

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM ESTILO DE VIDA SEDENTÁRIO: VALIDAÇÃO POR ESPECIALISTAS¹

Rafaella Pessoa Moreira², Nirla Gomes Guedes³, Marcos Venícios de Oliveira Lopes⁴, Tahissa Frota Cavalcante⁵, Thelma Leite de Araújo⁶

¹ Este trabalho é parte da tese - Revisão do diagnóstico de enfermagem Estilo de Vida Sedentário: análise de conceito e validação por especialistas, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC), em 2011, com apoio da CAPES, por meio de bolsa de estudos do Programa REUNI.

² Doutora em Enfermagem. Professora do Curso de Enfermagem da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB). Redenção, Ceará, Brasil. E-mail: rafaellapessoa@hotmail.com

³ Doutora em Enfermagem. Professora do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: nirlagomes@hotmail.com

⁴ Doutor em Enfermagem. Professor Associado do Curso de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFC. Pesquisador do CNPq. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: marcos@ufc.br

⁵ Doutora em Enfermagem. Professora do Curso de Enfermagem da UNILAB. Redenção, Ceará, Brasil. E-mail: tahissa@ig.com.br

⁶ Doutora em Enfermagem. Professora Titular do Curso de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFC. Pesquisadora do CNPq. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: thelmaaraujo2003@yahoo.com.br

RESUMO: Este estudo teve por finalidade 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. Com a participação de 48 enfermeiros especialistas em terminologias de enfermagem e/ou sedentarismo e/ou hipertensão arterial, a validação foi realizada no período de fevereiro a julho de 2011. A partir desta pesquisa, foram recomendadas alterações na definição do Estilo de Vida Sedentário, no título de cinco indicadores, além do acréscimo na lista da Taxonomia II da NANDA-Internacional de seis fatores relacionados e três características definidoras. Com isso, o processo de validação por especialistas possibilitará o aprimoramento e a identificação mais confiável e precisa dos indicadores clínicos, proporcionando uma maior acurácia diagnóstica.

DESCRIPTORES: Enfermagem. Diagnóstico de enfermagem. Estudos de validação. Estilo de vida sedentário. Hipertensão.

NURSING DIAGNOSIS OF SEDENTARY LIFESTYLE: EXPERT VALIDATION¹

ABSTRACT: This study's aim was to verify with experts the appropriateness of the components (definition, defining characteristics and related factors) of the nursing diagnosis sedentary lifestyle for individuals with hypertension. The validation process took place from February to July 2011, by 48 nurse specialists in nursing terminologies and/or sedentary lifestyle and/or hypertension. Based on this study, changes in the definition of Sedentary Lifestyle and in the titles of five indicators are recommended, in addition to the addition of another six related factors and three defining characteristics to the list of the NANDA-International Taxonomy II. The process of expert validation enables improvement and more reliable and accurate identification of clinical indicators with greater diagnostic accuracy.

DESCRIPTORS: Nursing. Nursing diagnosis. Validation studies. Sedentary Lifestyle. Hypertension.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA DEL ESTILO DE VIDA SEDENTARIO: VALIDACIÓN POR EXPERTOS

RESUMEN: Este estudio tiene como objetivo comprobar con especialistas la adecuación de los componentes (definición, características definitorias y factores relacionados) del diagnóstico de enfermería del estilo de vida sedentario en personas con hipertensión. La validación ocurrió de febrero a julio de 2011. Participaron en el proceso de validación 48 enfermeras especialistas en terminologías de enfermería y/o estilo de vida sedentario y/o hipertensión. Se recomienda cambios en la definición de estilo de vida sedentario y en el título de cinco indicadores, así como la incorporación a la lista de la NANDA-Internacional de seis factores relacionados y cinco características definitorias. El proceso de validación por expertos permitirá la mejora y la identificación más confiable y precisa de los indicadores clínicos, y por lo tanto más precisión diagnóstica.

DESCRIPTORES: Enfermería. Diagnóstico de enfermería. Estudios de validación. Estilo de vida sedentario. Hipertensión.

INTRODUÇÃO

A validação por especialistas compõe a base para o aperfeiçoamento dos diagnósticos e tem por finalidade revisar, refinar e averiguar a acurácia da nomenclatura que descreve um fenômeno.¹ O julgamento feito por estudiosos na área torna a avaliação do diagnóstico de enfermagem mais confiável, precisa, válida e decisiva para uma coerente tomada de decisão.

Entretanto, verifica-se que estudos com o diagnóstico de enfermagem Estilo de Vida Sedentário (EVS) ainda são restritos.² Por outro lado, sabe-se que o sedentarismo é uma preocupação mundial frente ao papel que assume na epidemiologia das doenças crônicas, como a hipertensão arterial. Assim, em pesquisa realizada em 2010, em 26 capitais brasileiras e Distrito Federal, com 54.339 adultos, constatou-se que a frequência de atividade física praticada no tempo livre foi modesta, variando de 11,3% a 22,4%. Já em Fortaleza, este foi de 15,6%.³

Dada a abrangência e a complexidade do problema do estilo de vida sedentário, em especial no contexto da hipertensão arterial, a compreensão dos fatores determinantes favorecerá uma visão abrangente desde as causas até as consequências desse hábito de vida. Desta forma, a validação de diagnósticos de enfermagem contribui diretamente nesse processo.

Por conseguinte, o diagnóstico de enfermagem EVS foi incluído na NANDA-Internacional (NANDA-I) em 2004, sendo definido como um hábito de vida que se caracteriza por um baixo nível de atividade física. Este diagnóstico apresenta as seguintes características definidoras: a falta de condicionamento físico; escolha de uma rotina diária sem exercício físico; e verbaliza preferência por atividade com pouco exercício físico, além de possuir fatores relacionados tais como: 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) e falta de treino para fazer o exercício.¹

Logo, compreende-se que a validação por especialista é uma etapa subsequente à análise de conceito e à definição da lista dos componentes referentes ao diagnóstico⁴ e visa estabelecer quais componentes propostos na análise de conceito representam o diagnóstico em questão e quais deverão ser excluídos.

Em estudo anterior, o processo de análise conceitual do diagnóstico EVS em pessoas com

hipertensão arterial conduziu aos seguintes resultados: modificação da definição do EVS e de alguns indicadores clínicos, acréscimo de sete fatores relacionados e quatro características definidoras, além dos indicadores já dispostos na taxonomia II da NANDA-I.⁵

Como resultado, surgiu o seguinte questionamento: esses componentes (definição, características definidoras e dos fatores relacionados) identificados na análise conceitual são adequados ao EVS em indivíduos com hipertensão arterial?

Logo, este estudo teve por finalidade verificar com especialistas a adequação dos componentes (definição, características definidoras e dos fatores relacionados) do diagnóstico de enfermagem Estilo de Vida Sedentário em pessoas com hipertensão arterial.

Nesse sentido, acredita-se que o processo de validação por especialistas possibilitará a identificação mais confiável e precisa dos indicadores clínicos e a implementação de intervenções de enfermagem mais seguras e eficazes. Ademais, o refinamento e a validação dos elementos deste processo, no contexto do cuidado de indivíduos com hipertensão arterial, têm o propósito de favorecer a generalização de sua linguagem, alcançar capacidade de predição e produzir evidências suficientes para verificar sua representatividade.

MÉTODO

A validação por especialista tem o intuito de verificar a adequação dos componentes ao conceito do diagnóstico e sua representatividade, segundo a opinião de especialistas.⁴ Para tanto, foram colhidas informações 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. O sistema de critérios de pontuação para a seleção dos especialistas, adaptado à área e natureza do estudo, incluiu sete itens, perfazendo um total de 14 pontos.⁵ Para a amostra foram selecionados os profissionais que apresentassem os seguintes requisitos: a) ser enfermeiro e ter uma titulação mínima de mestre em Programa de Pós-Graduação da área da Saúde; e b) obter, a partir dos critérios estabelecidos, a pontuação mínima de cinco pontos.⁶ Assim sendo, o estudo ocorreu de fevereiro a julho de 2011.

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: diagnóstico de enfermagem, hipertensão e sedentarismo; b) pessoas do universo relacional dos pesquisadores; e c) por amostragem tipo “bola de neve”, mediante seleção feita por indicação de especialistas, anteriormente selecionados.

O cálculo amostral 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%. O tamanho amostral foi definido por $n = Z_{\alpha}^2 \cdot P \cdot (1-P) / d^2$, no qual Z_{α} refere-se ao nível de confiança (adotado 95%), P é a proporção de especialistas que deveriam considerar cada item avaliado como pertinente para o diagnóstico e d é a diferença de proporção considerada aceitável. Assim, constatou-se a necessidade de 28 especialistas.

Inicialmente, foi selecionado um número maior do que o determinado pelo cálculo amostral, pois havia a possibilidade de não efetivar o contato, da recusa em participar e de possíveis reduções no retorno do instrumento preenchido. Dessa forma, foi enviada por e-mail, uma carta convite aos 146 especialistas que atenderam aos critérios de inclusão. Desses, 16 (10,9%) não aceitaram e 29 (19,9%) não responderam, mesmo após três tentativas, totalizando 101 (69,2%) especialistas.

Aos que aceitaram participar foram enviados o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), explicações e informações gerais e dois questionários semiestruturados: um relativo ao perfil dos especialistas, e o outro, que foi desenvolvido a partir dos dados obtidos na análise de conceito desenvolvido⁵ e avaliado por três juízes com experiência em terminologias de enfermagem, quanto à facilidade de leitura, à apresentação e à clareza.

Vale ressaltar que dos 101 especialistas, somente 48 concluíram a participação no estudo. Para a verificação da adequação dos componentes do diagnóstico EVS (definição, características definidoras e fatores relacionados) em indivíduos com hipertensão arterial, foi elaborada uma escala de Likert, com a seguinte classificação: 1 - Não é indicativo; 2 - Muito pouco indicativo; 3 - De algum modo indicativo; 4 - Consideravelmente indicativo; e 5 - MUITÍSSIMO indicativo.⁷

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*).

Assim, o Índice de Validade do Conteúdo Diagnóstico (IVCD) foi calculado para avaliar a adequação ou pertinência dos componentes. Considerou-se que estes, com IVCD maior ou igual a 0,80 como principais, aqueles com médias ponderadas entre 0,80 e 0,50 secundários e os com média menor ou igual a 0,50 irrelevantes.⁷ Esse índice, por utilizar médias ponderadas, gera dados superestimados. Por isso, optou-se em utilizar um valor de ponto de corte, para aqueles considerados irrelevantes, mais conservador (inferior a 0,70), em detrimento dos propostos por Fehring.⁷

Em seguida foi verificada a adequação do ajustamento das proporções de especialistas que concordaram com a adequação ou pertinência de cada item. Os itens foram agrupados de forma dicotômica. As frequências referentes aos itens 1, 2 e 3 classificavam o item como inadequado ou não pertinente; e 4 e 5, como adequado ou pertinente. Para tanto, empregou-se o teste binomial para examinar se a proporção de especialistas que indicaram como adequado cada critério não era 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 que consideravam o item adequado era estatisticamente não inferior a 80%.

Nesse sentido, a adequação dos títulos das características definidoras e dos fatores relacionados foi analisada pelo total de especialistas e também por cada um destes, divididos de acordo com a pontuação obtida a partir dos critérios estabelecidos.⁷ O ponto de corte estabelecido foi de 10 pontos, por ter sido a pontuação média obtida. Com isso, um grupo foi composto por 26 especialistas que apresentaram cinco a 10 pontos e o outro por 22 com 11 a 14 pontos. O intuito dessa divisão foi averiguar se o julgamento diferiria, se considerada a pontuação. Dessa maneira, diferenças estatísticas encontradas nesta avaliação, mesmo com estratos inferiores ao tamanho mínimo da amostra, denotam particularidades provavelmente relacionadas ao nível de expertise dos avaliadores.

Para análise dos títulos das características definidoras e dos fatores relacionados considerou-se, inicialmente, como adequado, aqueles 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, conceituou-se como adequados aqueles que apresentaram IVCD igual ou superior a 0,7 em, pelo menos, um dos grupos.

Caso não apresentassem tais proporções, a característica definidora e/ou o fator relacionado foram excluídos da lista final proposta para o diagnóstico de enfermagem EVS.

Vale ressaltar que o estudo seguiu as recomendações da Resolução n. 196, de 10/10/96 do Conselho Nacional de Saúde, e foi autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (COMPEPE), conforme protocolo n. 306/2010.

RESULTADOS

Dos 48 especialistas que participaram do estudo, constatou-se que a maioria era do sexo feminino (93,8%), procedia da região Sudeste ou Nordeste (47,9% cada), tinha titulação máxima de doutor (58,3%), participava de grupos de pesquisa sobre terminologias de enfermagem (70,8%), desenvolvia trabalhos acadêmicos relacionados às terminologias de enfermagem (77,1%) e 66,7% à hipertensão arterial, tinha experiência na prática clínica (64,6%) e no ensino (91,7%) quanto à utilização de diagnósticos de enfermagem e prestava assistência de enfermagem a pacientes com hipertensão arterial e/ou com o diagnóstico de enfermagem EVS (93,8%). As variáveis idade e tempo de formação profissional apresentaram distribuição assimétrica (valor $p < 0,05$), indicando que metade tinha até trinta anos e tempo de formação de sete anos, variando de três a trinta e oito anos, perfazendo uma média de idade de 33,97 anos ($\pm 10,38$).

Com relação aos escores adaptados do modelo de Fehring (1994), obteve-se, também, uma distribuição não normal ($p = 0,031$), sinalizando que metade dos especialistas totalizou 11 pontos, com média de 10,23 ($\pm 2,32$), com o mínimo de cinco e o máximo de 14. Ao considerar a abordagem teórica realizada na análise de conceito⁵ e as modificações propostas por alguns, sugere-se a substituição da

definição da NANDA-I pela proposta neste estudo: “refere-se a um hábito de vida em que o indivíduo não realiza exercício físico na frequência, na duração e na intensidade recomendadas”. Essa definição foi preferida por 81,2% dos especialistas. Vale destacar que as sugestões apontadas para a definição foram de caráter estrutural/semântico, sem alterações de conteúdo.

De acordo com os dados apresentados nas tabelas 1 e 2, foi sugerido, após análise dos especialistas, o acréscimo na lista da Taxonomia II da NANDA-I (2010) de seis fatores relacionados: “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”) e três características definidoras: “Excesso de peso”; “Baixo desempenho nas atividades instrumentais de vida diária”; e “Não realiza atividades físicas no tempo de lazer”), que apresentaram proporções de concordância não inferiores a 80% ($p > 0,05$) e/ou IVCD maiores que 0,70, em pelo menos um dos grupos.

Por outro lado, foram excluídos o fator relacionado “Reações emocionais” e a característica definidora “Relato de distúrbios de saúde”. Ressalta-se que todos os indicadores contidos na NANDA-I foram mantidos, conforme julgamento dos especialistas, com ressalva da mudança de nomenclatura dos seguintes indicadores: “Conhecimento deficiente sobre os benefícios que a atividade física traz à saúde e/ou sobre as consequências do sedentarismo”; “Falta de recursos (tempo, dinheiro, lugar, segurança, equipamento)”; Falta de motivação para a prática de exercícios físicos”; Falta de interesse em se exercitar” e “Demonstra falta de condicionamento físico”, que foi desmembrado em “Resistência cardiorrespiratória diminuída”, “Força muscular diminuída” e “Flexibilidade das articulações diminuída”.

Tabela 1 - Avaliação da adequação dos fatores relacionados do diagnóstico de enfermagem Estilo de Vida Sedentário em indivíduos com hipertensão arterial, segundo grupos de especialistas. Fortaleza-CE, 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 exercício físico.	0,88	81,2	0,642	0,88	76,9	0,422	0,88	86,3	0,845

Fatores relacionados	Todos os especialistas			Até 10 pontos			Acima de 10 pontos		
	IVCD*	% †	p ‡	IVCD*	% †	p ‡	IVCD*	% †	p ‡
Falta de motivação para a prática de exercícios físicos	0,88	93,6	0,997	0,93	88,4	0,916	0,93	100,0	1,000
Falta de interesse em se exercitar	0,87	91,4	0,990	0,92	84,6	0,793	0,92	100,0	1,000
Falta de apoio social para a prática de exercícios físicos	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
Falta de confiança para prática de exercícios físicos	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
Relato de 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 2 - Avaliação da adequação das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Estilo de Vida Sedentário em indivíduos com hipertensão arterial, segundo grupos de especialistas. Fortaleza-CE, 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.

DISCUSSÃO

A validação por especialistas ou de conteúdo, acerca da adequação dos indicadores clínicos, torna a inferência do diagnóstico de enfermagem Estilo de Vida Sedentário mais confiável, precisa, válida e decisiva para uma coerente tomada de decisão do enfermeiro. Contudo, é consenso a dificuldade de identificar e recrutar enfermeiras especialistas no diagnóstico que se pretende validar, devido ao número reduzido de enfermeiros *experts* em uma determinada área de interesse do diagnóstico a ser validado e ao reduzido número destes profissionais que utilizam o diagnóstico de enfermagem na prática clínica.⁸ Ademais, o número crescente de pesquisas dessa natureza favorece à saturação das possibilidades de colaboração e participação.

Percebe-se que a caracterização dos especialistas encontrada neste estudo é semelhante a outros de validação de terminologias de enfermagem.⁹⁻¹¹ Acredita-se que o considerável número de doutores na área, a experiência na docência, na assistência e na pesquisa, a utilização de diagnósticos de enfermagem nesses cenários e a presença de especialistas oriundos de 16 Estados do Brasil, contribuíram para aumentar a fidedignidade dos dados obtidos no processo de validação por especialistas do diagnóstico de enfermagem Estilo de Vida Sedentário. Ademais, sabe-se que quanto maior a pontuação obtida a partir dos critérios de Fehring, maior a força de evidência da avaliação.

Ao considerar as repercussões do sedentarismo no estado de saúde dos indivíduos com

hipertensão arterial, torna-se necessária a compreensão dos fatores que condicionam ao estilo de vida sedentário e, assim, constata-se a necessidade de promover ações em prol da prática regular de atividade física, ou até influenciar estratégias governamentais, com o escopo de tornar mais expressiva a adesão à prática.¹²

Verifica-se que na prática profissional, vários são os determinantes que atuam na problemática do estilo de vida sedentário. Nesse sentido, é necessário conhecer as atitudes, crenças e hábitos de saúde do indivíduo, uma vez que explicam o porquê dos comportamentos sedentários em detrimento da prática de exercício físico.¹³

No que diz respeito ao fator relacionado “Falta de apoio social”, pesquisadores afirmam que indivíduos que percebem o suporte social, como insatisfatório ou indisponível, poderão se sentir incapazes para mudar e manter comportamentos favoráveis à saúde cardiovascular, tais como: praticar exercícios físicos, ter uma dieta adequada e deixar de fumar.¹³⁻¹⁴

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. 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.¹⁵ Contudo, mudanças de comportamento exigem antes de tudo, compreensão da situação externa por parte dos profissionais e depois, um movimento interno dos indivíduos em direção às modificações de hábitos.¹⁶

Sabe-se que a mobilidade prejudicada pode gerar incapacidades ou dificuldades para os que sofrem de hipertensão arterial, dificultando a deambulação, a marcha e a execução de exercícios físicos. Nos que apresentam a mobilidade prejudicada, a probabilidade para o desenvolvimento do EVS foi estatisticamente maior ($p=0,028$ e razão de prevalência de 1,241). Por outro lado, os 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).¹⁷

Já o fator relacionado “Intolerância à atividade” representa a compilação de alguns sinais e sintomas que interferem na prática de atividade física, tais como: dispneia, desconforto, fraqueza e/ou resposta anormal da frequência cardíaca aos esforços^{5e} obteve um elevado IVCD (0,91). Entretanto, em estudo anterior foram encontrados baixos índices de IVCD (0,41) para característica semelhante, considerando-a desnecessária ao EVS.¹⁸

Outro fator que também acarreta prejuízos para a prática de exercícios físicos é a dor, seja ela aguda ou crônica. 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 ($p=0,045$).¹⁹ Em outro estudo, a dor crônica esteve presente em 59,7% da população, impedindo os inclusos nesse percentual de realizar atividades físicas.²⁰

Pesquisas de validação de conteúdo da proposta do diagnóstico de enfermagem “Sedentarismo”^{18,21} definiram como características definidoras: “Realização exclusiva de atividades operacionais da vida diária” e “Apenas realiza atividades de vida diária, tais como: ir ao shopping, tomar banho, fazer transações bancárias, cozinhar, exercer atividades domiciliares e desenvolver atividades ocupacionais”, encontrando um IVCD de 0,75 e 0,63, respectivamente. Para a característica “Baixo desempenho nas atividades de vida diária” o índice encontrado foi semelhante (0,73). Nesse sentido, acredita-se que o estilo de vida sedentário influencia, negativamente, na autonomia e independência no desempenho nas atividades instrumentais da vida diária e do condicionamento físico.²²

Desta forma, o crescente sedentarismo da população é um dos fatores contribuintes para a atual pandemia da obesidade. O aumento de peso, de índice de massa corporal e/ou de tecido adiposo foi considerado como característica definidora crítica ao EVS, com IVCD de 0,84.¹⁸ Ao se avaliar a relação entre obesidade e os indicadores de risco cardiovasculares, evidenciaram relações entre o excesso de peso e o sedentarismo ($p=0,027$). Quanto à obesidade abdominal presente em 35,1%, 70% desses eram também sedentários.²³

Em pesquisa com 972 adultos, 69,8% não realizavam quaisquer atividade física no tempo de lazer. Alegando que a ausência de espaços públicos iluminados, de fácil acesso, com estrutura de lazer e violência urbana foram fatores que dificultavam a prática de atividades físicas.²⁴

Já em estudo anterior sobre o EVS, foram encontrados baixos índices de concordância entre

os especialistas, quanto a presença ou a ausência da característica definidora “demonstra falta de condicionamento físico” 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%.²⁵ 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.²

O desmembramento dessa característica em “capacidade cardiorrespiratória diminuída”, “força muscular diminuída” e “flexibilidade das articulações diminuída” foi preferida por 95,8% dos especialistas em detrimento de “demonstra falta de condicionamento físico”, além de apresentarem maiores índices de validade de conteúdo diagnóstico quando comparado a outros estudos.²¹

Nesse contexto, a prática regular e sistemática de exercícios físicos é um fator benéfico, amenizando as situações de diminuição da força muscular, da resistência cardiorrespiratória e da flexibilidade articular.²⁶ 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.

Por fim, como resultado final da validação por especialistas do diagnóstico de enfermagem EVS, 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”; e “relato de dor”. Pertinente às características definidoras, acrescidas às opiniões dos especialistas, recomenda-se como características definidoras: “capacidade cardiorrespiratória diminuída”, “força muscular diminuída”, “flexibilidade das articulações diminuída”, “escolhe rotina sem exercício físico”, “verbaliza preferência por atividades com pouco exercício físico”, “excesso de peso”, “baixo desempenho nas atividades instrumentais de vida diária” e “não realiza atividades físicas no tempo de lazer”.

CONCLUSÃO

Após a análise da definição e dos títulos dos fatores relacionados e das características definidoras 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. Assim, sugere-se: reformulação da definição do diagnóstico de enfermagem EVS; acréscimo na lista da Taxonomia II da NANDA-I de seis fatores relacionados e três características definidoras; modificação da nomenclatura de cinco indicadores clínicos.

Ressalta-se a dificuldade em encontrar especialistas no diagnóstico em estudo, a baixa devolução do instrumento de coleta e a morosidade para respondê-lo. Assim, merece atenção a possibilidade de avaliações menos acuradas, mesmo que eles atinjam a pontuação recomendada por Fehring.

Acredita-se que o processo de validação por especialistas do diagnóstico de enfermagem EVS, possibilitou o aprimoramento e a identificação mais confiável e precisa dos indicadores clínicos, e dessa maneira uma melhor acurácia diagnóstica.

Recomenda-se outras abordagens sobre o EVS, na perspectiva de novas evidências científicas, de estimular reflexões e de despertar interesse entre os enfermeiros, de forma a direcionar com maior clareza, o cuidado dos pacientes. Para tanto, faz-se necessário a realização da validação clínica para efetivação dos resultados obtidos nesse estudo.

REFERÊNCIAS

1. North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011. Porto Alegre (RS): Artmed; 2010.
2. Guedes NG, Lopes MVO, Araujo TL, Moreira RP, Martins LCG. Predictive factors of the nursing diagnosis sedentary lifestyle in people with high blood pressure. *Public Health Nurs.* 2011 Mar-Abr; 28(2):193-200.
3. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Vigitel Brasil 2010: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.* Brasília (DF): MS; 2011.
4. Hoskins LM. Clinical validation, methodologies for nursing diagnoses research. In: Carroll-Johnson RM, editors. *Classification of nursing diagnoses: proceedings of the eighth conference of North American Nursing Diagnosis Association.* Philadelphia (US): JB Lippincott; 1989. p.126-31.

5. Guedes NG, Lopes MVO, Cavalcante TF, Moreira, RF, Araujo TL. Revisão do diagnóstico de enfermagem estilo de vida sedentário em pessoas com hipertensão arterial: análise conceitual. *Rev Esc Enferm. USP* [periódico na Internet]. 2013 Jun [citado 2013 Out 02]; 47(3):742-49. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000300742&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000300031>
6. Fehring RJ. The Fehring model. In: Carroll-Johnson RM, Paquette M, editors. *Classification of nursing diagnosis: proceedings of the tenth conference*. Philadelphia (US): JB Lippincott; 1994. p. 55-62.
7. Fehring RJ. Methods to validate nursing diagnoses. *Heart & Lung*. 1987 Nov; 16(6):625-9.
8. Chaves ECL, Carvalho EC, Rossi, LA. Validação de diagnósticos de enfermagem: tipos, modelos e componentes validados. *Rev Eletr Enferm*. 2008 Abr-Jun; 10(2):513-5.
9. Melo AS, Carvalho EC, Haas VJ. Características definidoras validadas por especialistas e as manifestadas por pacientes: estudo dos diagnósticos disfunção sexual e padrões de sexualidade ineficazes. *Rev Latino-Am Enferm*. 2008 Nov-Dez; 16(6):951-8.
10. Chaves ECL, Carvalho EC, Hass VJ. Validação do diagnóstico de enfermagem Angústia espiritual: análise por especialistas. *Acta Paul. Enferm.* [periódico na internet]. 2010 Abr [acesso 2013 Out 02]; 23(2):264-70. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000200018&lng=en
11. Oliveira CJ. Revisão do diagnóstico de enfermagem Falta de adesão em pessoas com hipertensão arterial [tese]. Fortaleza (CE): Universidade Federal do Ceará. Programa de Pós-graduação em Enfermagem; 2011.
12. Moraes E, Lima PF, Santos C. Barreiras para a prática de exercício físico regular em indivíduos com fatores de risco cardiovascular. *Saúde Coletiva*. 2010 Jul; 45(7):282-7.
13. Zamai CA, Bankoff ADP, Silva JF, David LT, Silva TTR, Dias C, et al. Concepções sobre a prática de atividades físicas e saúde na educação física e esportes. *Conexões*. 2009 Set-Dez; 7(3):86-102.
14. Bocchi SCM, Angelo M. Between freedom and reclusion: social support as a quality-of-life component in the family caregiver-dependent person binomial. *Rev Latino-am Enferm.* [online] 2008 [acesso 2010 Set 27]; 16(1):15-26. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n1/pt_02.pdf
15. Matias TS, Rolim MKSB, Kretzer FL, Schmoelz CP, Vasconcelos DIC, Andrade A. Lifestyle, level of physical activity and self-efficacy perception of adolescents. *Rev Educ Física/UEM*. 2009 Abr-Jun; 20(2):235-43.
16. Spinato IL, Monteiro LZ, Santos ZMSA. Adesão da pessoa hipertensa ao exercício físico - uma proposta educativa em saúde. *Texto Contexto-Enferm* [online]. 2010 Abr-Jun [acesso 2012 Out 10]; 19(2):256-64 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n2/06.pdf>
17. Moreira RP. *Acidente vascular cerebral - análise dos diagnósticos de enfermagem da classe atividade/exercício* [dissertação]. Fortaleza (CE): Universidade Federal do Ceará. Programa de Pós-graduação em Enfermagem; 2008.
18. Guirao-Goris JA, Pina MP, Campo PM. Validación del contenido diagnóstico de la etiqueta diagnóstica enfermera "sedentarismo". *Enfermería Clín*. 2000 Dez; 11(4):135-40.
19. Padoin PG, Gonçalves MP, Comaru T, Silva AMV. Análisis comparativo entre envejecidos practicantes de ejercicios físicos y sedentarios en cuanto al riesgo de caídas. *Mundo Saúde*. 2010; 34(2):158-64.
20. Marin MJS, Rodrigues LCR, Druzian S, Cecílio LCO. Nursing diagnoses of elderly patients using multiple drugs. *Rev Esc Enferm USP*. 2010; 44(1):47-52.
21. Guirao-Goris JA, Duarte-Climents G. The expert nurse profile and diagnostics content validity of sedentary lifestyle: the spanish validation. *Int J Nurs Terminol Classif*. 2007 Jul-Sep; 18(3):84-92.
22. Figliolino JAM, Moraes TB, Berbel AM, Corso SD. Analysis of the influence of physical exercise on balance, motion and activity of daily living in elderly people. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2009 Mai-Ago; 12(2):227-38.
23. Souza LJ, Gicovate Neto C, Chalita FEB, Reis AFF, Bastos DA, Souto Filho JTD, et al. Obesidade e risco cardiovascular em Campos, RJ. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2003 Dez; 47(6): 669-76.
24. Amorim TEC. *Ambiente percebido, suporte social e atividade física em adultos: um estudo de base populacional* [tese]. Pelotas (RS): Universidade Federal de Pelotas. Escola Superior de Educação Física. Curso de Mestrado em Educação Física; 2008.
25. 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 Abri-Jun; 21(2):50-6.
26. Hollmann W, Strüder HK, Tagarakis CV, King G. Physical activity and the elderly. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. 2007 Mai; 14(6):730-9.