas, portadoras de hipertensão arterial e em acompanhamento ambulatorial. Desse modo, os resultados encontrados não devem ser considerados para a população em geral, havendo necessidade de novas pesquisas com o mesmo diagnóstico de enfermagem em diferentes perfis de população.

REFERÊNCIAS

- Guimaraes Filho GC, Sousa ALL, Jardim TSV, Souza WSB, Jardim PCBV. Progression of Blood Pressure and Cardiovascular Outcomes in Hypertensive Patients in a Reference Center. *Arq. Bras. Cardiol* [Internet]. 2015[cited 2015 Apr 02];104(4):292-298. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v104n4/0066-782X-abc-20150001.pdf>
- Guirao-Goris JA, Pina MP, Campo PM. Validación del contenido diagnóstico de la etiqueta diagnóstica enfermera “sedentarismo”. *Enfermería Clínic* [Internet]. 2001[cited 2015 Apr 02];11(4):135-40. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-validacion-del-contenido-diagnostico-etiqueta-13018133>
- Herdman TH. *NANDA International Nursing diagnoses: definitions and classification, 2012-2014*. Oxford: Wiley-Blackwell, 2013.
- 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* [Internet]. 2010[cited 2014 Jan 15];21(2):50-56. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1744-618X.2010.01146.x/epdf>
- Calegari DP, Goldmeier S, Moraes MA, Souza EM. [Nursing diagnosis in hypertensive patients followed in multidisciplinary ambulatory]. *Rev Enferm UFSM* [Internet]. 2012 Sep-Dec[cited 2014 Jan 02];2(3):610-8. Available from: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/5696/pdf> Portuguese.
- Guedes NG, Lopes MVO, Cavalcante TF, Moreira RF, Araújo TL. Review of nursing diagnosis sedentary lifestyle in individuals with hypertension: conceptual analysis. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2013[cited 2014 Jan 10];47(3):742-9. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n3/en_0080-6234-reeusp-47-3-00742.pdf
- Santos RL, Virtuoso Junior JS. Confiabilidade da versão brasileira da escala de atividades instrumentais da vida diária. *Rev Bras Promoç Saúde* [Internet]. 2008[cited 2015 Apr 02];21(4):290-6. Available from: <http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/575>
- Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2010[cited 2015 Apr 02];95(1 supl.1):1-51. Available from: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf
- Martins MO, Pietroski EL. Mensuração da percepção de barreiras para a prática de atividades físicas: uma proposta de instrumento. *Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum* [Internet]. 2000[cited 2015 Apr 02];2(1):58-65. Available from: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/rbcdh/article/view/3958/16881>
- InteliHealth. Interactive Tolls. Exercise Quiz [Internet]. 2009[cited 2013 Mar 13]. Available from: <http://www.intelihealth.com/interactive-quiz/exercise-quiz>
- Lopes MVO, Silva VM, Araújo TL. Methods for Establishing the Accuracy of Clinical Indicators in Predicting Nursing Diagnoses. *Int J Nurs Know*. 2012[cited 2013 Apr 10];23:134-9. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.2047-3095.2012.01213.x/epdf>
- Kastenbaum B. *Epidemiology and Biostatistics: An Introduction to Clinical Research*. Seattle: Springer, 2009.
- Nascente FMN, Jardim PCB, Peixoto MRG, Monego ET, Barroso WKS, Moreira HG et al. Hipertensão arterial e sua associação com índices antropométricos em adultos de uma cidade de pequeno porte do interior do Brasil. *Rev Assoc Med Bras* [Internet]. 2009[cited 2015 Apr 02];55(6):716-22. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v55n6/17.pdf>
- 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. *Journal of Sport and Exercise Psychology*. 2005;27:31-31.
- Malta DC, Moura EC, Castro AM, Cruz DKA, Neto OLM, Monteiro CA. [Physical activities pattern among Brazilian adults: results of phone survey, 2006]. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2009 Jan[cited 2015 Apr 02];18(1):7-16. Available from: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v18n1/v18n1a02.pdf>
- O'Donovan G, Blazeovich A, Boreham C, Cooper A, Crank H, Ekelund U, et al. The ABC of physical activity for health: a consensus statement from the British Association of Sport and Exercise Sciences. *Journal of Sports Sciences* [Internet]. 2010 Apr[cited 2014 Apr

- 24];28(6):573-91. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/02640411003671212>
17. Reis LA, Torres GV. [Influence of chronic pain in the functional capacity of institutionalized elderly]. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2011 Mar-Apr[cited 2014 Apr 02];64(2):274-80. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n2/a09v64n2.pdf> Portuguese.
 18. Santos MS, Hino AAF, Reis RS, Rodriguez-Anez CR. [Prevalence of barriers for physical activity in adolescents]. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2010[cited 2015 Apr 02];13(1):94-104. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v13n1/09.pdf> Portuguese.
 19. Daley LK, Fish AF, Frid DJ, Mitchell GL. Stage-specific education / counseling intervention in women with elevated blood pressure. *Progress in Cardiovascular Nursing* [Internet]. 2009[cited 2015 Apr 02];24(2):45-52. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1751-7117.2009.00031.x/epdf>
 20. Alexandre AMC, Maciel KF, Fernandes APP, Peres AM, Wolff LDG, Mantovani MF, et al. [Social support networks in Brazil: groups and research lines]. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2011[cited 2015 Apr 02];20(2):241-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n2/a04v20n2.pdf>
 21. Câmara LC, Santarém JM, Wolosker N, Dias RMR. Therapeutic resistance exercises for individuals with peripheral arterial obstructive disease: evidence for prescription. *J Vasc Bras* [Internet]. 2007 Sep[cited 2014 Apr 16];6(3):246-56. Available from: http://www.scielo.br/pdf/jvb/v6n3/en_v6n3a08.pdf
-