

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ – UFPI
CAMPUS SENADOR HELVIDIO NUNES DE BARRO
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

JOYCE KÉCIA DE SOUSA LUZ

**DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE E O DIAGNÓSTICO DE
ENFERMAGEM ESTILO DE VIDA SEDENTÁRIO.**

PICOS – PIAUÍ
2015

JOYCE KÉCIA DE SOUSA LUZ

**DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE E O DIAGNÓSTICO DE
ENFERMAGEM ESTILO DE VIDA SEDENTÁRIO**

Monografia submetida ao curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof^o.Ms. Marcos Renato de Oliveira

**PICOS – PIAUÍ
2015**

FICHA CATALOGRÁFICA
Serviço de Processamento Técnico da Universidade Federal do Piauí
Biblioteca José Albano de Macêdo

L979d Luz, Joyce Kécia de Sousa.

Determinantes sociais de saúde e o diagnóstico de enfermagem
estilo de vida sedentário / Joyce Kécia de Sousa Luz. – 2015.

CD-ROM : il.; 4 ¾ pol. (41 f.)

Monografia(Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal do
Piauí, Picos, 2015.

Orientador(A): Profº. Ms. Marcos Renato de Oliveira



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - UFPI
CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS
Rua Cicero Eduardo s/n - Bairro Jusco. 64.600-000 - Picos-PI
Chefia do Curso de Graduação em Enfermagem - Fone 89 3422-1021

ATA DE APRESENTAÇÃO DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DO CURSO DE
ENFERMAGEM DO CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS/UFPI

Aos 01 dias do mês de Julho de 2015, às 8:10 horas, em sessão pública na sala B 31 do Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, reuniu-se a Banca Examinadora, formalmente convidada para apresentação do Trabalho de Conclusão de Curso do(a) discente Joyce Kícia de Sousa Luz, que apresentou o trabalho intitulado Relacionar os DSS e o DE EUS sob a orientação do(a) professor(a) Marcos Renato de Oliveira.

A referida Banca esteve constituída pelos seguintes examinadores:

Ana Luíza Barbosa Negreiros
Glauber Bezerra Macedo
O(A) presidente da Banca Examinadora, professor(a)
Marcos Renato de Oliveira

início a sessão, passando a palavra para o(a) discente, que expôs seu trabalho em vinte minutos. A seguir, passou a palavra para os examinadores, para comentários e arguições. Cada examinador dispôs de dez minutos, para a arguição e para as respostas do(a) discente. Encerrados os trabalhos de arguição, os examinadores deram seus pareceres, que foram consolidados e apresentados através da nota final. Em face dos referidos pareceres, o(a) discente foi considerado(a) aprovada (7,6) no Trabalho de Conclusão de Curso e eu, na qualidade de presidente da Banca Examinadora, lavrei a presente ata que será assinada por mim, pelos examinadores e pelo(a) orientando(a). Picos, Piauí, 01 de Julho de 2015.

Assinaturas:

Ana Luíza Barbosa Negreiros
Glauber Bezerra Macedo
Joyce Kícia de Sousa Luz
Marcos Renato de Oliveira

Dedico a Deus e a minha família, em especial a minha mãe, meu porto seguro, por confiarem em meus sonhos e me proporcionarem a realização e por me ensinarem a lutar em busca de meus ideais. Vocês são tudo na minha vida, muito obrigado por tudo o que fizeram por mim.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ser meu porto seguro, meu chão, por me dar saúde e condições para chegar a esta vitória.

Existem pessoas especiais para mim que sem dúvida tiveram participação fundamental, não somente neste trabalho, mas, durante toda a graduação. Foram conselhos, dicas, sugestões, apoio, paciência, confiança, enfim, elemento para agregar esta grande conquista. A elas, dedico este trabalho.

Mãe, minha família e amigos (as) em especial aqueles que sempre estiveram esclarecendo minhas dúvidas. Peço desculpas por alguns erros que cometi durante esta jornada, mas, estamos agora comemorando juntos mais uma etapa vencida. Que Deus ilumine a cada um que acreditou em mim e que ele continue iluminando meus passos nessa nova jornada. Hoje, eu quero agradecer a todas as pessoas que passaram pela minha vida até agora.

“Quero agradecer aqueles que me deram amor, que sorriam para mim quando eu precisava; que me indicaram os caminhos; que seguraram minha mão e disseram: “vai em frente” quando eu dizia não consigo”.

Agradecer também aqueles que duvidaram de mim que disseram que eu não era capaz e que eu deveria desistir; afinal foi por causa dessas pessoas que eu venci os meus limites, que desafiei os acontecimentos e as circunstâncias. Foram essas pessoas que me impulsionaram a ser quem eu sou e nunca perder a fé.

O sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo. Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e vence obstáculos, no mínimo fará coisas admiráveis (José de Alencar).

RESUMO

Um estilo de vida sedentário é um comportamento de risco para o desenvolvimento e agravamento de várias doenças e esta resposta humana pode estar relacionada a fatores de ordem intrínseca e extrínseca ao indivíduo. Diante da possível relação entre o Estilo de vida Sedentário e fatores sociais de saúde desenvolveu-se este estudo com a finalidade de correlacionar a teoria dos Determinantes Sociais de Saúde (DSS) com o Diagnóstico de Enfermagem Estilo de Vida Sedentária. Trata-se de uma análise documental de abordagem descritiva. Utilizou-se de seleção bibliográfica a fim de coletar os dados, nas bases de dados MEDLINE, LILACS e SciELO no primeiro semestre de 2015. Para a seleção dos estudos, procedeu-se, inicialmente, com leitura do título e do resumo para apreciação prévia e confirmação de que possuía elementos os quais serviriam de base para a análise documental pretendida. Em seguida, os estudos selecionados foram submetidos à leitura criteriosa e minuciosa para análise do conteúdo. A análise dos dados foi apresentada pelo suporte teórico sobre os DSS, utilizando o modelo proposto por Whitehead e Dahlgren para possibilitar a aproximação da base empírica de seu conteúdo e poder relacioná-lo com o documento: o diagnóstico de Enfermagem Estilo de Vida Sedentário. Este processo permitiu a exploração do material obtido decompondo os DSS em categorias teóricas para apresentação e análise dos dados. Os resultados mostraram forte relação desses determinantes sociais de saúde com os - determinantes que condicionam o estilo de vida sedentário. Nesse sentido devido à restrição de pesquisas de enfermagem envolvendo o diagnóstico EVS relacionando-o com os DSS, bem como seu uso na assistência, torna-se importante estudá-lo, tendo em vista que nem sempre as evidências clínicas de um diagnóstico, relacionados a uma determinada situação, correspondem ao que é observado na prática.

Palavras-Chave: Estilo de Vida Sedentário, Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Determinantes Sociais de Saúde.

ABSTRACT

A sedentary lifestyle is a risk behavior for the development and worsening of various diseases and this human response may be related to intrinsic and extrinsic factors to the individual order. On the relationship between Sedentary Lifestyle and social health factors developed in this study in order to correlate the theory of Social Determinants of Health (DSS) with the Nursing Diagnosis Sedentary Lifestyle. It is a documentary analysis of descriptive approach. We used bibliographic selection in order to collect the data in the databases MEDLINE, LILACS and SciELO. For the selection of studies, it proceeded initially with reading the title and summary for prior review and confirmation that had elements which serve as the basis for the desired document analysis. Then, the selected studies underwent rigorous and thorough reading to analyze the content. Analysis of the data was presented by the theoretical support on DSS, using the model proposed by Whitehead and Dahlgren to allow the approach of the empirical basis of its content and can relate it to the document: the diagnosis of Nursing Sedentary Lifestyle. This process allowed the exploitation of the material obtained by decomposing the DSS on theoretical categories for presentation and analysis of data. The results showed strong relationship between these social determinants of health with the –determinantes that condition the sedentary lifestyle. In this sense due to the restriction of nursing research involving the EVS diagnosis by relating it to the DSS and its use in health care, it is important to study it with a view that not all the clinical evidence of a diagnosis related to a given situation, correspond to what is observed in practice.

Keywords: Sedentary Lifestyle, Nursing, Nursing Diagnosis, Social Determinants of Health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DSS - Determinantes Sociais de Saúde

CNDSS - Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde

CSDH - Comissão sobre Determinantes Sociais de Saúde

NANDA-I - Nanda International

EVS - Estilo de Vida Sedentário

OMS - Organização Mundial de Saúde

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem

SAE- Sistematização da Assistência de Enfermagem

MAE- Metodologia da Assistência de Enfermagem

Sumário

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	15
2.1 Geral	15
2.2 Específicos	15
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	16
3.1 Diagnóstico de Enfermagem.....	16
3.2 Determinantes Sociais de Saúde (DSS).....	18
3.3 Estilo de Vida Sedentário	22
4 METODOLOGIA	25
4.1 Tipo de estudo.....	25
4.2 Estratégia de busca.....	25
4.3 Seleção dos estudos.....	25
4.4 Análise dos dados.....	26
5 RESULTADOS	27
6 DISCUSSÕES	31
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
REFERÊNCIAS	38

1 INTRODUÇÃO

A finalidade deste estudo é relacionar a teoria dos Determinantes Sociais de Saúde (DSS) com o diagnóstico de enfermagem Estilo de Vida Sedentário.

Conforme Sant'Anna et al. (2010) os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) estão inseridos em um espaço de tempo caracterizados por especialidades individuais correspondentes a um conjunto de fatores. Para os autores esses DSS formam um emaranhado de características pertencentes às condições sociais que afetam a saúde de determinada localidade, de forma individual e coletiva.

Corroborando com esta afirmação os autores Buss e Filho (2007) em um estudo sobre a saúde e seus determinantes sociais baseado no conceito acentuado pela Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), define os DSS como um conjunto de fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que condicionam a ocorrência de agravos a saúde além de determinar um os risco a que estão expostos uma determinada população.

Atualmente tem se percebido uma grande necessidade em promover políticas sanitárias que os envolvem. Também entendidos por Kriegger, (2001) como as características específicas do contexto social que influenciam na saúde e no modo como condições sociais tem afetado a saúde.

Existem muitos modelos que tentam ilustrar a relação existente entre os fatores sociais que influenciam e ocasionam os problemas de saúde e, portanto, afetam determinada população. Dentre, estes modelos, este estudo se baseará no modelo descrito por Dahlgren e Whitehead como marco conceitual para a análise dos DSS e sua relação com as características que determinam o diagnóstico de enfermagem estilo de vida sedentária. Pois é um dos modelos mais utilizados, por ser abrangente e didático, e, inclusive é adotado pela OMS em diversas publicações.

Conforme expõe Buss e Filho (2007), o modelo de Dahlgren e whitehead inclui os DSS apresentados em camadas segundo seu nível de abrangência. Este modelo apesar de sua clara visualização gráfica não tem a finalidade de explicar detalhadamente as relações existentes entre suas camada

O diagnóstico de enfermagem Estilo de Vida Sedentária (EVS) objeto deste estudo é referido na NANDA-I como um hábito de vida que se caracteriza por um baixo nível de atividade física. Faz parte do domínio 4 - Atividade/Repouso, à classe 2 –

Atividade/Exercício, e tem como características definidoras: demonstra falta de condicionamento físico; escolhe rotina diária sem exercício físico; verbaliza preferência por atividade com pouco exercício físico. Estão relacionados os seguintes fatores: conhecimento deficiente sobre os benefícios que a atividade física traz à saúde; falta de interesse; falta de motivação; falta de recursos (tempo, dinheiro, companhia, estrutura); falta de treino para fazer o exercício; (NANDA-I, 2010; GUEDES,2011).

Como afirma Garcia e Nóbrega (2004), o sistema de classificação de diagnósticos de enfermagem da Internacional (NANDA-I) é um dos mais divulgados e de maior aplicabilidade no âmbito mundial. Tal sistema oferece uma linguagem padronizada a ser utilizada no processo, no produto do raciocínio e no julgamento clínico acerca dos problemas de saúde ou dos processos vitais.

Dentro desse enfoque é necessário destacar ainda que a enfermagem por ser considerada uma profissão dinâmica precisa se utilizar de uma metodologia de trabalho que esteja voltado para a prestação de uma assistência de qualidade ao paciente. Com isso o Processo de Enfermagem é o método de trabalho profissional mais utilizado, constituído de ações ativas que se interrelacionam entre si configurando-se em um importante instrumento de planejamento da assistência de enfermagem, que está fundamentado no conhecimento técnico-científico da enfermagem e que colabora na identificação do estado de saúde do indivíduo e de seus determinantes sociais. Ele é constituído por várias etapas que se correlacionam entre si.

Conforme Andrade e Vieira (2005) a utilização deste processo tem proporcionado ao profissional de enfermagem a prestação de cuidados que estejam mais direcionados ao real problema do paciente, pois focaliza as necessidades humanas básicas de cada indivíduo. Segundo os autores a tomada de decisão na resolução de problemas vivenciados pelo enfermeiro é mais bem orientada quando se faz uso dessa metodologia de trabalho.

Segundo Guedes (2011), o número de estudos que confrontam o estilo de vida sedentário, enquanto diagnóstico de enfermagem, continua restrito. Por outro lado, há preocupações mundiais quanto a este hábito de vida, que se constitui um indicador de risco à saúde, capaz de acarretar profundas consequências negativas à vida de indivíduos, famílias e comunidades.

Há muito tempo o debate acerca dos hábitos de vida sedentários vem predominando entre os assuntos nos grandes centros urbanos (BRASIL, 2002). Isso se

dá pelo notável fato de que a população brasileira apresenta um alto índice de sedentarismo. Muitas são as evidências científicas que confirmam o estilo de vida sedentário na população brasileira (PITANGA; LESSA, 2005; HALLAL *et al.*, 2007; SIQUEIRA *et al.*, 2008).

Segundo afirma Oliveira (2012), o diagnóstico estilo de vida sedentário, mais precisamente na população de adolescentes, objeto de seu estudo, não pode ser visto como um caso totalmente social ou fisiológico, do contrário apresenta características que para tanto melhor definem este diagnóstico, por exemplo, no cotidiano do adolescente podem existir fatores que vão interferir diretamente para que ocorra ou não um estilo de vida sedentário.

São muitos os fatores sociais que determinam essa inatividade física. Sendo assim diante das evidências, percebe-se uma provável relação do estilo de vida sedentário com os DSS. Pode-se observar também a restrição de pesquisas de enfermagem envolvendo o diagnóstico EVS relacionando-o com os DSS, bem como seu uso na assistência, tornando importante estudá-lo, tendo em vista que nem sempre as evidências clínicas de um diagnóstico, relacionados a uma determinada situação, correspondem ao que é observado na prática. Daí surge à necessidade de incrementar estudos sobre os diversos aspectos do diagnóstico EVS, analisando-o sob a óptica da teoria dos DSS para assim diante da necessidade aprimorá-lo.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- ✓ Relacionar a teoria dos Determinantes Sociais de Saúde com o Diagnóstico de Enfermagem Estilo de Vida Sedentário.

2.2 Específicos

- ✓ Apresentar a relação dos determinantes Sociais de Saúde (DSS) com as características definidoras e os fatores relacionados do Diagnóstico de Enfermagem Estilo de Vida Sedentário (EVS).

3 REVISÃO DE LITERATURA

Abaixo estão descritos assuntos importantes discutidos por diversos autores que comprovam a importância conceitual e teórica que relacionam e merecem destaque para um melhor entendimento das propostas deste estudo. Foi dado maior enfoque para o Diagnóstico de Enfermagem, Determinantes Sociais de Saúde e Estilo de vida sedentário.

3.1 Diagnóstico de Enfermagem

Há muito tempo a área da enfermagem vem se preocupando em estabelecer uma normatização para o cuidado individualizado. No Brasil somente na década de 30 começou a se utilizar estudos de caso que remetiam essencialmente para a história e evolução da enfermidade, tratamento médico utilizado e a prestação dos cuidados de enfermagem (CIANCIRULLO et al., 2001).

A autora Horta (1979) define o Processo de enfermagem como um processo dinâmico que utiliza a organização de ações que se inter-relacionam entre si tendo em vista à melhor assistência ao ser humano. E como enfatiza Ciancirullo (2001) pode ser chamado de Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) ou ainda denominado Metodologia da Assistência de Enfermagem (MAE).

Esse processo permite a troca de informações entre os profissionais da área, além de possibilitar a prestação do cuidado individualizado, prioriza as necessidades humanas básicas (ANDRADE; VIEIRA, 2005). Para Horta (1979) este processo é fundamentado em regras e princípios norteadores do cuidado ao paciente de maneira eficiente. O enfermeiro enquanto gerenciador de sua equipe pode orientar a tomada de decisão em várias condições por ele vivenciadas (SANTOS et al., 2002).

Essa normatização do cuidado de enfermagem é totalmente legalizada. Como se podem observar as disposições estabelecidas no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem nº 7.498, de 25 de junho de 1986 e do decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, que a regulamenta, incumbe privativamente ao enfermeiro exercer toda e qualquer atividade relacionada à área da enfermagem, planejando, organizando, coordenado e avaliando os serviços da assistência de enfermagem (COFEN, 2009).

Corroborando com essa ideia Marquis e Lefevre (1999) asseguram que o processo de enfermagem também pode estar voltado para a resolução de problemas que

envolvam dificuldades administrativas e de liderança apesar de este ter sido projetado para a prática de enfermagem voltado para o cuidado individual ao paciente e de intera responsabilidade da enfermagem.

A resolução (COFEN 2009), em seu art. 1º, afirma que o Processo de Enfermagem deve ser efetivado, de modo resolutivo e ordenado, em todos os locais, de caráter público ou privado, em que o cuidado profissional de Enfermagem seja prestado. Isso só reforça a importância de se planejar os cuidados prestado.

Corroborando com essa ideia Marquis e Lefevre (1999) asseguram que o processo de enfermagem também pode estar voltado para a resolução de problemas que envolvam dificuldades administrativas e de liderança apesar de este ter sido projetado para a prática de enfermagem voltado para o cuidado individual ao paciente e de intera responsabilidade da enfermagem.

A resolução COFEN nº 358/2009, em seu art. 1º, afirma que o Processo de Enfermagem deve ser efetivado, de modo resolutivo e ordenado, em todos os locais, de caráter público ou privado, em que o cuidado profissional de Enfermagem seja prestado. Isso só reforça a importância de se planejar os cuidados prestados.

De acordo com Andrade e Vieira (2005) o processo de organização da assistência é organizado por etapas e, estas podem variar em relação à quantidade, de quatro a seis. Conforme os autores isso acontece pela questão da divergência de opiniões, pois enquanto alguns consideram a segunda etapa de diagnóstico como pertencente a primeira outros, porém a consideram única e distinta. Os autores deixam clara a importância de lembrar que a divisão em fases é benéfico para fins didáticos, embora, na prática, o processo de enfermagem tenha que ser prestado de forma integral, com suas etapas interrelacionadas.

Nesse contexto o diagnóstico de enfermagem é considerado por alguns autores como a segunda etapa desse processo e, é essencial para o planejamento da assistência prestada ao paciente (POMPEO; ROSSI, GALVÃO, 2009). Zanetti; Marzielle e Robazzi, 1994 ressaltou em um estudo que o diagnóstico de enfermagem trata-se de uma fase bastante complexa e carente de intervenções que atinjam todos os resultados esperados. Para os autores esta etapa envolve a avaliação clínica das respostas do cliente ou o grau de problemas de saúde. Inicia-se através da coleta de dados via anamnese.

A NANDA-I utiliza um sistema conceitual para classificar os diagnósticos de enfermagem em uma taxonomia e tem tido inúmeras contribuições no desenvolvimento desse sistema (NANDA, 2000). Além de prover a formação de um entendimento clínico mais apurado, causa aprimoramento na assistência prestada (GUEDES, 2011).

Conforme asseveram Garcia e Nóbrega (2004) esse sistema de classificação de diagnósticos de enfermagem da NANDA Internacional (NANDA-I) em âmbito mundial é o mais utilizado por padronizar seu sistema de linguagem quando se busca entender e julgar o entendimento clínico das enfermidades (GARCIA; NÓBREGA, 2004). Pileggi, (2007) corroborando com esse estudo também reforça a aplicação e utilização dos diagnósticos de enfermagem proposto pela NANDA-I, porém tem ressaltado que os mesmos não são definitivos, necessitando de legitimização e aprimoramento, tornando-os mais verdadeiros.

O objetivo mais específico desse plano é traçar ações específicas direcionadas ao problema de saúde identificado e assim formar um plano de intervenções que possa atender todas as necessidades dos pacientes. Muitas são as vantagens em utilizá-lo, destacando, entre muitas, o direcionamento específico dos cuidados, validação dos diagnósticos e o aumento da autonomia profissional. (NANDA I)

Os autores Marin et al. (2008), por sua vasta experiência na utilização de diagnósticos, segundo a taxonomia da NANDA, afirmam que essa taxonomia representa uma forma de raciocínio lógico que possibilita a Correlação de causas e efeitos das alterações apresentadas, facilitando a instalação de metas, a adoção de condutas de enfermagem e a produção da análise da assistência concedida.

Segundo os autores esta etapa auxilia na elaboração dos cuidados, pois aborda os diversos aspectos que constituem o estado da saúde do indivíduo, contribuindo para a qualidade da assistência e para o desenvolvimento das demais.

3.2 Determinantes Sociais de Saúde (DSS)

Existem diversas definições sobre os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) e de uma forma ou de outra expressam a mesma ideia de que as condições de saúde de

uma população são bastante influenciadas pelas condições de vida e trabalho de uma pessoa ou de um grupo delas. (BUSS; FILHO, 2007).

A Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais de Saúde (CNDSS) define os DSS como os fatores e mecanismos que afetam o estado de saúde através de condições sociais podendo serem modificadas por meio de ações baseadas em informação. A comissão da Organização Mundial da Saúde (OMS) adota uma definição mais sucinta, segundo a qual os DSS são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham (BRASIL, 2008).

O modelo conceitual da saúde a Comissão deve concentrar sua atenção nos determinantes sociais de saúde que são causas maiores de iniquidades na saúde, e que as políticas recomendadas pela Comissão devem ter um impacto substancial sobre a equidade na saúde (BUSS; FILHO, 2007).

Conforme Sobral e Filho (2010) ainda são muito poucos os estudos que se referem aos DSS, somente com a criação da CNDSS houve um avanço em estudos relacionados com esse tema na área da saúde.

A Comissão sobre Determinantes Sociais de Saúde foi criada em 2005 pela Organização Mundial de Saúde (OMS) com o objetivo de promover, em esfera internacional, uma tomada de consciência integral sobre a influência dos determinantes sociais na situação de saúde de indivíduos e grupos populacionais e sobre a necessidade de combater as iniquidades em saúde por elas gerada (BRASIL 2008).

A CNDSS propôs uma abordagem conceitual baseada no modelo social da doença elaborado por Diderichsen e colaboradores que serviu de base para ampliar o conhecimento sobre os DSS e propor ações voltadas para os elementos estruturantes da estratificação social (BUSS, FILHO 2007).

As normas sociais e culturais, as políticas macroeconômicas, sociais e de saúde e o contexto político e social são exemplos dos elementos estruturantes da estratificação social, estes definem e condicionam as posições sociais ocupadas pelos indivíduos e grupos sociais além de influenciar os tipos de exposição e vulnerabilidade aos riscos de danos a saúde (GEIB, 2012).

De acordo com o modelo conceitual proposto pela CSDH, para deixar evidentes as conexões entre os diferentes tipos de determinantes de saúde, nos últimos anos, vários modelos vêm sendo desenvolvidos para demonstrar os mecanismos através

dos quais os determinantes sociais de saúde afetam os resultados na saúde, além de fixar pontos estratégicos para as que ações de políticas sejam desenvolvidas (CSDH, 2005).

Entretanto o modelo que serviu de base para nortear as atividades e elaborar o conteúdo do relatório final da CNDSS foi o proposto por Dahlgren e Whitehead, esse modelo é o mais usado pela sua fácil captação e nitidez gráfica dos diversos DSS que o compõe, como mostra a figura abaixo, nele estão distribuídos os DSS em diferentes camadas e de acordo com seu nível de abrangência, do proximal até o distal (GEIB, 2012)



Figura 1 - Modelo de determinação social da saúde proposto por Dahlgren e Whitehead.

Assim como mostra a figura 1 os indivíduos estão disposto na camada mais proximal com suas particularidades individuais como idade, sexo e fatores hereditários. Estas apresentam bastante influência sobre as condições de saúde.

Na categoria imediatamente subjacente entre o limite dos fatores individuais e os DSS estão situados o comportamento e o estilo de vida a que estão expostos esses indivíduos.

De acordo com Buss e Filho (2007) neste caso, as opções de escolha feita pelo livre arbítrio das pessoas condiciona o comportamento delas e são considerados

parte dos DSS, conforme o autor essas opções são bastante condicionadas pelos determinantes sociais.

O autor Pelegriani Filho (2000) defende que sejam realizadas intervenções em qualquer uma dessas camadas e que estas precisam estar baseadas em ações organizadas que agregam diversos fatores. O autor relata também que estas ações necessitam estar bem fundamentadas em conhecimentos e informações, sustentadas por uma vasta participação social.

O próximo nível aponta as redes comunitárias e sociais (determinantes intermediários). Como define Buss e Filho (2007), estas abrangem políticas que buscam estabelecer laços que fortaleçam a participação das pessoas e das comunidades, principalmente dos grupos vulneráveis, em ações coletivas para a melhoria de suas condições de saúde e bem-estar e para que se constituam em atores sociais e participantes ativos das decisões da vida social. Nesse caso, este nível serve como um instrumento de “coesão social” com grande importância para a saúde da população em geral (GADELHA, 2009).

No seguinte nível estão distribuídos os fatores relacionados às condições de vida e de trabalho, produção agrícola e de alimentos, educação, ambiente de trabalho, desemprego, água e esgoto, serviços sociais e de saúde e habitação. Estes fatores indicam que pessoas em maior desvantagem social apresentam riscos diferenciados e conseqüentemente tendem a exibir uma maior prevalência desses fatores comportamentais. Neste nível Buss e Filho (2007) dizem: no que diz respeito a essas políticas, as mesmas são de inteira responsabilidade de vários setores, que normalmente atuam de maneira autônoma, forçando o desenvolvimento de estratégias que permitam uma ação unificada.

Conforme Gadelha (2009) este nível chama bastante atenção porque esses indivíduos por se encontram em menor desvantagem social tem risco diferenciado, portanto, segundo a autora e, baseado no princípio de equidade do Sistema Único de Saúde, nesse caso as intervenções aqui realizadas merecem grande destaque com maior atenção para ações de vigilância em saúde.

E por fim, no último nível, possuindo grande influência sobre as demais camadas estão os macrodeterminantes relacionados às condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais (CNDSS, 2008).

Essa etapa visa promover um desenvolvimento sustentável que reduza os problemas existentes que de alguma maneira estão relacionadas a esses macrodeterminantes sociais gerando efeitos sobre a sociedade (PELEGRINI FILHO, 2006).

Conforme Buss e Filho (2007), o principal desafio dos estudos sobre as relações entre determinantes sociais e saúde consiste em formar uma cadeia de determinações entre os fatores mais causais de natureza social, econômica, política e as intervenções através das quais esses fatores incidem sobre a situação de saúde de grupos e pessoas, embora essa relação de determinação não seja uma simples relação direta de causa-efeito (BUSS; FILHO, 2007).

Para tanto os autores acima remontam que nesse caso o entendimento desta cadeia de interferências permite identificar onde e como devem ser feitas as intervenções, com o objetivo de reduzir as iniquidades de saúde, reduzindo os pontos mais sensíveis onde essas intervenções possam provocar maior impacto.

3.3 Estilo de Vida Sedentário

Atualmente tem se percebido que a prática de atividade física traz benefícios que contribuem diretamente para o bem estar físico psicológico e social da população (OMS, 2005). Apesar disto o que se tem percebido é uma prevalência alarmante de inatividade física entre os indivíduos.

Conforme os autores Schnohr; Scharling e Jensen (2003) os melhores indicadores de saúde associam-se com o tipo de comportamento. Corroborando com essa afirmação Loch e Possamai (2007) defendem que o estilo de vida é uma questão de saúde pública e deve ser tratada como tal. Segundo os autores o tipo de comportamento escolhido determina o estado de saúde, entretanto para eles não se pode responsabilizar apenas o indivíduo pelo seu comportamento humano, tornando bastante complexa a questão, pois, além disso, existem também os fatores sociais, culturais e ambientais que determinam tal comportamento e que devem, portanto ser considerados.

Estilo de Vida Sedentário ou vida sedentário como define a NANDA-I (2010) é quando se tem um baixo nível de atividade física, contribuindo para a prática de hábitos não saudáveis. Também deve ser considerado o conceito de atividade física definido por Figueira Junior et al (2009) como sendo um processo complexo e dinâmico

resultante do movimentos ativo do corpo. Sua prática é benéfica em fases específicas da vida.

A prática contínua de atividade física traz muitas vantagens para a saúde física e mental, pois influencia diretamente o processo saúde-doença dos indivíduos. Além do que tem forte “relação inversa” com o desenvolvimento de doenças crônico-degenerativas (PATE et al, 2005).

Conforme os autores acima mencionados, para que essa prática regular de atividade física aconteça, países desenvolvidos, através de instituições e organizações têm se empenhado na redução do sedentarismo. Para tanto, o planejamento de atividades capazes de melhorar a saúde individual e coletiva tem sido grande na área da saúde pública.

A prática de atividade física tem papel fundamental para o bem estar físico e mental do corpo, pois além de prevenir doenças, aumenta a autoestima e conseqüentemente a qualidade de vida. Outro benefício garantido por esta prática regular é o melhoramento das funções orgânicas e cognitivas, garantindo a independência pessoal. Ainda assim mesmo se tendo conhecimento acerca dos benefícios oriundos dessa prática ainda é grande a proporção de indivíduos que não praticam ou praticam muito pouco a atividade física. (ANTUNES et al, 2006).

Os autores Hallal et al (2007) descrevem em um estudo sobre as barreiras percebidas e os hábitos de atividade física entre escolares como benefícios de curto prazo com a prática de atividade física os que estão relacionados à saúde óssea, o tratamento de morbidades do adolescente, a conservação do peso corporal, a diminuição de riscos cardiovasculares. Já os pesquisadores Calfas e Taylor (1994) destacam ainda os benefícios psicológicos, compreendendo o aumento da autoestima e a redução da ansiedade e do estresse.

Além destes benefícios que a atividade física proporciona, no período da adolescência, pode também gerar vantagens em longo prazo sobre a saúde óssea, o câncer de mama e comportamentos sedentários (HALLAL et al, 2007). A prática de atividade física na adolescência pode causar um efeito indireto dos benefícios para a saúde, pois contribui para a manutenção desta prática na vida adulta (HALLAL et al, 2007; KVAAVIK; TELL; KLEPP, 2003).

Segundo Pitanga (2002) a atividade física relacionada à saúde surge como um dos fatores que poderia alterar o risco dos indivíduos para adoecerem. Para o autor é

evidente a influência da atividade física no sentido de contribuir com a redução, por exemplo, dos casos de alguns tipos de câncer e na melhoria da resistência de pacientes com AIDS, pois indivíduos acometidos com esses males tem seu sistema imunológico bastante afetado, portanto essa prática ajudaria no melhor funcionamento do sistema imunológico desses pacientes.

A adoção de estilo de vida fisicamente ativo, irá proporcionar mudança de comportamento dos indivíduos. Além disto, ocorreriam modificações no meio ambiente com a criação de espaços adequados para prática de atividade física (PITANGA, 2006).

Diante das evidências muitos autores têm se dedicado ao estudo das razões, motivos ou até mesmo desculpas que dificultam a prática de atividade física com o intuito de auxiliar na promoção da saúde. Essas barreiras são definidas por Sallis e Owen (1999) como as razões, motivos ou desculpas que tornam o processo de decisão referente à prática de atividade física como um fator negativo que podem condicionar na resistência e/ou desistência dessa prática.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

O presente estudo é uma pesquisa documental, a qual busca compreender a realidade social de forma indireta por meio da análise dos inúmeros tipos de documentos produzidos pelo homem. Tem abordagem descritiva, pois busca descrever as características de uma determinada população ou fenômeno, ou então, o estabelecimento de relações entre variáveis (Gil, 2010).

4.2 Estratégia de busca

Para seleção bibliográfica foram coletados os dados nas bases de dados MEDLINE (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e SciELO (Scientific Electroniclibrary Online).

Utilizou-se como limite de busca as palavras-chave constarem no título ou resumo dos artigos. Foram usadas como palavras chave: Estilo de Vida Sedentário, Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem e Atividade física. A busca ocorreu no primeiro semestre de 2015.

4.3 Seleção dos estudos

Foram considerados como critérios de inclusão: artigos completos disponíveis eletronicamente e que abordavam o tema pesquisado. Foram excluídos os estudos que não faziam parte dos critérios de inclusão.

Para a seleção dos estudos, procedeu-se, inicialmente, com leitura do título e do resumo para apreciação prévia e confirmação de que possuía elementos os quais serviriam de base para a análise documental pretendida. Em seguida, os estudos selecionados foram submetidos à leitura criteriosa e minuciosa para análise do conteúdo.

4.4 Análise dos dados

A análise dos dados foi apresentada pelo suporte teórico sobre os DSS, utilizando o modelo proposto por Whitehead e Dahlgren para possibilitar a aproximação da base empírica de seu conteúdo e poder relacioná-lo com o diagnóstico de Enfermagem Estilo de Vida Sedentário. Este processo permitiu a exploração do material obtido decompondo didaticamente os DSS em categorias teóricas.

4.5 Aspectos éticos

Apesar da pesquisa não ocorrer com seres humanos, foi respeitado a lei dos direitos autorais e preservação das ideias dos autores

5 RESULTADOS

A análise dos dados está apresentada através de uma tabela onde os componentes do diagnóstico de enfermagem Estilo de Vida Sedentário estão divididos em oito características definidoras e onze fatores relacionados. Estes foram relacionados cada um com os componentes da teoria dos determinantes sociais de saúde baseado no modelo proposto por Whitehead e Dahlgren para provável identificação desta relação.

As Características definidoras utilizadas no estudo em questão foram: Escolhe uma rotina diária sem exercícios físicos; Verbaliza preferência por atividades com pouco exercício físico; Excesso de peso; Baixo desempenho nas atividades instrumentais de vida diária; Não realiza atividades físicas no tempo de lazer; Capacidade respiratória diminuída; Força muscular diminuída; Flexibilidade das articulações diminuída.

Enquanto que os fatores relacionados foram os seguintes: Conhecimento deficiente sobre os benefícios que a atividade física traz à saúde e/ou 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 atividade física, Falta de apoio social para a prática de exercício físico, Atitudes, crenças e hábitos de saúde que dificultam a prática de atividade física, Falta de confiança para a prática de atividade físico, Mobilidade prejudicada, Intolerância à atividade física e Relato de dor.

A seguir todos esses determinantes do diagnóstico Estilo de vida sedentário foram descritos na tabela abaixo os relacionando com os determinantes sociais de saúde e suas respectivas referências.

Tabela 1. Distribuição dos componentes do diagnóstico de enfermagem EVS e sua relação com os componentes da teoria dos DSS.

COMPONENTE DO DIAGNOSTICO DE ENFERMAGEM ESTILO DE VIDA SEDENTÁRIO	COMPONENTE DA TEORIA DOS DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE	REFERÊNCIAS
Escolhe uma rotina diária sem exercícios físicos	Estilo de vida individual; segurança; grupo social.	OLIVEIRA, 2012
Verbaliza preferência por atividades com pouco exercício físico	Mudanças sociais e culturais.	SILVA; COSTA JUNIOR, 2011; GUEDES, 2011

Excesso de peso	Sedentarismo	Oliveira (2012) Lima (2010)
Baixo desempenho nas atividades instrumentais de vida diária	Vulnerabilidade social.	CARLETO; ALVES, CONTIJO (2010).
Não realiza atividades físicas no tempo de lazer	Sexo; sedentarismo.	GARCIA; FISBERG, 2011; CESCHINI; F. JÚNIOR; A. JÚNIOR, 2009
Capacidade respiratória diminuída	NÃO FOI ENCONTRADA RELAÇÃO	
Força muscular diminuída	NÃO FOI ENCONTRADA RELAÇÃO	
Flexibilidade das articulações diminuída	Idade; Sexo;	MINATTO; RIBEIRO; SANTOS, 2010; GUIMARÃES; GUERRA, 2006; LAMARI et al (2007)
Conhecimento deficiente sobre os benefícios que a atividade física traz à saúde e\ou consequências do sedentarismo	Educação; serviços sociais de saúde; crenças; atitude da família e\ou amigos	OLIVEIRA, 2012
Falta de motivação para a prática do exercício físico	Aspectos psicológicos, fisiológicos, intelectual e\ou afetivo	GUEDES, 2011
Falta de interesse em se exercitar	Condição de juízo	GUEDES, 2011
Falta de recursos (tempo, dinheiro, lugar, segurança e equipamento)	Desemprego; fatores de ordem ambiental; ambiente de trabalho; segurança;	COPETTI; NEUTZLING; SILVA, 2010; HERDMAN, 2012 TEIXEIRA; MARTINOFF; FERREIRA, 2004; DAMBROS; LOPES; SANTOS, 2011.
Falta de treino para fazer atividade física	Habilidade e capacidade.	
Falta de apoio social para a prática de exercício físico	Ações; crenças e atitudes da família e a\ou amigos.	SANTOS et al, 2010; GUEDES, 2011; FERMINO et al, 2010; ALLISON et al, 2005; SEABRA; MENDONÇA; THOMIS, 2008.
Atitudes, crenças e hábitos de saúde que dificultam a prática de atividade física	Fatores internos individuais como a autoconfiança	GUEDES, 2011
Falta de confiança para a	Baixa auto estima;	GUEDES, 2011;

prática de atividade físico	isolamento social; preconceito; descontrole emocional; deficiência física e\ou motora.	BICKEL, 2012.
Mobilidade prejudicada	Capacidade limitada	
Intolerância à atividade	Condição de saúde	
Relato de dor	Experiência sensorial e emocional	

De acordo com os dados apresentados na tabela acima se pode inferir que quase todas as CD e os FR investigados sofrem alguma relação direta ou indireta com o diagnóstico de enfermagem Estilo de vida sedentário.

A seguir serão descritas as possíveis relações encontradas entre esses determinantes de saúde. Inicialmente as relações voltadas para as características definidoras e em seguida aos fatores relacionados ao diagnóstico de enfermagem Estilo de vida sedentário.

Com relação à CD Escolhe uma rotina diária sem exercícios físicos identificou-se relação desta com o estilo de vida individual escolhido, com a segurança, grupos sociais e também com a educação. A CD Verbaliza preferência por atividades com pouco exercício físico pode estar relacionado com mudanças de cunho social e cultural.

Conforme mostra a tabela a CD excesso de peso pode relacionar-se com o determinante social conhecido como sedentarismo. Já a CD Baixo desempenho nas atividades instrumentais de vida diária associa-se com a condição física e a vulnerabilidade social. A CD Não realiza atividades físicas no tempo de lazer relaciona-se com os determinantes de saúde sexo e sedentarismo.

Quanto as características definidoras Capacidade respiratória diminuída e Força Muscular diminuída não foi encontrado nos artigos analisados nenhuma relação das mesmas com os determinantes sociais de saúde.

Quanto aos FR investigados o de Conhecimento deficiente sobre os benefícios que a atividade física traz à saúde e\ou consequências do sedentarismo pode estar relacionado com diversos fatores determinantes de saúde, dentre eles a educação, os serviços sociais de saúde oferecidos, as crenças e atitudes de familiares e\ou amigos.

Aspectos psicológicos, fisiológicos de nível intelectual e\ou afetivo estão associados com o FR Falta de motivação para a prática do exercício físico. Outro FR

apresentado foi Falta de interesse em se exercitar e pode estar relacionada com a falta de juízo. O desemprego, fatores de ordem ambiental, o ambiente de trabalho e questões de segurança pode relacionar-se com o FR Falta de recursos (tempo, dinheiro, lugar, segurança e equipamento).

Embora O FR Falta de treino para fazer atividade física está relacionado com a habilidade e capacidade individual não foi encontrado nos artigos estudados nenhum referencial teórico que o fundamentasse. Já o FR Falta de apoio social para a prática de exercício físico pode relacionar-se com ações, crenças e até mesmo atitudes de familiares e\ou amigos.

O FR Atitudes, crenças e hábitos de saúde que dificultam a prática de atividade física pode relacionar-se com fatores internos individuais como a autoconfiança. Outro FR do diagnóstico de enfermagem estilo de vida sedentário falta de confiança para a prática de atividade física pode estar relacionado com a baixo autoestima, o isolamento social, o preconceito, o descontrole emocional, a deficiência física e\ou motora.

O FR Mobilidade prejudicada relaciona-se com o determinante de saúde individual capacidade limitada. Já o FR Intolerância à atividade relaciona-se com a condição de saúde do indivíduo. E, por fim a FR investigada Relato de dor pode estar relacionado com o determinante social experiência sensorial e emocional. Embora esses fatores relacionem-se de alguma forma com esses determinantes de saúde, não foi encontrada nenhuma fundamentação teórica a esse respeito.

6 DISCUSSÕES

Será realizada uma breve discussão acerca de cada uma das CD e FR do diagnóstico de enfermagem estilo de vida sedentário apresentados na tabela 1 e sua relação com os determinantes sociais de saúde.

A CD escolhe uma rotina diária sem exercícios físicos foi definida por Guedes (2011) como uma condição onde o indivíduo por decisão própria escolhe uma rotina diária sem atividade planejada e estruturada, que melhore ou mantenha a capacidade física. A relação existente ente esta CD e os determinantes sociais apresentados na tabela 1 explica-se pelo fato de que o indivíduo tem o livre arbítrio para praticar atividade física e esta é uma condição social que determina o estilo de vida sedentário.

Conforme Oliveira (2012) essa tomada de decisão para exercitar-se ou não sofre influência das preferências pessoais, da segurança, do número de oportunidades, do grupo social, entre outras. Para o autor essa situação predispõe um estilo de vida sedentário, do contrário para que se tenha um fator que promova o estilo de vida funcional é necessária à adoção de exercícios físicos na rotina diária.

Outra característica que apresentou relação com os determinantes sociais de saúde foi a CD Verbaliza preferência por atividades com pouco exercício físico. Aqui Guedes (2011) define esta característica como sendo uma condição onde o indivíduo relata preferir atividades físicas que não tenham muito gasto energético e que, portanto resultem em poucos movimentos repetidos e propositados.

Silva e Costa Júnior (2011) descreveram que assistir televisão, usar o computador, realizar alguma leitura e jogar videogame são algumas atividades tidas como sedentárias.

A relação existente entre esta CD e o diagnóstico de enfermagem estilo de vida sedentário está no fator apresentado por Silva e Costa Júnior (2011). Os autores afirmam que mudanças de cunho cultural e social afetam diretamente a participação de jovens em práticas de atividade física. Ainda como explica os autores isso acontece devido a grande investimento que tem se dado em formas sedentárias de divertimento.

A CD Excesso de peso apresentou relação com o sedentarismo. Pois conforme afirma Oliveira (2012) a mesma pode tornar-se grave na medida em que se tem hábitos sedentários, mas não como causa e\ou consequência. Para o autor Lima (2010) esta condição é agravada pela escolha de hábitos alimentares impróprios.

Outra CD que foi investigada no estudo em questão e que apresentou relação com o determinante de saúde condição física e vulnerabilidade social foi o Baixo desempenho nas atividades instrumentais de vida diária. Esta CD é referida por Guedes (2011) como a ocorrência de pouco desempenho nas atividades instrumentais da vida cotidiana.

Num estudo realizado por Carleto; Alves e Contijo (2010) esta CD apresentou-se mais relacionado com adolescentes que estão expostos a situações de vulnerabilidade social.

Outra característica preditora do diagnóstico de enfermagem estilo de vida sedentário é Não realiza atividades físicas no tempo de lazer. Esta tem mostrado relação com o sedentarismo uma vez que estudos comprovam que na medida em que se escolhe a prática de atividades sedentárias como assistir televisão, jogar videogame, usar o computador se consome grande parte do tempo de lazer que poderia estar sendo gasto com atividades com maior gasto energético (GARCIA; FISBERG, 2011; CESCHINI; F. JÚNIOR; A. JÚNIOR, 2009).

O sexo é outro fator social determinante do estilo de vida sedentário. Matias et al (2012) apontaram em um estudo realizado pelos mesmos que a maior parte das meninas não praticam atividade física na hora de lazer. Sono; Hamanda e Hoshino, (2008) corroborando com esta pesquisa também confirmam uma maior prevalência de inatividade física pelo sexo feminino e relaciona-a a características de gênero.

A CD do diagnóstico de enfermagem estilo de vida sedentário Capacidade respiratória diminuída não apresentou relação com os fatores

A CD proposta por Guedes (2011) para integrar o diagnóstico Estilo de vida sedentário Flexibilidade das articulações diminuída apresenta relação com a idade e com o sexo. Diversos estudos tem comprovado que a idade escolar tem relação na obtenção de maior flexibilidade em crianças, por ser esta faixa etária mais flexível que a adulta se referindo ao sexo, as meninas, por possuírem tecidos menos densos, são mais flexíveis que os meninos (MINATTO; RIBEIRO; SANTOS, 2010; GUIMARÃES; GUERRA, 2006). A capacidade de elasticidade que é demonstrada pelos músculos e tecidos do corpo e que possibilitam o movimento das articulações mostra que a flexibilidade é um componente fundamental da aptidão física quando relacionada à saúde (MINATTO; RIBEIRO; SANTOS, 2010). Lamari et al (2007) afirma à intensidade de movimento das articulações se manifesta de forma diferente nas

diferentes faixas etárias, podendo diminuir com o aumento da idade, comprovando a relação existente entre este FR do estilo de vida sedentário com o fator determinante social idade.

Quanto aos FR que predizem o diagnóstico de enfermagem estilo de vida sedentário o Conhecimento deficiente sobre os benefícios que a atividade física traz à saúde e/ou consequências do sedentarismo apresenta notória relação com educação, serviços sociais de saúde, crenças, atitude da família e/ou amigos. No entanto é apresentado por Oliveira (2012) em seu estudo sobre a acurácia do diagnóstico de enfermagem estilo de vida sedentário em adolescentes de escola pública sem valores significativos que o relacionem com o estilo de vida sedentário.

O FR Falta de apoio social embora ainda não utilizado pela NANDA-I foi proposto por Guedes (2011) em seu estudo de revisão do diagnóstico de enfermagem estilo de vida sedentário: análise de conceito e validação por especialistas.

Este FR tem relações com as atitudes e crenças de familiares e/ou amigos que possam interferir dificultando a prática de atividade física pelo indivíduo (GUEDES, 2011).

Diversos estudos tem demonstrado essa relação. Fermino et al (2010) mostrou a forte relação deste determinante de saúde com o Estilo de Vida Sedentário. Para os autores é fundamental ter o apoio social da família e amigos, pois isto condiciona a prática de atividade física. Corroborando com essa ideia Santos et al (2010) demonstrou em seu estudo realizado com adolescentes que o fator falta de amigos é um dos principais motivos relatados para a inatividade física.

Em um estudo realizado por Seabra; Mendonça e Thomis (2008) mostrou que essa relação evidencia a importância do apoio social da família e amigos pois este fato exerce muita influência no comportamento fisicamente ativo de meninos.

Segundo os autores mesmo sendo a família quem mais exerce autoridade na criação de crianças e adolescentes com hábitos de vida saudáveis, na fase da adolescência isso tende a mudar, pois os mesmos ignoram os conselhos, os valores e as atitudes dos seus familiares dando mais importância a comportamentos e hábitos tidos como não saudáveis isso acontece, conforme os estudiosos, em virtude do desenvolvimento do senso de autonomia, independência e afirmação que ocorre nesta fase.

Os autores Allison et al.(2005) identificaram como barreiras consideráveis entre meninos a ausência de apoio para prática de atividade física da família e dos amigos. Esse resultado reforça que o apoio social é um importante determinante da prática de atividade física, sendo, portanto, fator decisivo na escolha do estilo de vida.

A Falta de motivação para a prática de exercício físico está relacionado com aspectos psicológicos, fisiológicos, intelectual e\ou afetivo. Este FR também é um dos apresentados por Guedes (2011). Ele é definido como um estado em que o individuo apresenta falta de vontade em buscar satisfação própria com a prática de exercícios físicos.

O pesquisador Rocha (2009) concluiu em seu estudo que o fator psicológico é tão importante quanto o fator físico no que se refere a prática de atividade física.

Outro FR do diagnostico estilo de vida sedentário que apresentou relação com a condição de juízo do individuo foi o FR Falta de interesse em se exercitar. Também proposto por Guedes (2011) como alternativa ao fator relacionado proposto pela NANDA-I. A autora afirma que tal desinteresse se refere à falta de uma condição de juízo voltada a prática de atividade física, com isso o individuo não enxerga as vantagens atribuídas a tal prática.

A falta de recursos é outro fator determinante do estilo de vida sedentário. Segundo Herdman (2012) este fator se refere a tempo, dinheiro, companhia e estrutura assim como demonstra na NANDA-I. Conforme Teixeira, Martinoff e Ferreira (2004) estes são fatores que dificultam a prática de exercício físico. Copetti; Neutzling e Silva (2010) consideram estes fatores como sendo barreiras negativas que dificultam o comportamento fisicamente ativo.

Ainda existem os fatores de ordem ambiental que muitos autores identificaram como sendo outros determinantes sociais de saúde que impedem a frequência em atividades físicas (DAMBROS; LOPES; SANTOS, 2011).

Com relação ao FR Atitudes, crenças e hábitos de saúde que dificultam a prática de atividade física Guedes (2011) relaciona este fator com a presença de fatores internos que condicionam o processo saúde-doença, influenciando na adoção de atitudes saudáveis.

O FR Falta de confiança para a prática de atividade física apresentado na tabela 1 não está descrito pela NANDA-I, mas foi exposto por Guedes (2011) e relaciona-se com os determinantes sociais baixa autoestima; isolamento social;

preconceito; descontrole emocional; deficiência física e\ou motora definidos por Bickel (2012). Conforme o autor essas situações vivenciadas pelo individuo deixam-no menos confiante na hora de realizar qualquer atividade, comprometendo-o emocionalmente.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo foram avaliadas oito características definidoras e onze fatores relacionados que predizem o diagnóstico de enfermagem Estilo de Vida Sedentário. Pode-se inferir que os determinantes sociais de saúde sofrem relação com quase todos os determinantes do diagnóstico Estilo de Vida Sedentário.

As características definidoras que apresentaram relação com o diagnóstico Estilo de vida sedentário foram: Escolher uma rotina diária sem exercícios físicos, Verbalizar preferência por atividades com pouco exercício físico, Excesso de peso, Baixo desempenho nas atividades instrumentais de vida diária, não realizar atividades físicas no tempo de lazer. Não apresentaram relação por não encontrar fundamentação teórica que as embasassem as CD, capacidade respiratória diminuída e força muscular diminuída.

Os fatores relacionados que apresentaram relação com os determinantes sociais de saúde foram os seguintes: Conhecimento deficiente sobre os benefícios que a atividade física traz à saúde e/ou 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 atividade física, Falta de apoio social para a prática de exercício físico, Atitudes, crenças e hábitos de saúde que dificultam a prática de atividade física, Falta de confiança para a prática de atividade física. Os fatores relacionados com o estilo de vida sedentário Mobilidade prejudicada, Intolerância à atividade física e Relato de dor embora apresentem alguma relação com os determinantes sociais de saúde não foi encontrada fundamentação teórica nos artigos analisados que embasasse seu conteúdo.

Sendo assim, nesse contexto, à medida que se realiza estudos como este que busca fazer relação entre os fatores determinantes do estilo de vida sedentário procurando relacioná-lo com os determinantes sociais de saúde a assistência prestada pelo enfermeiro pode melhorar, no sentido de que quando melhor se apura um diagnóstico, melhor se pode trabalhar em cima de suas características definidoras e seus fatores relacionados, realizando, portanto uma assistência de qualidade.

Estudos como este podem contribuir com muitas informações, estas cooperam para um melhor apuramento do diagnóstico em questão garantido sua acurácia.

Mediante as evidências o desenvolvimento deste estudo possibilita realização de uma assistência direcionada para as reais necessidades individuais para que assim se possam encontrar meios de se combater as iniquidades de saúde geradas pelos fatores determinantes de saúde.

REFERÊNCIAS

ALLISON, K. R. et al. Male adolescents' reasons for participating in physical activity, barriers to participation, and suggestions for increasing participation. **Adolescence**, v. 40, n. 157, p.155-70, 2005.

ANDRADE, J. S.; VIEIRA, M. J. Prática assistencial de enfermagem: problemas, perspectivas e necessidade de sistematização. **Rev Bras Enferm**, maio-jun; v. 58, n.3, p. 261-5, 2005.

ANTUNES, et al. Atividade antimicrobiana " in vitro" e determinação da concentração inibitória mínima (CIM) de fitoconstituintes e produtos sintéticos sobre bactérias e fungos leveduriformes. **Rev Bras Farmacogn** v. 16, p. 517-524, 2006

BICKEL, E. A. **Esporte e sociedade: a construção de valores na prática esportiva em projetos sociais**. 2012. 18 f. Monografia (especialização). – Curso de pós-graduação em psicologia do esporte e do exercício físico, Universidade Feevale, 2012.

BRASIL. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Brasília: Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS); 2008.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. **A saúde e seus determinantes sociais**. Phisis –Rev. Saude Coletiva, v.17, n.1, p.77-93, 2007.

CALFAS, K. J.; TAYLOR, W. C. Effects of physical activity on psychological variables in adolescents. **Pediatr Exerc Sci**, v.6, p.406-23, 1994.

CARLETO, D. G. S.; ALVES, H. C.; CONTIJO, D. T. Promoção de saúde, Desempenho Ocupacional e Vulnerabilidade Social: subsídios para a intervenção da Terapia Ocupacional com adolescentes acolhidas institucionalmente. **Rev. Ter. Ocup. São Paulo**, v. 21, n. 1, p. 89-97, jan.\abr. 2010.

CESCHINI, F. L.; F. JÚNIOR, A.; A. JÚNIOR, J. F. Atividade física e comportamentos sedentários em adolescentes. **Revista Brasileira de Ciências de Saúde**, v.7, n. 19, jan.\mar. 2009.

CIANCIRULLO, D. I.; GUALDA, D. M. R.; MELLEIRO, M. M.; ANABUKI, M. H. **Sistema de Assistência de Enfermagem: evolução e tendências**. São Paulo (SP): Ícone; 2001.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 358/2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a Implementação do Processo de Enfermagem em ambiente, públicos e privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem e dá outras providências. Brasília: COFEN, 2009.

COPETTI, J.; NEUTZLING, M. B.; SILVA, M. C. Barreiras à prática de atividades físicas em adolescentes de uma cidade do sul do Brasil. **Rev. Bras. Ativ Fís Saúde**, v. 15, n. 2, p. 88-94, 2010.

CRUZ, D. A. L. M. et al. Adaptação pra alíngua portuguesa e validação do Lunney Scoring Method for Rating Accuracy of Nursing Diagnoses. **Rev. Esc enferm. USP**, São Paulo, v.41, n.1, p.127-134, 2007.

DAMBROS, D. D.; LOPES, F. F. D.; SANTOS, D. L. Barreiras percebidas e hábitos de atividade física de adolescentes escolares de uma cidade do sul do Brasil. **Rev. Bras. Cineantropom Desempenho Hum.**, v. 13, n. 6, p. 422-428, 2011.

Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011/ NANDA International; tradução Regina Machado Garcez. – Porto Alegre: Artmed, 2010.

FERMINO, R. C. *et al.* Atividade física e fatores associados em adolescentes do ensino médio de Curitiba, Brasil. **Rev. Saúde Pública.**, v. 44, n. 6, p. 986-995, 2010.

FRANCISCO, J. G. P. **Epidemiologia, atividade física e saúde.** Rev. Bras. Ciên. e Mov. Brasília, v.10 n. 3 p.49-54, julho, 2002.

GADELHA, C. S. Determinantes Sociais da Saúde: O modelo de Dahlgren e Whitehead. 2009. Blog do grupo de estudos em Semiologia Médica (GESME). Disponível em: <http://semiologiamedica.blogspot.com.br/2009/11/determinantes-sociais-da-saude-segundo.html>. Acesso em 02 jul 2015.

GARCIA, L. M. T.; FISBERG, M. Atividades físicas e barreiras referidas por adolescentes atendidos num serviço de saúde. **Rev. Bras. Cineantropom, desempenho hum.**, v. 13, n.3, p. 163-169, 2011.

GEIB, L. T. C. **Determinantes sociais da saúde do idoso.** Ciência & Saúde Coletiva, v.17, n.1, p.123-133, 2012.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social.** 6. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GUEDES, N. G. **Revisão do diagnóstico de enfermagem Estilo de Vida sedentário: análise de conceito e validação por especialista.** 2011. 251f. Tese (Doutorado). – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2011.

GUIMARÃES, C. O; GUERRA, T. C. A influência da condição socioeconômica sobre a flexibilidade em crianças de 9 e 10 anos de idade. **Movimentum**, v. 1, p. 1-12, 2003.

HALLAL, P. C. et al. Evolução da pesquisa epidemiológica em atividade física no Brasil: revisão sistemática. **Rev Saúde Pública**; v. 41, n.3, p. 453-60, 2007.

HERDMAN, T., H (ed) **NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions & Classification, 2012- 201.** Ed. Oxford: Wiley- Blackwell, 2012.

HORTA, W. A. **Processo de enfermagem**. São Paulo (SP): EPU; 1979.

KVAAVIK, E.; TELL, G. S; KLEPP, K. I. Predictors and tracking of body mass index from adolescence into adulthood: follow-up of 18 to 20 years in the Oslo Youth Study.

LAMARI, N.; MARINO, L. C, CORDEIRO, J.A; PELLEGRINI, A. M. Flexibilidade anterior do tronco no adolescente após o pico de velocidade de crescimento em estatura. **Acta Ortop Bras.**, v. 15, p. 25-9, 2007.

LIMA, M. C. S. **Exercício físico e melhora do condicionamento aeróbico em adolescentes**. 2010. Tese (Doutorado em Pediatria). – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. 97p.

LOCH, M. R.; POSSAMAI, C. L. Associação entre percepção de saúde e comportamentos relacionados à saúde em adolescentes escolares de Florianópolis, SC. **Cienc. Cuid Saúde**, v.6, n.2, p. 377-383, 2007.

MARIN, et al. Diagnóstico de Enfermagem de idosas carentes de um Programa de Saúde da Família (PSF). **Escola Anna Nery**, v. 12, n.2, p. 278-84, 2008.

MARQUIS, B. L.; HUSTON, C. J. Administração e liderança em enfermagem – **teoria e aplicação**. 2 ed. Porto Alegre (RS): Artes Médicas Sul; 1999.

MATHIAS, S. C.; LOCH, R.; POSSAMAI, C. L. **Associação entre percepção de saúde e comportamentos relacionados à saúde em adolescentes escolares de Florianópolis, SC**. **Cienc Cuid Saude**; v. 6, Suplem. 2, p.377-383, 2007.

MATIAS, T. S., *et al.* Hábitos de atividade física e lazer de adolescentes. **Pensar a Prática**, v. 15, n. 3, p. 55, julh.\set. 2012.

MELO, F. A. P.; OLIVEIRA, F. M. F.; ALMEIDA, M. B. A. Nível de atividade física não identifica o nível de flexibilidade de adolescentes. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 14, n. 1, 2009.

MINATTO, G.; RIBEIRO, R. R; ACHOUR JUNIOR, A.; SANTOS, K. D. Idade, maturação sexual, variáveis antropométricas e composição corporal: influências na flexibilidade. **Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum**, v. 12, p. 151-8, 2010.

North American Nursing Diagnosis Association International. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificações – 2009/2011. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 2009.

OLIVEIRA. M. R. de. **Acurácia do diagnostico Estilo de Vida Sedentário em Adolescentes de escolar Pública**. 2012. 90f. Dissertação (Mestrado). – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2005.

PATEL, et al. **Midlife physical activity and mobility in older age: The In CHIANTI Study**. Am. J. Prev. Med., v. 31, n. 3, p. 217-24, 2006.

PELLEGRINI FILHO A. Compromisso com a ação. **Radis**, n. 47, p.12-14, jul. 2006.

PELLEGRINI FILHO, A. Ciencia en pro de la Salud. Publicación científica y técnica no.578. Washington DC: OPS/OMS, 2000.

PILEGGI, S. O. **Validação clínica do diagnóstico de enfermagem Desobstrução ineficaz das vias aéreas de crianças e adolescentes submetidos à correção cirúrgica de cardiopatia congênita**. 2007. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

PITANGA, F. J. G. Epidemiologia e atividade física e saúde. **Revista Brasileira Ciência e Movimento**. Brasília, v.10, n.3, p. 49-54, jul., 2002.

PITANGA, D. A. de. **Velhice na cultura Contemporânea**. Dissertação (Mestrado) – Universidade Católica de Pernambuco. Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-graduação, 2006.

POMPEO, D. A.; ROSSI, L.A.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnósticos de enfermagem. **Acta Paul. Enferm**, v. 22, n. 4, p. 434-8, 2009.

ROCHA, C. C. M. **A motivação de adolescentes do ensino fundamental para prática de educação física escolar**. 2009. 105f. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desporto). – Faculdade de Motricidade Humana, Universidade Lisboa, Lisboa, 2009.
SALLIS, J. F; OWEN N. **Physical Activity and Behavioral Medicine**. Thousand Oaks CA: Sage Publications; 1999.

SANT'ANNA, C. F; CEZAR-VAZ, M. R; CARDOSO, L. S; ERDMANN, A. L.; SOARES, J. F. S. **Determinantes sociais de saúde: características da comunidade e trabalho das enfermeiras na saúde da família**. Rev. Gaúcha Enferm., v.31, n.1, p. 92-9, Porto Alegre (RS),mar., 2010.

SANTOS *et al.* Prevalência de barreiras para a prática de atividade física em adolescentes. **Rev. bras. Epidemiol.**, v.13, n. 1, p. 94-104, 2010.

SANTOS, I.; FIGUEIREDO, N. M. A.; DUARTE, M. J. R. S.; SOBRAL, V. R. S.; MARINHO, A. M. **Enfermagem fundamental: realidade, questões e soluções**. V. 1. São Paulo (SP): Atheneu; 2002.

SCHNOHR, P.; SCHARLING, H.; JENSEN, J. S. Changes in Leisure-time physical activity and risk of death: an observational study of 7,000 men and women. Am JEpidemiol. 2003; v. 158, n. 7, p.639-44.

SEABRA, A.F et al. Biological and socio-cultural determinants of physical activity in adolescents. **Cad Saude Publica**, v. 24, n. 4, p. 721-36, 2008.

SILVA, P. V. C.; COSTA JUNIOR, A. L. Efeitos da atividade física para a saúde de crianças e adolescentes. **Psicol. Argum.**, Curitiba, v. 29, n.64, p. 41-50, jan.\mar. 2011

SONOO, C. N.; HAMANDA, M. L.; HOSHINO, E. F. Fobia social e autoconceito: um estudo correlacional com a prática de atividade física. **Revista Brasileira de Cine-antropometria & Desempenho Humano**, v. 10, n. 4, p. 360-366, 2008.

TEIXEIRA, C. P.; MARTINOFF, T; FERREIRA, M. T. Barreiras para a prática de atividade física entre adolescentes. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 2, n. 4, jul,\dez. 2004.

ZANETTI, M. L.; MARZIALLE, M. H. P.; ROBAZZI, M. L. C. C. O modelo de Horta, a taxonomia de NANDA e o método de solução de problemas como estratégia na assistência de enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm**, jan-dez; v. 15, n. 1\2, p. 76-84, 1994.



TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO DIGITAL NA BIBLIOTECA
"JOSÉ ALBANO DE MACEDO"

Identificação do Tipo de Documento

- () Tese
() Dissertação
(X) Monografia
() Artigo

Eu, Joyce Kécia de Sousa Luz,
autorizo com base na Lei Federal nº 9.610 de 19 de Fevereiro de 1998 e na Lei nº 10.973 de
02 de dezembro de 2004, a biblioteca da Universidade Federal do Piauí a divulgar,
gratuitamente, sem ressarcimento de direitos autorais, o texto integral da publicação
Determinantes Sociais de Saúde e o diagnóstico de Enfer-
magem Estilo de vida Sedentário
de minha autoria, em formato PDF, para fins de leitura e/ou impressão, pela internet a título
de divulgação da produção científica gerada pela Universidade.

Picos-PI 09 de Novembro de 2015.

Joyce Kécia de Sousa Luz
Assinatura

Joyce Kécia de Sousa Luz
Assinatura