



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

RYANNE CAROLYNNE MARQUES GOMES

**VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM RISCO DE
BINÔMIO MÃE-FETO PERTURBADO EM GESTANTES DE ALTO RISCO**

Recife
2019

RYANNE CAROLYNNE MARQUES GOMES

**VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM RISCO DE
BINÔMIO MÃE-FETO PERTURBADO EM GESTANTES DE ALTO RISCO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem e Educação em Saúde.

Linha de Pesquisa: Saúde da Família nos cenários do cuidado de enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Suzana de Oliveira Manguiera.

Coorientadora: Profa. Dra. Francisca Márcia Pereira Linhares.

Recife

2019

Catálogo na fonte:
bibliotecária: Elaine Freitas, CRB4: 1790

G633v Gomes, Rynanne Carolynne Marques
Validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem risco de
binômio mãe-feto perturbado em gestantes de alto risco/ Rynanne
Carolynne Marques Gomes. – 2019.
158f. ; il.

Orientadora: Suzana de Oliveira Mangueira.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco,
Centro de Ciências da Saúde. Programa de pós-graduação em
enfermagem. Recife, 2019.
Inclui referências, apêndices e anexo.

1. Diagnóstico de enfermagem. 2. Educação em saúde. 3.
Enfermagem. 4. Estudo de validação. 5. . Gestação de alto risco. I.
Mangueira, Suzana de Oliveira (orientadora). II. Título.

616.73 CDD (22.ed.) UFPE (CCS 2019 - 298)

RYANNE CAROLYNNE MARQUES GOMES

**VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM RISCO DE
BINÔMIO MÃE-FETO PERTURBADO EM GESTANTES DE ALTO RISCO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em: 09/12/2019

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Suzana de Oliveira Manguiera (Orientadora)

Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a Dr^a. Cecília Maria Farias de Queiroz Frazão (Examinadora Interna)

Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a Dr^a. Ana Catarina Torres de Lacerda (Examinadora Externa)

Universidade Federal de Pernambuco

Prof^o. Dr^o. Marcos Venícios de Oliveira Lopes (Examinador Externo)

Universidade Federal do Ceará

A **Deus**, dono dos meus planos e autor do meu destino.

Aos meus pais **Sônia Maria** e **Risaldo Gomes** e ao meu irmão **Ricácio Luan**, por todo o incentivo.

Ao meu esposo **Elizardo Mendes**, pelo companheirismo, amor, respeito e dedicação.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a **Deus** que tem estabelecido e guiado todos os meus planos, cuidado de mim em todos os momentos e realizado meu sonho.

Aos meus pais **Sônia Maria e Risaldo Gomes**, que sempre me incentivaram e nunca mediram esforços. Sou fruto de tanto amor, carinho, educação e apoio. Obrigado por me proporcionarem o que nunca tiveram e por sempre torcerem por minha vitória. Sem o incentivo de vocês, eu não teria chegado até aqui.

Ao meu irmão **Ricácio Luan**, que é uma fonte de inspiração para mim e que sempre está presente na minha vida. Obrigado pelo carinho e pela preocupação que tens comigo.

Ao meu esposo **Elizardo Mendes**, que foi meu apoio, meu companheiro e meu amigo. Que sempre escutava meus medos e meus anseios. Obrigada por ser essa pessoa que sempre acreditou no meu potencial, pelos incentivos e por ter sido meu ombro para chorar, por sorrir comigo nos momentos que eu precisava e por nunca ter soltado minha mão. Agradeço também por tudo que você abriu mão, para que eu pudesse conquistar os meus sonhos. Sem você a jornada teria sido mais difícil. Obrigada pela compreensão da minha ausência dedicada a este estudo.

À minha orientadora **Prof^a. Dr^a. Suzana de Oliveira Manguiera**, por todos os ensinamentos, contribuições, conselhos e compreensão. Obrigada pela atenção e dedicação ao meu trabalho. A senhora é um exemplo para mim!

À minha coorientadora **Prof^a. Dr^a. Francisca Márcia Pereira Linhares**, que se dedicou na construção deste trabalho. Obrigada pelas contribuições e sugestões para aperfeiçoamento da pesquisa.

Aos **meus amigos**. Agradeço especialmente aqueles que estiveram presentes nesse período de formação profissional e pessoal. Muito obrigada pela torcida, pelo incentivo e por acreditarem em mim.

À **turma 10 do mestrado**, pelas trocas de experiências, ideias e conhecimento. Obrigada por todas as sugestões para este trabalho.

Aos **professores do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFPE**, que foram essenciais para a minha formação profissional e pessoal. Sou grata por todos os ensinamentos!

Ao **Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFPE** pela qualidade e compromisso. Sou muito grata pela acolhida e pelos profissionais competentes, que não medem esforços para atender às necessidades dos discentes.

Às **professora da banca de qualificação**: Ana Catarina, Ana Luiza, Cleide Pontes e Jaqueline Perrelli, que olharam cuidadosamente meu trabalho e deram contribuições essenciais para o desenvolvimento desta pesquisa. Em especial, agradeço a **Profª. Drª. Jaqueline Galdino Albuquerque Perrelli**, que desde a disciplina de Grupos I trouxe inúmeras sugestões e contribuições. Obrigada pelas correções e pela dedicação com o meu trabalho!

Ao **Profº. Drº. Marcos Venícios de Oliveira Lopes**, pelas contribuições e direcionamentos desta pesquisa. Agradeço por todas as colocações. Sua vasta experiência em estudos de validação de diagnósticos de enfermagem veio a contribuir bastante na minha pesquisa.

À **Profª. Drª. Cecília Maria Farias de Queiroz Frazão**, pelas contribuições desde a disciplina de Grupos II e na pré-banca de defesa de dissertação. Agradeço o carinho e as contribuições para aperfeiçoamento desta dissertação.

À **Profª Drª. Ana Catarina Torres de Lacerda**, pelas contribuições na pré-banca de defesa de dissertação. A sua experiência na área de saúde da mulher/enfermagem obstétrica contribuiu para o desenvolvimento desta dissertação.

Aos **especialistas**, que foram essenciais para o desenvolvimento deste estudo. Sem vocês, não havia possibilidade de realizar uma das etapas da pesquisa. Agradeço o apoio, o incentivo, as contribuições, as indicações, as sugestões, por serem pacientes e por responderem em tempo hábil.

Esta dissertação é fruto de muita dedicação, estudo e responsabilidade. Finalizo agradecendo a todos, que não foram mencionados, mas que direta ou indiretamente contribuíram com minha trajetória no mestrado. Partilho com vocês minha conquista.

Muito obrigada!

“Quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender.”

(FREIRE, 1997, p. 12)

RESUMO

Na assistência à gestante de alto risco, o enfermeiro pode realizar ações de educação em saúde por meio da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, a qual segue as etapas do Processo de Enfermagem. Evidencia-se o diagnóstico de enfermagem como a etapa fundamental desse processo, pois, a partir de sua correta identificação, realizam-se as intervenções, com vistas à evolução favorável do binômio mãe-feto. O objetivo desta pesquisa foi validar o conteúdo do diagnóstico de enfermagem Risco de binômio mãe-feto perturbado em gestantes de alto risco. Trata-se um estudo metodológico de validação de diagnóstico de enfermagem em duas etapas: Análise de conceito e Análise de conteúdo por especialistas. A análise de conceito seguiu o referencial de Walker e Avant e foram realizadas oito etapas: Escolha do conceito; Determinação do objetivo da análise; Identificação dos usos do conceito; Determinação dos atributos definidores; Identificação do caso modelo; Identificação do caso adicional; Identificação dos antecedentes e Determinação dos referenciais empíricos. Para subsidiar a análise, foi realizada uma revisão integrativa da literatura. A busca se deu nas bases de dados: PUBMED, CINAHL, SCOPUS e LILACS e na biblioteca virtual SciELO, com os descritores “*Pregnancy, High-Risk*”, “*Risk Factors*” e “*Pregnancy Complications*” e recorte temporal de 2008-2018. A amostra foi composta de 37 artigos e foi possível identificar dois atributos e 21 antecedentes do conceito “binômio mãe-feto”, sendo 10 fatores de risco, cinco populações em risco e seis condições associadas. Desses, constam na NANDA-I (2018-2020): um atributo, três fatores de risco (com terminologias diferentes) e quatro condições associadas. A partir dos atributos encontrados, sugeriu-se a revisão do título e da definição do diagnóstico em estudo, com a finalidade de dar clareza ao diagnóstico. Foram utilizados livros, artigos, diretrizes e manuais acerca da temática para a construção das definições conceituais e operacionais. A segunda etapa do estudo, a análise de conteúdo por especialistas, foi realizada por meio da abordagem da sabedoria coletiva, cuja finalidade foi verificar com 48 especialistas a relevância dos elementos do diagnóstico de enfermagem em estudo para possibilitar a sua correta identificação e subsidiar o planejamento da assistência de enfermagem. Foi adotado o Intervalo de Confiança do Índice de Validade de Conteúdo $\geq 0,8$ para adequação dos itens avaliados. Dentre os 21 antecedentes apresentados, 14 foram considerados adequados (sete fatores de risco, uma população em risco e seis condições associadas). Para os elementos com Intervalo de Confiança do Índice de Validade de Conteúdo $< 0,8$ (três fatores de risco e quatro populações em risco), os itens foram excluídos ou alterados conforme sugestões dos

especialistas. Espera-se que este estudo possa subsidiar o enfermeiro na identificação do referido diagnóstico. Além disso, os achados desta pesquisa sugerem a realização da etapa de validação clínica para fornecer subsídios à prática do enfermeiro na identificação do diagnóstico em estudo.

Palavras-chave: Diagnóstico de Enfermagem. Educação em Saúde. Enfermagem. Estudo de validação. Gestação de Alto Risco.

ABSTRACT

In assisting high-risk pregnant women, nurses can perform health education actions through the implementation of Nursing Care Systematization, which follows the stages of the Nursing Process. The nursing diagnosis is evidenced as the fundamental stage of this process, since, from its correct identification, the interventions are performed, aiming at the favorable evolution of the mother-fetus binomial. The objective of this research was to validate the content of the nursing diagnosis Risk of disturbed mother-fetus binomial in high-risk pregnant women. This is a methodological study of nursing diagnosis validation in two stages: Concept Analysis and Content Analysis by experts. The concept analysis followed the Walker and Avant framework and seven steps were performed: Concept choice; Determination of the purpose of the analysis; Determination of defining attributes; Model case identification; Additional case identification; Identification of antecedents and determination of empirical references. To support the analysis, an integrative literature review was performed. The search was done in the databases: PUBMED, CINAHL, SCOPUS and LILACS and in the SciELO virtual library, with the descriptors “Pregnancy, High-Risk”, “Risk Factors” and “Pregnancy Complications” and time frame 2008-2018. The sample consisted of 37 articles and it was possible to identify two attributes and 21 antecedents of the concept “mother-fetus binomial”, being 10 risk factors, five populations at risk and six associated conditions. These include NANDA-I (2018-2020): one attribute, three risk factors (with different terminologies) and four associated conditions. From the found attributes, it was suggested to review the title and the definition of the diagnosis under study, in order to clarify the diagnosis. Books, articles, guidelines and manuals on the theme were used to construct conceptual and operational definitions. The second stage of the study, the content analysis by experts, was performed through the collective wisdom approach, whose purpose was to verify with 48 experts the relevance of the elements of the nursing diagnosis under study to enable their correct identification and support the planning of nursing care. The Content Validity Index Confidence Interval ≥ 0.8 was adopted to adjust the evaluated items. Among the 21 antecedents presented, 14 were considered adequate (seven risk factors, one population at risk and six associated conditions). For elements with a Content Validity Index Confidence Interval <0.8 (three risk factors and four populations at risk), the items were deleted or changed as suggested by the experts. It is hoped that this study can support the nurse in identifying this diagnosis. In addition, the findings of this research suggest that the clinical

validation stage should be performed to provide support to nurses' practice in identifying the diagnosis under study.

Keywords: Nursing Diagnosis. Health Education. Nursing. Validation Study. High Risk Pregnancy.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Artigos selecionados por base de dados. Recife-PE, 2019	39
Figura 2 - Síntese das alterações dos antecedentes após a análise de conceito. Recife-PE, 2019	59

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Classificação do nível de evidência de acordo com Melnyk e Fineout-Overholt. Recife-PE, 2019	40
Quadro 2 – Atributos do conceito “binômio mãe-feto” e antecedentes que afetam negativamente o binômio. Recife-PE, 2019.....	49
Quadro 3 - Relação dos antecedentes do conceito binômio mãe-feto evidenciados na literatura com os elementos do diagnóstico de enfermagem Risco de binômio mãe-feto perturbado da NANDA-I. Recife-PE, 2019.....	58
Quadro 4 – Definições conceituais e operacionais dos fatores de risco. Recife - PE, 2019	60
Quadro 5 – Definições conceituais e operacionais das populações em risco. Recife - PE, 2019	63
Quadro 6 – Definições conceituais e operacionais das condições associadas. Recife - PE, 2019	64
Quadro 7- Alterações sugeridas pelos especialistas para a definição do DE em estudo. Recife, 2019.	69

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Parâmetros para classificação dos juízes. Recife-PE, 2019	44
Tabela 2 - Distribuição dos artigos de acordo com base de dados, idioma, país de publicação, ano de publicação, área de publicação, nível de evidência e rigor metodológico. Recife-PE, 2019	48
Tabela 3 - Caracterização dos especialistas que participaram da validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem Risco de binômio mãe-feto perturbado. Recife-PE, 2019	66
Tabela 4 – Elementos do diagnóstico de enfermagem Risco de binômio mãe-feto perturbado. Recife, 2019	68
Tabela 5 - Índices de validade de conteúdo dos fatores de risco ajustados pelo nível de expertise. Recife, 2019	70
Tabela 6 - Índices de Validade de Conteúdo das populações em risco ajustados pelo nível de expertise. Recife, 2019	71
Tabela 7 - Índices de Validade de Conteúdo das condições associadas ajustados pelo nível de expertise. Recife, 2019	72

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ASSIST	<i>Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test</i>
AUDIT	<i>Alcohol Use Disorders Identification</i>
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CASP	<i>Critical Appraisal Skills Programm</i>
CD-R	<i>Compact Disc</i>
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CINAHL	<i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DE	Diagnóstico de Enfermagem
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DMG	Diabetes Mellitus Gestacional
DPP	Descolamento prematuro de Placenta
EUA	Estados Unidos da América
FR	Fatores de Risco
IC	Intervalo de Confiança
IMC	Índice de Massa Corpórea
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
HELLP	<i>Hemolytic anemia, Elevated Liver enzymes e Low Platelet count</i>
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
LOE	<i>Level Of Evidence</i>
MeSH	<i>Medical Subject Headings</i>
MS	Ministério da Saúde
NANDA-I	NANDA Internacional
OMS	Organização Mundial de Saúde
PBE	Pesquisa Baseada em Evidências
PE	Processo de Enfermagem
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SAF	Síndrome Alcoólica Fetal
SNC	Sistema Nervoso Central
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SHG	Síndromes Hipertensivas da Gravidez

SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco

LISTA DE SÍMBOLOS

n	Amostra final
n_0	Amostra inicial
p	Nível de significância
s	Desvio padrão
X	Tempo de prática (anos)
Y	Tempo de grupo de pesquisa (anos)
Z	Conhecimento científico
Z_1	Titulação
$Z_{1-\alpha/2}$	Nível de confiança
Z_2	Trabalho de titulação
Z_3	Produção científica
W	Teste de Shapiro-Wilk
σ	Erro amostral
Σ	Somatório
$>$	Maior
$\geq$	Maior ou igual
$<$	Menor
$\leq$	Menor ou igual
$\%$	Porcentagem

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	21
2	OBJETIVOS	25
2.1	OBJETIVO GERAL.....	25
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	25
3	REVISÃO DA LITERATURA	26
3.1	GESTAÇÃO DE ALTO RISCO	26
3.2	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: ABORDAGEM PELA TAXONOMIA DA NANDA-I.....	29
3.3	VALIDAÇÃO DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	32
4	MATERIAIS E MÉTODOS	36
4.1	ANÁLISE DE CONCEITO	36
4.1.1	Referencial teórico-metodológico.....	36
4.1.2	Revisão Integrativa da Literatura	38
4.2	ANÁLISE DE CONTEÚDO POR ESPECIALISTAS	41
4.2.1	Referencial teórico-metodológico.....	41
4.2.2	Seleção dos especialistas.....	42
4.2.3	Critérios de inclusão e critérios de exclusão/perda	45
4.2.4	Procedimento para coleta de dados	45
4.2.5	Instrumento de coleta de dados.....	45
4.2.6	Forma de organização e análise de dados	46
4.2.7	Aspectos éticos	47
5	RESULTADOS	48
5.1	ANÁLISE DE CONCEITO	48
5.1.1	Caracterização dos artigos da análise de conceito.....	48
5.1.2	Identificação dos atributos e dos antecedentes do conceito binômio mãe-feto	48
5.1.3	Relação dos atributos e antecedentes do conceito binômio mãe-feto evidenciados na literatura com a NANDA-I	58
5.1.4	Elaboração das definições conceituais e operacionais dos antecedentes	60
5.1.5	Elaboração do caso modelo e caso adicional	65
5.2	ANÁLISE DE CONTEÚDO POR ESPECIALISTAS	66
5.2.1	Caracterização dos especialistas	66
5.2.2	Análise dos elementos do DE Risco de binômio mãe-feto perturbado	68

5.2.3	Análise dos fatores de risco do DE Risco de binômio mãe-feto perturbado	70
5.2.4	Análise das populações em risco do DE Risco de binômio mãe-feto perturbado ..	71
5.2.5	Análise das condições associadas do DE Risco de binômio mãe-feto perturbado	72
6	DISCUSSÃO	74
6.1	ANÁLISE DE CONCEITO	74
6.1.1	Caracterização dos artigos da análise de conceito.....	74
6.1.2	Atributos do conceito binômio mãe-feto.....	74
6.1.3	Fatores de risco	76
6.1.4	Populações em risco.....	80
6.1.5	Condições associadas.....	82
6.2	ANÁLISE DE CONTEÚDO.....	83
6.2.1	Caracterização dos especialistas	83
6.2.2	Análise do título do DE Risco de binômio mãe-feto perturbado.....	85
6.2.3	Análise da definição do DE Risco de binômio mãe-feto perturbado	86
6.2.4	Análise do domínio do DE Risco de binômio mãe-feto perturbado.....	87
6.2.5	Análise da classe do DE Risco de binômio mãe-feto perturbado	88
6.2.6	Análise dos fatores de risco do DE Risco de binômio mãe-feto perturbado	88
6.2.7	Análise das populações em risco do DE Risco de binômio mãe-feto perturbado .	90
6.2.8	Análise das condições associadas do DE Risco de binômio mãe-feto perturbado	91
7	CONCLUSÃO.....	93
	REFERÊNCIAS	95
	APÊNDICE A – INSTRUMENTO DA COLETA DE DADOS DA ANÁLISE DE CONCEITO.....	113
	APÊNDICE B – CARTA-CONVITE AOS ESPECIALISTAS.....	116
	APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	117
	APÊNDICE D – APRESENTAÇÃO E INSTRUÇÕES PARA PREENCHER O INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	120
	APÊNDICE E – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DA ANÁLISE DE CONTEÚDO POR ESPECIALISTAS (PARTE 1).	123
	APÊNDICE F – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DA ANÁLISE DE CONTEÚDO POR ESPECIALISTAS (PARTE 2)	127
	APÊNDICE G – TERMO DE COMPROMISSO E CONFIDENCIALIDADE	143

APÊNDICE H – ALTERAÇÕES DAS DEFINIÇÕES CONCEITUAIS E OPERACIONAIS	144
ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	154

1 INTRODUÇÃO

A gestação é um processo fisiológico que provoca alterações físicas, sociais, psicológicas e hormonais. Nesse processo, a gestante pode desenvolver patologias ou apresentar condições clínicas preexistentes agravadas, tornando-se uma gravidez de alto risco, na qual poderá ter complicações para o binômio mãe-feto (MELO et al., 2016).

No mundo, 20 milhões de mulheres têm gestação de alto risco e mais de 800 morrem diariamente devido às complicações gestacionais. No Brasil, a gestação de alto risco ocorre em cerca de 10% a 20% das gestantes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018). As patologias mais frequentes são as Síndromes Hipertensivas da Gravidez (SHG) e o Diabetes Mellitus Gestacional (DMG). Algumas complicações surgem com maior frequência no primeiro e segundo trimestre, enquanto outras surgem no terceiro trimestre da gestação (HOLNESS, 2018; NASCIMENTO et al., 2018).

O Ministério da Saúde (MS) classifica os fatores de risco gestacional em duas formas: em problemas preexistentes e em problemas que podem surgir na gestação (BRASIL, 2012). Os mais comuns são: idade maior que 35 anos, abuso de substâncias (tabagismo, drogas e álcool), doenças infectocontagiosas, hipertensão arterial, ganho ponderal inadequado, trabalho de parto prematuro, ruptura prematura de membranas, placenta prévia, sangramento proveniente do útero e retardo do crescimento uterino. Esses fatores devem ser identificados precocemente (MELO et al., 2016; ERRICO et al., 2018).

A identificação dos fatores de risco, bem como a atenção à saúde do binômio mãe-feto, ocorre nas consultas de pré-natal de risco habitual realizadas pelo enfermeiro por meio da anamnese, do exame físico, da solicitação de exames complementares e das ações de educação em saúde, que têm como finalidade evitar a evolução desfavorável tanto para o feto quanto para a mãe (MEDEIROS et al., 2016; ERRICO et al., 2018).

Quando ocorre o risco de evolução desfavorável para o binômio mãe-feto, faz-se necessário a atenção, o acompanhamento e os devidos cuidados realizados pela equipe multiprofissional que deve estar capacitada para identificar os fatores que afetam a gestação, considerando os aspectos clínicos, individuais, emocionais e socioeconômicos das gestantes. Dentre essa equipe, destaca-se o enfermeiro, que ao acompanhar as gestantes de risco habitual, tem como atribuição detectar as complicações gestacionais (OLIVEIRA et al., 2017; SANTOS et al., 2017; FERREIRA JUNIOR et al., 2018; RODRIGUES et al., 2016; MEDEIROS et al., 2016; ERRICO et al., 2018).

O enfermeiro não realiza consultas de pré-natal com gestantes de alto risco, conforme a Resolução nº 516/2016 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2016), porém pode encaminhar essas gestantes para consultas médicas nos serviços de referência/especializados. Nesses locais, o enfermeiro também realiza ações de educação em saúde, com ênfase na promoção da saúde e prevenção de doenças, instigando o autocuidado, com vistas à qualidade de vida dessa população (BRASIL, 2012; BRASIL, 2013; CAMILO et al., 2016; ERRICO et al., 2018; NASCIMENTO et al., 2018; SALGE, et al. 2017; SILVA et al., 2017).

A educação em saúde promove a troca de saberes e o empoderamento, com o objetivo de melhorar a saúde e oportunizar a construção da consciência crítica dos indivíduos. Além disso, favorece o fortalecimento de atitudes e a busca de soluções para os problemas evidenciados (CAMILLO et al., 2016; SANTOS et al., 2017).

Ações educativas para as gestantes de alto risco podem ser planejadas e realizadas por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), na qual os enfermeiros consideram as doenças e as suas consequências sobre a mãe e o feto, baseadas no estado emocional e na mudança da dinâmica familiar, que é acompanhada por preocupações, medos, tensões e novas demandas (SANTOS; CAMPOS; DUARTE, 2014; OLIVEIRA; MANDÚ, 2015).

A SAE consiste na realização do cuidado com base nas cinco etapas do Processo de Enfermagem, a saber: Avaliação do paciente, Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento, Implementação e Reavaliação contínua (HERDMAN; KAMITSURU, 2018). Evidencia-se a etapa do Diagnóstico de Enfermagem (DE) como norteadora do cuidado, pois sintetiza informações da coleta de dados na fase anterior e subsidia o planejamento da assistência de enfermagem, a fim de implementar as intervenções e avaliar os seus resultados posteriormente. DE é definido pela taxonomia da NANDA Internacional (NANDA-I) como um julgamento clínico dado a uma resposta ou a vulnerabilidade do indivíduo, família, grupo ou comunidade, diante de condições de saúde e/ou processos de vida reais ou potenciais (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

A NANDA-I aborda três tipos de diagnóstico de enfermagem: com foco no problema, de promoção da saúde e de risco. Este estudo abordará um diagnóstico de enfermagem de risco, o qual pode ser considerado prioritário para o paciente (HERDMAN; KAMITSURU, 2018), por exemplo, o diagnóstico Risco de binômio mãe-feto perturbado pode ser prioritário para as gestantes de alto risco, devido às complicações gestacionais que podem ameaçar tanto a vida materna quanto a vida fetal (NASCIMENTO et al., 2018).

O DE em estudo é definido pela taxonomia como “susceptibilidade à ruptura da relação simbiótica mãe-feto em consequência de comorbidade ou problemas relacionados à gestação que pode comprometer a saúde” (HERDMAN; KAMITSURU, 2018, p. 303). O mesmo apresenta nível de evidência 2.1, é composto por três fatores de risco, quatro condições associadas e está inserido no domínio “sexualidade” e na classe “reprodução” (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

A edição 2018-2020 da NANDA-I trouxe mudanças significativas. Tais alterações são a inclusão das categorias “populações em risco” e “condições associadas”, as quais consistem em grupos de pessoas com características de susceptibilidade à determinada resposta humana (que não são modificáveis pelo enfermeiro) e indicadores pelos quais os enfermeiros não podem realizar intervenções de forma independente, respectivamente (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

Outra alteração significativa refere-se à recategorização de alguns fatores de risco, os quais não sofreram análises conceituais para essas novas mudanças, sendo necessária a realização de pesquisas para corroborar o conteúdo da NANDA-I e para desenvolver novos indicadores, uma vez que a sua terminologia não é completa ou acabada, mas sim, está sempre evoluindo conforme o conhecimento se amplia (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

Uma busca prévia na literatura acerca do diagnóstico de enfermagem Risco de binômio mãe-feto perturbado evidenciou que os estudos apenas citam a presença do diagnóstico na população de gestantes de risco habitual e de gestantes de alto risco. No entanto, não abordam a análise de conceito e a validação de conteúdo do mesmo (CRESPO et al., 2018; HERCULANO et al., 2011; MAYA et al., 2018; TEIXEIRA et al., 2015).

Validar um DE consiste em estabelecer evidências para utilizá-lo em uma população definida com um objetivo específico. A validação é realizada em três etapas: análise de conceito, análise de conteúdo por especialistas e análise da acurácia dos indicadores clínicos. (SANTOS, 2017; LOPES; SILVA, 2016). A proposta de validação de conteúdo de diagnósticos de enfermagem proposto por Lopes e Silva (2016), a qual é foco deste estudo, abrange a análise por especialistas do material oriundo da análise de conceito, com o objetivo de verificar a relevância dos indicadores clínicos.

Dessa forma, a realização deste estudo é pertinente e essencial, pois as análises de conceito e de conteúdo contribuirão para a identificação e a legitimação da definição do diagnóstico e dos seus antecedentes, para uso de terminologia adequada na prática profissional.

Diante da problemática exposta, questiona-se: Qual a validade de conteúdo do diagnóstico de enfermagem Risco de binômio mãe-feto perturbado em gestantes de alto risco?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Validar o conteúdo do diagnóstico de enfermagem Risco de binômio mãe-feto perturbado em gestantes de alto risco.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar os atributos e os antecedentes do conceito binômio mãe-feto;
- Relacionar os atributos e os antecedentes do conceito evidenciados na literatura com a definição e os fatores de risco do diagnóstico de enfermagem Risco de binômio mãe-feto perturbado apresentados pela NANDA-I;
- Elaborar definições conceituais e operacionais dos antecedentes (fatores de risco, populações em risco e condições associadas) do diagnóstico de enfermagem Risco de binômio mãe-feto perturbado;
- Verificar com especialistas a relevância dos antecedentes do diagnóstico de enfermagem Risco de binômio mãe-feto perturbado.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 GESTAÇÃO DE ALTO RISCO

O período gestacional é considerado um fenômeno natural, fisiológico e dinâmico, que provoca mudanças físicas, hormonais, sociais e emocionais. Contudo, a gestante pode ter potencial para riscos durante a gestação, trabalho de parto e parto. Assim, quando ocorre complicações gestacionais ou potenciais riscos para o bem-estar da mãe e/ou do feto, a gestação passa a ser considerada de alto risco (ANTUNES et al., 2017; HOLNESS, 2018; NASCIMENTO et al., 2018).

A gestação de alto risco é considerada um problema de saúde mundial. Pode ser definida como uma série de condições clínicas, obstétricas ou sociais que provocam complicações durante a gestação e que ameaçam o bem-estar do binômio mãe-feto, comprometendo os desfechos do período gestacional que podem levar a morbidade ou mortalidade materna e/ou fetal (HAFEZ et al., 2014; MCCOYD; MUNCH; CURRAN, 2018).

No mundo, a taxa de gestação de alto risco varia de 6% a 33% (JANTSCH et al., 2017). No Brasil, 20% das gestações são consideradas de alto risco. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), cada dia, aproximadamente 800 mulheres morrem devido às complicações gestacionais, sendo que 99% dessas mortes ocorrem em países em desenvolvimento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018). Em 2013, 289 mil mulheres morreram durante a gestação ou parto e a maioria das mortes foram consideradas evitáveis (ANTUNES et al., 2017).

As gestantes de alto risco requerem cuidados complexos, os quais podem envolver: modificação no estilo de vida, hospitalização, apoio farmacológico e técnico. Assim, essas gestantes necessitam de atenção, acompanhamento, diagnóstico preciso e tratamento, com a finalidade de garantir resultados perinatais satisfatórios (RODRIGUES et al., 2016; RODRIGUES et al., 2016).

Os fatores de risco gestacionais devem ser identificados na assistência ao pré-natal por meio da anamnese, do exame físico e dos exames laboratoriais. O risco gestacional deve ser avaliado conforme indicação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012) e pode ser classificado em: características individuais; condições socioeconômicas desfavoráveis; história pregressa; doenças obstétricas atuais e intercorrências clínicas. Além disso, em problemas preexistentes e em problemas que podem surgir no período gestacional, tais como: uso de drogas lícitas ou ilícitas; doenças cardiovasculares, respiratórias, endócrinas, autoimunes e infecciosas;

epilepsia; neoplasias; idade materna avançada; baixo peso gestacional; sobrepeso; obesidade; depressão; conflitos familiares; baixa escolaridade, entre outros (MCCOYD; MUNCH; CURRAN, 2018; MELO et al., 2016; BRASIL, 2013).

Ressalta-se que a Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) e as Síndromes Hipertensivas (SH) - hipertensão crônica, pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão crônica e hipertensão gestacional - são as causas mais frequentes para complicações gestacionais, com prevalência de 10 e 14%, respectivamente. Acrescenta-se que 5% a 10% das gestantes têm complicações gestacionais devido a pré-eclâmpsia (HOLNESS, 2018; ANTUNES et al., 2017; SAMPAIO; ROCHA; LEAL, 2018; NASCIMENTO et al., 2018; LANGARO; SANTOS, 2014).

No Brasil, as taxas de morbimortalidades maternas e fetais são elevadas, porém a maioria das complicações gestacionais podem ser evitadas por meio da participação ativa dos serviços de saúde. Para isso, a Rede Cegonha foi criada tendo a finalidade de reduzir a morbimortalidade, bem como melhorar a assistência à saúde no período gestacional, na qual tem-se o cuidado pré-natal como uma importante ferramenta para a detecção precoce dos fatores de risco (BRASIL, 2012; JANTSCH et al., 2017; WILHELM et al., 2015).

A assistência ao pré-natal favorece a identificação da gestação de alto risco por meio da avaliação das situações de risco. Os profissionais de saúde devem reconhecer precocemente os fatores de risco para que possam desenvolver ações de saúde que venham a promover uma melhor atenção à gestante e prevenir agravos para a saúde materna e fetal, pois, no pré-natal deve-se proteger a vida do binômio mãe-feto (BRASIL, 2012; BRASIL, 2013; JANTSCH et al., 2017; MELO et al., 2016; WILHELM et al., 2015).

O acompanhamento gestacional é fundamental para a garantia da gestação segura e esclarecimentos de dúvidas, visto que as gestantes que realizam o pré-natal com qualidade têm possibilidade de reduzir as morbidades que podem persistir mesmo após a gestação. Além de evitar a mortalidade materna e/ou fetal (COSTA et al., 2016).

Logo, quando a gestação torna-se de alto risco, é necessária a garantia do acesso da gestante aos recursos, aos profissionais de saúde e aos serviços de referência/especializados, que garantam a integralidade do cuidado e o melhor resultado para a mãe e para o feto. (AQUINO; SOUTO, 2015; BRASIL, 2012; RODRIGUES et al., 2016; AMIN et al., 2016; DIAS et al., 2018).

As gestantes de alto risco vivenciam um processo complexo, dinâmico, individual e social, que se expande para o parceiro, família e sociedade. Os profissionais de saúde não devem apenas considerar as patologias das gestantes, mas suas consequências na dinâmica familiar e no estado emocional da mulher, bem como seus aspectos biopsicossociais,

espirituais e culturais. Com o diagnóstico de gestação de alto risco, surgem sentimentos desagradáveis nas mulheres, tais como: medo, ansiedade, estresse e depressão, visto que sentem-se vulneráveis. Devido aos problemas vivenciados pela gestante de ordem psicológica, biológica ou social, a equipe de saúde deve realizar uma assistência holística e centrada na pessoa, para reduzir a morbimortalidade materna (WILHELM et al., 2015; GOUROUNTI; RODRIGUES et al., 2016; AQUINO; SOUTO, 2015).

Dentre a equipe de saúde, a atuação do enfermeiro no contexto da gestação de alto risco se torna imprescindível para conhecer as reais necessidades das gestantes, por meio da assistência de enfermagem humanizada, de orientações e de ações educativas (RODRIGUES et al., 2016).

De acordo com a Resolução nº 516/2016 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2016), o enfermeiro não realiza consultas de pré-natal de alto risco. Contudo, esse profissional tem competências técnicas para desempenhar papéis de promoção da saúde, de proteção e de reabilitação às gestantes de alto risco. Nesse caso, o enfermeiro deve encaminhar essas gestantes para o nível de assistência mais complexo. Ademais, ao identificar fatores de riscos gestacionais, o profissional deve dar ênfase aos aspectos preventivos, promover o autocuidado e a comunicação precoce de alterações (BRASIL, 2012; BRASIL, 2013; CAMILO et al., 2016; ERRICO et al., 2018; NASCIMENTO et al., 2018; SALGE, et al. 2017; SILVA et al., 2017).

O enfermeiro deve, em conjunto com os demais profissionais de saúde, dar prioridade a assistência ao pré-natal e a detecção precoce de riscos. Para essa detecção, faz-se necessário a realização da anamnese, do exame físico e das ações de educação em saúde, que são essenciais no contexto da gestação de alto risco, uma vez que auxiliam as gestantes no resgate do papel de protagonistas no processo da gestação (AMORIM et al., 2017).

As ações de educação em saúde para as gestantes podem aumentar o conhecimento das mulheres sobre as mudanças fisiológicas durante a gravidez. Além disso, podem esclarecer dúvidas, tranquilizar medos, permitir a troca de experiências, promover o autocuidado, reduzir as complicações gestacionais e conscientizar as gestantes sobre as necessidades de saúde (NUNES et al., 2019; AL-ATEEQ; AL-RUSAISS, 2015; CARDOSO et al., 2019).

Ações educativas para as gestantes podem ser realizadas de forma individual ou coletiva. Como exemplo, tem-se os grupos de gestantes, que objetivam a interação entre as mulheres e os profissionais de saúde. Nesses espaços, essas mulheres podem falar de suas

vivências e experiências, o que viabiliza a oportunidade do diálogo e permite à mesma ser multiplicadora de saúde e protagonista do autocuidado (ALVES et al., 2019).

Dessa forma, a realização de atividades educativas com as gestantes reforça a confiança entre as mulheres e os profissionais, criando um ambiente harmonioso para o estabelecimento da assistência à saúde. O enfermeiro, ao realizar essas atividades, desenvolve um papel importante para detecção do aparecimento e/ou agravamento de complicações gestacionais. Nesse sentido, o profissional deve orientar, auxiliar e apoiar essas mulheres, garantindo uma prática assistencial humanizada e de alta qualidade, bem como atendendo as suas peculiaridades (FERREIRA et al., 2019; ALVES et al., 2019).

Além disso, conforme o Manual Técnico de Gestação de Alto Risco (BRASIL, 2012), o enfermeiro deve, ao acolher as gestantes, avaliar os níveis de complexidade de cuidados para estabelecer as prioridades. O profissional deve compreender as necessidades sociais, familiares e culturais dessa população; fornecer orientações e planejar intervenções, as quais contribuem para a redução da incidência de morbidade e mortalidade materno-infantil. Evidencia-se também a importância de se operacionalizar o Processo de Enfermagem (PE) e instituir a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), com a finalidade de identificar diagnósticos de enfermagem e planejar uma assistência às gestantes de alto risco (AMORIM et al., 2017).

3.2 DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: ABORDAGEM PELA TAXONOMIA DA NANDA-I

As primeiras referências sobre o termo Diagnóstico de Enfermagem (DE) ocorreram no século XX, sobretudo nos Estados Unidos. No Brasil, a sua introdução se deu por Wanda de Aguiar Horta, a qual indicou como a segunda etapa do Processo de Enfermagem (PE) - ferramenta metodológica que sistematiza a consulta de enfermagem. Essa etapa depende dos dados coletados anteriormente por meio da anamnese e do exame físico; e subsidia o planejamento, a implementação das intervenções de enfermagem e a avaliação de enfermagem (BRAGA, 2013; BOUSSO et al., 2014; ÉRRICO et al., 2018; YILMAZ; SABANCIOGULLARI; ALDEMIR, 2015).

DE pode ser definido como “um julgamento clínico sobre uma resposta humana a condições de saúde/processo de vida, ou uma vulnerabilidade a tal resposta de um indivíduo, uma família, um grupo ou uma comunidade” (HERDMAN; KAMITSURU, 2018, p. 38). Por ser um importante elemento do Processo de Enfermagem, o DE deve elucidar a natureza exata

dos problemas e dos fatores de riscos, a fim de estabelecer um planejamento da assistência de enfermagem que alcance os resultados esperados de forma eficiente (ARAÚJO, 2013).

Os DE padronizados pela NANDA-I podem ser utilizados no ensino, na clínica e na assistência, e são classificados em diagnósticos com foco no problema, na promoção da saúde e em riscos potenciais. Os DE com foco no problema correspondem a um julgamento clínico sobre uma resposta indesejável a uma condição de saúde existente; os diagnósticos de risco correspondem a um julgamento clínico sobre a susceptibilidade para o desenvolvimento de uma resposta indesejável a uma condição de saúde; e os diagnósticos de promoção da saúde correspondem a um julgamento clínico sobre a motivação e o desejo de aumentar o bem-estar, para alcançar o potencial humano de saúde (ARAÚJO, 2013; RIEGEL; OLIVEIRA JUNIOR, 2017; HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

Todo DE deve ter clareza no título e na definição, bem como indicadores diagnósticos (características definidoras e os fatores relacionados ou fatores de risco) relevantes, pois esses ajudam na diferenciação de outros diagnósticos (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

As características definidoras são os indicadores observáveis, como por exemplo, os sinais e os sintomas. Os fatores relacionados correspondem as etiologias, circunstâncias, fatos ou influências, em que o enfermeiro deve implementar as intervenções de enfermagem no intuito de remover a causa. E os fatores de risco são aqueles que aumentam a vulnerabilidade do indivíduo, família, grupos e comunidades a um evento não saudável, como por exemplo, os fatores ambientais, genéticos e psicológicos (BOUSSO et al., 2014; HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

A 11ª edição da NANDA-I (2018-2020) apresenta a inclusão de duas novas categorias: as “populações em risco” e as “condições associadas”, que são indicadores pelos quais o enfermeiro não pode intervir de forma independente. A inclusão deu-se por haver muitos fatores relacionados e de riscos que não eram passíveis de intervenções de enfermagem. Essas categorias subsidiam o enfermeiro na análise e confirmação dos diagnósticos potenciais (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

As populações em risco correspondem aos grupos de pessoas que têm características de susceptibilidade a determinada resposta humana, como por exemplo, as características demográficas, história de saúde, história familiar, estágio de crescimento e de desenvolvimento ou exposição a eventos. As condições associadas correspondem aos diagnósticos médicos, lesões, procedimentos e agentes farmacêuticos, que não são modificáveis pelo enfermeiro de forma independente, mas que dão apoio à precisão dos diagnósticos de enfermagem (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

Ressalta-se que um DE não precisa ter todos os tipos de indicadores clínicos. Os diagnósticos com foco no problema, por exemplo, têm características definidoras e fatores relacionados. Os diagnósticos de promoção da saúde têm as características definidoras e os diagnósticos de risco têm os fatores de riscos (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

A NANDA-I também apresenta eixos para os DE, os quais correspondem a dimensão da resposta humana apontada no processo de diagnóstico, são eles: Eixo 1 – foco do diagnóstico; Eixo 2 – sujeito do diagnóstico; Eixo 3 – julgamento; Eixo 4 – localização; Eixo 5 – idade; Eixo 6 – tempo; e Eixo 7- categoria do diagnóstico. Esses eixos são representados nos títulos dos DE. Ressalta-se o Eixo 1 e o Eixo 3 como componentes essenciais do diagnóstico de enfermagem (ARAÚJO, 2013; HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

Atualmente, a taxonomia da NANDA-I consta com 244 DE e os categoriza em domínios e classes, os quais são os níveis mais abrangentes de classificação que dividem os fenômenos em grupos principais e em subcategorias, bem como que compartilham atributos em comum, respectivamente. De acordo com a taxonomia, são 13 domínios, a saber: Promoção da saúde; Nutrição; Eliminação e troca; Atividade/repouso; Percepção/cognição; Autopercepção; Papéis e relacionamentos; Sexualidade; Enfrentamento/tolerância ao estresse; Princípios da vida; Segurança/proteção; Conforto; e Crescimento/desenvolvimento. As classes totalizam 47 e se subdividem nos domínios (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

Os DE aproximam os enfermeiros e indivíduos, visto que permitem conhecer as respostas físicas e emocionais dos pacientes durante as consultas de enfermagem, além de estabelecer elo entre as respostas humanas, as metas e as intervenções de enfermagem necessárias para alcançá-las. O enfermeiro diagnostica problemas de saúde, estados de risco e disposição para promoção da saúde. Dessa forma, para diagnosticar com precisão é necessário avaliar o paciente anteriormente (BOUSSO et al., 2014; ARAÚJO, 2013).

Salienta-se que os diagnósticos com foco no problema não necessariamente são mais importantes que um diagnóstico de risco, pois, por vezes, a prioridade para o paciente pode ser um DE de risco. Logo, o DE estabelece as necessidades de cuidados e subsidia a equipe de enfermagem na definição de prioridades das ações de cuidados, tendo a finalidade de alcançar os resultados esperados (LIRA et al., 2015; HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

A taxonomia da NANDA-I é bastante utilizada na prática assistencial e no ensino para a identificação dos diagnósticos de enfermagem em diversas populações (HERDMAN; KAMITSURU, 2018). Para as gestantes de alto risco, população foco desta pesquisa, alguns estudos já abordaram os principais DE identificados, dentre eles o DE Risco de binômio mãe-

feto perturbado (ARAÚJO et al., 2015; GALVÃO et al., 2016, MEDEIROS et al., 2016; ROCHA et al., 2017; TAVARES et al., 2019).

Em suas edições, a taxonomia da NANDA-I recomenda que novos DE sejam propostos ou que os DE já existentes sejam revisados por meio do processo de validação de diagnóstico de enfermagem para que sejam submetidos na referente taxonomia e contribuam para a assistência e o ensino da enfermagem (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

No processo de submissão, a NANDA-I analisa e revisa os critérios do nível de evidência (LOE, *Level Of Evidence*). Existem três critérios dos níveis de evidências para os DE: LOE 1 (Recebido para desenvolvimento – Consulta à NANDA-I); LOE 2 (Aceito para publicação e inclusão na Taxonomia da NANDA-I; e LOE 3 (Com apoio clínico – validação e testes). Esses critérios refletem sobre a enfermagem baseada em evidências e indicam o nível de desenvolvimento ou validação de um diagnóstico de enfermagem (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

3.3 VALIDAÇÃO DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

O desenvolvimento de estudos de validação de diagnóstico de enfermagem começou na década de 1970. Contudo, ganham força na década de 1980. Além do mais, na última década, novos métodos de pesquisa sobre Diagnósticos de Enfermagem (DE) têm sido desenvolvidos (LOPES; SILVA, 2016; BRAGA, 2013; LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2013; RIBEIRO et al., 2013).

Validar consiste em estabelecer evidências para utilizar uma medida ou instrumento em uma população definida com um objetivo específico. Validação de diagnóstico de enfermagem é a legitimação de um fenômeno específico para a prática do enfermeiro, a qual norteia as ações de enfermagem (LOPES; SILVA, 2016; LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2013; SANTOS, 2017).

O termo validade expressa verdade, veracidade, autenticidade e valor. No contexto de DE, a validade representa o verdadeiro problema do indivíduo e não a conclusão do enfermeiro, é o que requer a intervenção de enfermagem. O processo de validação de DE consiste em torná-lo válido e comprová-lo por meio da identificação dos fatores relacionados ou de risco para uma determinada condição clínica (ARAÚJO, 2013; MONTEIRO et al., 2013).

Para um DE ser incluído na taxonomia da NANDA-I ou ser revisado, é necessário a fundamentação em pesquisas, como os estudos de validação. Esses estudos proporcionam o

aprimoramento da referida taxonomia, com vistas a favorecer o pensamento crítico, fortificando a tomada de decisão dos enfermeiros e aperfeiçoando/padronizando a comunicação e os registros de enfermagem (HERDMAN; KAMITSURU, 2018; CORREIA; DURAN, 2017).

A taxonomia da NANDA-I representa a essência do conhecimento e do julgamento de enfermagem. No entanto, há imprecisão e falta de uniformidade de algumas nomenclaturas. Assim, pesquisadores sugerem a necessidade de aprimorar e verificar os indicadores clínicos dos DE por meio dos estudos de validação (APOLLONI et al., 2013; GUIMARÃES et al., 2016).

Os métodos utilizados buscam subsidiar os pesquisadores na identificação do fenômeno, bem como dos seus elementos. Dessa forma, validar diagnósticos de enfermagem tornou-se necessário após o desenvolvimento da NANDA-I. Destacam-se o modelo de Gordon e Sweeney; o modelo de Fehring e o modelo de Hoskins (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2013).

O modelo de Gordon e Sweeney (1979) consiste em três etapas para identificar e validar diagnósticos de enfermagem, a saber: modelo retrospectivo, clínico e de validação por enfermeiros. Para os autores, um DE é válido quando verifica se as características definidoras estão presentes em um grande número de casos. Essa proposta foi um marco na história dos estudos de validação de DE e, apesar de não trazer consistência metodológica para outros estudos de validação, serviu de referência para a criação de outros modelos (BRAGA, 2013).

Vários estudos de validação de diagnóstico de enfermagem têm sido desenvolvidos com o uso do referencial de Fehring (1987), o qual baseia-se na validação de conteúdo diagnóstico, validação clínica e validação de diagnóstico diferencial. Para Fehring (1987), o DE é válido quando está fundamentado em evidências científicas. Esse autor considera a experiência acadêmica para triagem dos especialistas e ignora a experiência prática. Contudo, foram identificadas dificuldades e limitações na análise de conceito e na identificação dos *experts* (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2013).

Já o modelo de Hoskins (1989) é composto pelas fases: análise de conceito, validação por especialistas e validação clínica. Para essa autora, a análise de conceito é necessária para conceituar corretamente o DE. Entretanto, nesse modelo, também houve limitações (BRAGA, 2013).

Posteriormente, Lopes, Silva e a Araújo (2012) apresentaram uma metodologia, que se destaca pelo rigor metodológico e tratamento estatístico dos dados, em três etapas: análise de conceito, análise de conteúdo por especialistas e análise da acurácia dos indicadores clínicos.

Atualmente, tem-se três fases para o processo de validação de diagnóstico de enfermagem: análise de conceito, validação por *experts* e validação clínica (LOPES; SILVA, 2016).

A análise de conceito consiste na investigação minuciosa em função de seus elementos essenciais, com o objetivo de identificar atributos, antecedentes e consequentes do conceito investigado. A validação por *experts* tem a finalidade de analisar a relevância dos elementos encontrados no material oriundo da análise de conceito. Enquanto que a validação clínica corrobora os achados das etapas anteriores na prática clínica (LOPES; SILVA, 2016; LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2013).

O que se observa é que os estudos iniciais eram subjetivos e apresentavam limitações. As dificuldades para realização da análise de conceito e validação de conteúdo, por exemplo, eram: encontrar materiais em quantidade e qualidade para construir ou revisar um diagnóstico; o processo de seleção dos *experts*, que privilegiava a formação acadêmica em vez da experiência prática; e o número de *experts* que seria no mínimo 50 especialistas. A partir disso, pesquisadores passaram a adaptar os critérios de seleção dos *experts*, considerando o tempo de experiência prática, bem como mesclaram o processo de validação, integrando as etapas propostas pelos autores (BRAGA, 2013; LOPES; SILVA, 2016; ARAÚJO, 2013; FEHRING, 1994).

Validar um diagnóstico de enfermagem permite a implementação das intervenções de enfermagem de forma eficaz e, conseqüentemente, o alcance dos resultados para o indivíduo, família, grupos e comunidade. É por meio da validação que é possível determinar se os indicadores clínicos do DE são identificáveis nos indivíduos. Portanto, o desenvolvimento de novas metodologias é necessário para favorecer evidências científicas fortes para os diagnósticos de enfermagem (BRAGA, 2013).

Considera-se um DE válido quando se está bem fundamentado em evidências científicas. Estudos de validação de diagnósticos de enfermagem são necessários para a assistência de enfermagem, pois contribuem para a identificação correta do diagnóstico de enfermagem tornando a taxonomia da NANDA-I mais acessível aos enfermeiros. Além disso, são essenciais para legitimar os componentes que integram a prática de enfermagem nos mais diversos contextos, já que buscam evidências que subsidiam a minimização de erros no processo de diagnosticar e na tomada de decisão dos enfermeiros (ARAÚJO, 2013; MANGUEIRA, 2014). Assim, os estudos de validação de diagnóstico de enfermagem são ferramentas norteadora para a implementação do Processo de Enfermagem (POLIT; BECK, 2014).

Como exemplo de autores de estudos que realizaram a validação de diagnóstico de enfermagem, tem-se: Manguiera (2014) que validou o DE “Processos familiares disfuncionais”; Frazão (2015) que validou o DE “Proteção ineficaz”; Monteiro et al. (2016), que validaram o DE “Disposição para desenvolvimento melhorado do lactente”; Diniz (2017) que validou o DE “Padrão ineficaz de alimentação do lactente”, Santana et al. (2018) que validaram o DE “Risco de recuperação cirúrgica retardada”; e Ferreira e Duran (2019) que validaram o DE “Mobilidade física prejudicada”.

Com a realização desses estudos, foi possível clarificar alguns fenômenos, de modo a possibilitar a segurança no julgamento clínico do enfermeiro e na realização das etapas do Processo de Enfermagem (MANGUEIRA, 2014; DINIZ, 2017; FERREIRA; DURAN, 2019). Além disso, contribuíram para a atualização e o aperfeiçoamento das terminologias de enfermagem e da taxonomia da NANDA-I. Assim, espera-se que novos estudos também sejam realizados para favorecer a padronização de nomenclaturas e a inclusão de diagnósticos novos e revisados na taxonomia (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 ANÁLISE DE CONCEITO

4.1.1 Referencial teórico-metodológico

O processo de análise de conceito consiste em fragmentar o todo em suas partes para que o conceito seja apreendido melhor. Assim, permite uma investigação minuciosa da estrutura do conceito em função de seus elementos essenciais (WALKER; AVANT, 2011).

Walker e Avant (2011) mostram que os propósitos da análise de conceito são: auxiliar na distinção dos conceitos; aprimorar conceitos ambíguos; ajudar no esclarecimento dos conceitos vagos; refinar a validação de um construto; facilitar a elaboração, construção ou a avaliação de instrumentos; e colaborar para o avanço de uma linguagem padronizada utilizada na assistência de enfermagem.

Um diagnóstico de enfermagem não é um conceito. Todavia, o mesmo possui um núcleo conceitual. Esse núcleo estabelece a relação entre fatores que antecedem (antecedentes) e que sucedem à formulação do conceito (consequentes). Além disso, o conjunto de características que delimitam o conceito denomina-se atributos essenciais (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2013).

Lopes, Silva e Araújo (2012) afirmam que o objetivo da análise de conceito em estudos de validação de diagnóstico de enfermagem é identificar atributos, antecedentes e consequentes do diagnóstico de enfermagem investigado, bem como construir definições conceituais e operacionais para cada indicador clínico. Estes itens são identificados e construídos para revisar a definição do diagnóstico e para identificar os fatores relacionados/fatores de risco e as características definidoras. Herdman e Kamitsuru (2018) afirmam que também se devem identificar os novos componentes do diagnóstico de enfermagem: as populações em risco e as condições associadas.

Há muitos modelos de análise de conceito propostos, porém os mais utilizados são os modelos descritos por Rodgers e Knafl (2000) e por Walker e Avant (2011). O modelo utilizado neste estudo é o de Walker e Avant (2011), o qual é composto por oito etapas, a saber: 1- Escolher o conceito; 2- Determinar o objetivo da análise; 3- Identificar usos do conceito; 4- Determinar os atributos definidores; 5- Identificar casos modelos; 6- Identificar casos adicionais; 7- Identificar antecedentes/consequentes e 8- Determinar os referenciais empíricos.

Na primeira etapa, deve-se escolher um conceito que tenha relação com a temática a ser estudada e que tenha emergido dos questionamentos. O conceito deve refletir um tópico, ser acessível, ser do interesse do pesquisador, ser fácil de trabalhar, ser importante e ser inexplorado (WALKER; AVANT, 2011). Nesse estudo, o conceito foi: “binômio mãe-feto”.

A segunda etapa consiste em determinar o objetivo da análise (WALKER; AVANT, 2011). O objetivo foi analisar o conceito binômio mãe-feto em gestantes de alto risco.

Na etapa seguinte, deve-se identificar os usos do conceito, em que o pesquisador busca conhecer todos os seus significados por meio de dicionários, enciclopédias e literatura, além disso, deve procurar conceitos que estão relacionados ao objetivo de estudo (WALKER; AVANT, 2011). Essa etapa foi realizada por meio de uma Revisão Integrativa da Literatura.

A quarta etapa foi definir os atributos críticos definidores. Walker e Avant (2011) mencionam que a identificação dos atributos críticos é o núcleo da análise de conceito. Nesta etapa, identificou-se os atributos que estão associados ao conceito, especialmente as características do conceito que são recorrentes. Lopes, Silva e Araújo (2012) declaram que esses atributos são usados para revisar a definição do diagnóstico. Essa etapa também foi realizada por meio da Revisão Integrativa da Literatura, a qual será apresentada no tópico 4.1.2.

A quinta e a sexta etapa visaram identificar casos modelos e casos adicionais, respectivamente. O caso modelo exemplifica o uso do conceito que manifesta todos os seus atributos definidores. Os casos adicionais ajudam na definição do que pode ou não ser considerado como atributo definidor e clarifica o conceito analisado. Os casos podem ser limítrofes, relacionados, inventados, construídos e contrários, bem como podem ser provenientes da vida real e da literatura. Salienta-se que o caso adicional é construído apenas quando o conceito não está preciso e claro no caso modelo (WALKER; AVANT, 2011; LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2012). Para este estudo foram utilizados o caso modelo e o caso contrário, ambos adaptados do estudo de Ortteloo e Connelly (2016).

A sétima etapa teve por objetivo identificar antecedentes e consequentes e elucidar o contexto social no qual o conceito é utilizado habitualmente. Os antecedentes são aqueles eventos ou acontecimentos que devem anteceder a ocorrência do conceito e são úteis para ajudar a identificar o conceito em questão. Os consequentes são aqueles eventos ou acontecimentos que ocorrem como resultados da ocorrência do conceito e são úteis para determinar ideias negligenciadas, variáveis ou relações que podem gerar novas pesquisas (WALKER; AVANT, 2011).

Este estudo abordou o diagnóstico de enfermagem Risco de binômio mãe-feto perturbado. Por ser um diagnóstico de risco, não foram identificados os consequentes, mas sim, os atributos e os antecedentes (fatores de risco, populações em risco e condições associadas), por meio da Revisão Integrativa.

A última etapa da análise de conceito foi a determinação dos referenciais empíricos, que são classes ou categorias do fenômeno atual e que, devido a sua existência, expressa a ocorrência do conceito em si. Em alguns casos, os atributos definidores e os referenciais empíricos serão equivalentes (WALKER; AVANT, 2011). A determinação de referenciais empíricos permitiu a construção de definições conceituais e operacionais dos indicadores que compõem o diagnóstico. Nessa etapa, foi definido como o conceito será mensurado (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2012). Foram utilizados livros, artigos, diretrizes e manuais acerca da temática para a construção das definições conceituais e operacionais, as quais representaram o instrumento de coleta de dados a ser avaliado com os especialistas na segunda etapa do estudo.

4.1.2 Revisão Integrativa da Literatura

A revisão integrativa da literatura deve seguir padrões de rigor metodológico, ter clareza na apresentação dos resultados e permitir que o leitor consiga identificar as verdadeiras características dos estudos incluídos na revisão (POMPEO; ROSSI; GALVÃO, 2009). As autoras indicam as seguintes etapas metodológicas: 1. Identificação do tema e seleção da hipótese ou da questão de pesquisa; 2. Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos (amostragem ou busca na literatura); 3. Definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados (categorização dos estudos); 4. Avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; 5. Interpretação dos resultados; e 6. Apresentação da revisão (síntese do conhecimento).

A primeira etapa, identificação do tema e seleção da hipótese ou da questão de pesquisa, partiu do objetivo da análise de conceito. A definição do assunto deve ser clara e a questão de pesquisa deve ser bem delimitada, pois esta primeira etapa irá nortear a condução da revisão integrativa (POMPEO; ROSSI; GALVÃO, 2009). A questão que norteou a revisão integrativa da análise de conceito foi: Quais os atributos do conceito binômio mãe-feto e os antecedentes que afetam negativamente o binômio em gestantes de alto risco?

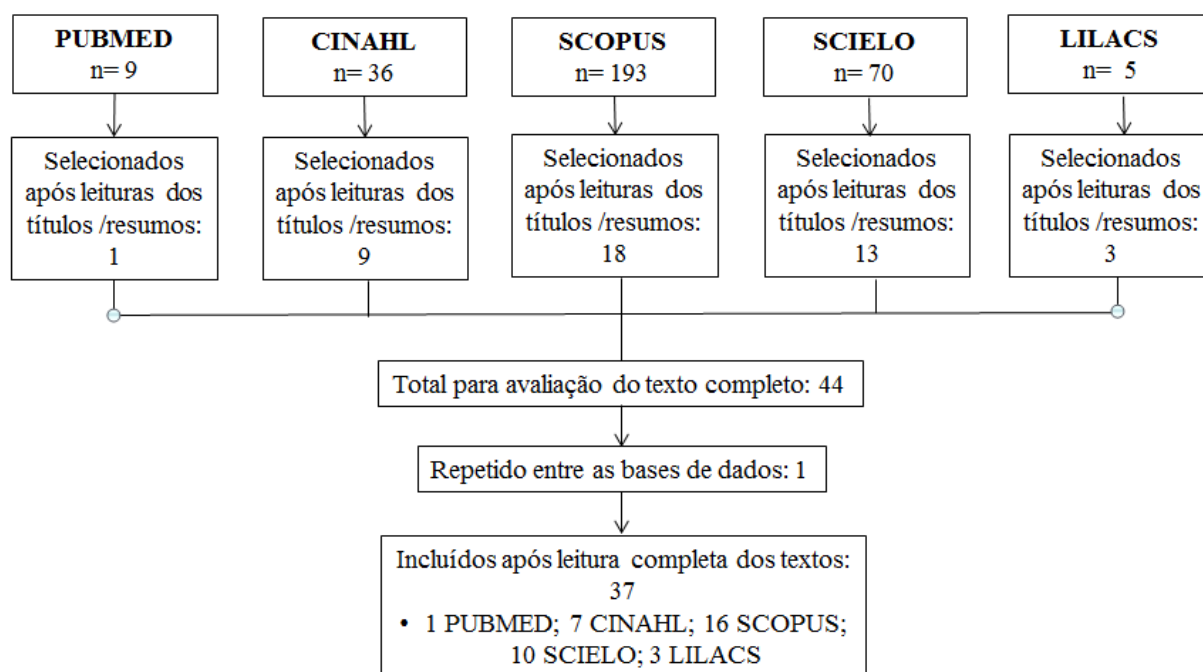
A segunda etapa, estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos (amostragem ou busca na literatura), está ligada à etapa anterior, uma vez que o problema da

pesquisa e o objetivo da revisão integrativa é que irão determinar a seleção da amostra (POMPEO; ROSSI; GALVÃO, 2009). Nesta etapa, foram incluídos artigos originais e de revisão; disponíveis eletronicamente em texto completo; escritos nos idiomas português, inglês ou espanhol; e que abordaram a temática em estudo. Foram excluídas teses, dissertações e cartas ao editor.

A busca na literatura foi realizada em junho de 2018. Utilizou-se o cruzamento dos descritores que estão indexados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e no *Medical Subject Headings* (MeSH): “*Pregnancy, High-Risk*”; “*Risk factors*” e “*Pregnancy complications*”, por meio do operador booleano “AND” e recorte temporal de 2008-2018. As bases de dados foram: PUBMED, CINAHL, SCOPUS e LILACS, bem como a biblioteca virtual SciELO.

Identificou-se, a partir dos critérios de inclusão, 313 estudos distribuídos nas bases de dados e biblioteca virtual. Após a leitura de títulos e resumos, ficaram 44 artigos. Desse total, um artigo foi excluído pois estava repetido entre as bases de dados, totalizando 43 artigos para leitura na íntegra. Após essa leitura, foram excluídos seis artigos que não abordaram a temática em questão. Dessa forma, foram selecionados 37 artigos para fundamentar a análise do conceito “binômio mãe-feto” no contexto da gestação de alto risco. A Figura 1 mostra o processo seleção dos artigos de acordo com os critérios de inclusão por base de dados.

Figura 1 – Artigos selecionados por base de dados. Recife-PE, 2019.



Fonte: Elaborada pela autora, 2019.

A terceira etapa, categorização dos estudos (POMPEO; ROSSI; GALVÃO, 2009), ocorreu por meio de um instrumento, elaborado para esta pesquisa, o qual reuniu e sintetizou as principais informações a serem extraídas: título, autores, país de publicação, área, ano de publicação, base de dados, objetivo, método, local de estudo, nível de evidência, rigor metodológico e a identificação dos atributos, dos fatores de risco, das populações em risco e das condições associadas (APÊNDICE A).

O nível de evidência foi avaliado de acordo com Melnyk e Fineout-Overholt (2011) (Quadro 1).

Quadro 1 – Classificação do nível de evidência de acordo com Melnyk e Fineout-Overholt. Recife-PE, 2019.

Nível de evidência I	Evidências oriundas de revisão sistemática ou meta-análise de todos relevantes ensaios clínicos randomizados controlados ou provenientes de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados.
Nível de evidência II	Evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado.
Nível de evidência III	Evidências obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização.
Nível de evidência IV	Evidências provenientes de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados.
Nível de evidência V	Evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos.
Nível de evidência VI	Evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo
Nível de evidência VII	Evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas.

Fonte: Melnyk e Fineout-Overholt (2011).

O rigor metodológico foi avaliado por meio do *Critical Appraisal Skills Programm* (CASP) (2018) específico para cada tipo de estudo. Foi estabelecido a pontuação A (6 a 10 pontos) para os estudos com boa qualidade da metodologia e viés reduzido; e pontuação B (até 5 pontos) para os estudos com qualidade da metodologia satisfatória e risco de viés.

Para identificação dos atributos e dos antecedentes, foi visto como o conceito é definido e quais os eventos que afetam negativamente o binômio mãe-feto, respectivamente.

A quarta etapa, avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa refere-se à análise dos dados coletados. Segundo Pompeo, Rossi e Galvão (2009) recomendam criticidade nessa análise, comparando os resultados diferentes ou semelhantes a outros estudos. Essa etapa ocorreu por meio do modelo da Análise de conceito de Walker e Avant (2011).

A quinta etapa, interpretação dos resultados, representou a discussão dos resultados por meio de quadros e tabelas, da comparação com o conhecimento teórico, da identificação das principais conclusões e das implicações para a prática. Ademais, foi possível também identificar as lacunas e o revisor pode apontar sugestões oportunas para futuras pesquisas (POMPEO; ROSSI; GALVÃO, 2009). Por fim, foi realizada a última etapa, apresentação da revisão (POMPEO; ROSSI; GALVÃO, 2009). Os resultados desta revisão integrativa subsidiou a construção do instrumento de coleta de dados com as definições conceituais e operacionais dos indicadores clínicos para, posteriormente, serem analisadas pelos especialistas.

4.2 ANÁLISE DE CONTEÚDO POR ESPECIALISTAS

4.2.1 Referencial teórico-metodológico

A segunda etapa do estudo é a análise de conteúdo por especialistas. A proposta de validação de diagnósticos de enfermagem proposto por Lopes e Silva (2016) abrange a análise por especialistas do material oriundo da análise de conceito. Essa etapa tem por objetivo verificar a relevância dos elementos do diagnóstico de enfermagem em estudo.

Alguns métodos utilizados para realizar a análise de conteúdo por especialistas possuem limitações. O método proposto por Fehring (1987), por exemplo, privilegia a formação acadêmica dos juízes ao invés da experiência clínica e superestima os valores dos itens por meio do cálculo do Índice de Validade de Conteúdo (IVC) (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2012). Além disso, tem-se a dificuldade de caracterizar, identificar e obter número suficiente de juízes com nível de expertise elevado, o que interfere na qualidade dos resultados (LOPES; SILVA, 2016).

Como alternativa, tem-se a busca por profissionais proficientes e não necessariamente *experts*, o que permite um maior número de profissionais para analisar o conteúdo do diagnóstico de enfermagem (LOPES; SILVA, 2016). Assim, os autores sugerem a abordagem da sabedoria coletiva (*The Wisdom of Crowds*), a qual define que a opinião coletiva de um

grupo tem estimativas melhores do que a opinião de um único *expert* e que pode ser quantificada pela Teoria da Diversidade Preditiva.

A abordagem da sabedoria coletiva baseia-se na ideia de que cada indivíduo, independente de sua expertise pode errar no julgamento clínico e que quando se tem as médias das respostas, ocorre a anulação desse erro, pois a média obtida no grupo é maior que o julgamento de apenas um indivíduo. Dessa forma, a análise de conteúdo de um diagnóstico de enfermagem pode ter como *experts*: enfermeiros que atuam na prática clínica, ou até mesmo, acadêmicos com embasamento teórico acerca do diagnóstico em questão, pois segundo a diversidade preditiva, os resultados serão melhores e os erros serão menores quanto maior for a diversidade de experiências entre os juízes (LOPES; SILVA, 2016).

4.2.2 Seleção dos especialistas

A definição do tamanho da amostra para a abordagem da sabedoria coletiva é fundamentada em fórmulas que estimem o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) baseado em média, das avaliações de cada item do diagnóstico (LOPES; SILVA, 2016).

A fórmula utilizada foi: $n_0 = (Z_{1-\alpha/2} \cdot s / \sigma)^2$, onde:

$Z_{1-\alpha/2}$ refere-se ao nível de confiança adotado; s representa o desvio padrão; σ corresponde ao erro amostral (LOPES; SILVA, 2016).

Neste estudo, para a determinação do número mínimo de especialistas, foram designados os seguintes parâmetros: nível de confiança de 95% ($Z_{1-\alpha/2}$ é igual a 1,96); desvio padrão de 0,17 e erro amostral de 0,05. Assim, tem-se:

$$n_0 = (Z_{1-\alpha/2} \cdot s / e)^2$$

$$n_0 = (1,96 \cdot 0,17 / 0,05)^2$$

$$n_0 = 45 \text{ avaliadores}$$

Considerando que as distribuições de IVC podem ser assimétricas e que possa ocorrer uma pequena perda no Teste não paramétrico, o tamanho da amostra deve ser corrigido em 5%. A amostra final, então, foi a razão $n = n_0 / 0,95$ (LOPES; SILVA, 2016):

$$n = n_0 / 0,95$$

$$n = 45 / 0,95$$

$$n = 48 \text{ avaliadores.}$$

Após o cálculo da amostra, foi necessário definir o nível de expertise dos avaliadores. Não há um consenso na literatura acerca dos critérios de seleção de juízes, porém alguns autores afirmam que a experiência acadêmica e a experiência práticas são essenciais

(BENNER; TANNER; CHESLA, 2009; LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2013). Os juízes foram definidos pela pesquisadora, orientadora e coorientadora, levando em consideração o referencial da classificação de Benner, Tanner e Chesla (2009) em cinco níveis de expertises: *novice*, *advanced beginner*, *competence*, *proficient* e *expert*.

- *Novice*: É o principiante. Corresponde ao primeiro nível e caracteriza-se por juízes com conhecimento básico, que podem julgar sem ter experiência prévia no assunto, pois podem ter algum conhecimento em outro domínio que auxilie no processo de julgamento. Nessa fase, tem as inferências embasadas em intuição.
- *Advanced beginner*: É o iniciante avançado. Corresponde ao segundo nível e caracteriza-se por usar fatos objetivos e concepções mais sofisticadas para o aperfeiçoamento do processo de julgamento. O juiz pode reconhecer os elementos de forma instintiva e utilizar habilidades situacionais de determinado domínio, favorecendo o rápido reconhecimento dos conceitos e uma eficiente tomada de decisão.
- *Competence*: É o competente. Corresponde ao terceiro nível e caracteriza-se por utilizar o conhecimento prévio, novas concepções e raciocínio crítico. Diferentemente dos níveis anteriores, nesse nível, o juiz é responsável por suas interpretações. Destaca-se aqui o conhecimento prático.
- *Proficient*: É o proficiente. Corresponde ao quarto nível e caracteriza-se por o embasamento em experiências reais, em respostas fundamentadas e em raciocínio crítico para a tomada de decisão.
- *Expert*: É o especialista. Corresponde ao nível mais elevado e caracteriza-se pela reflexão sobre as perspectivas que parecem evidentes e por ações que são mais apropriadas para atingi-las. O *expert* confia em suas intuições e suas habilidades são baseadas em compreensão das teorias de base.

Os três primeiros níveis de expertise (*novice*, *advanced beginner* e *competence*) fazem uso de uma estrutura teórica e de normas/protocolos no processo de julgamento, além disso, a experiência prática está pouco presente. Os dois últimos níveis (*proficient* e *expert*) utilizam reflexões e questionamentos no processo de julgamento, baseados na experiência prática. Dessa forma, consideram-se as experiências acadêmicas e práticas fundamentais para o perfil do juiz (BENNER; TANNER; CHESLA, 2009).

Para a seleção dos juízes foram consideradas a experiência prática e a experiência acadêmica (conhecimento científico). Para a experiência prática, tem-se o tempo de prática e

o tempo de grupo de pesquisa. Para o conhecimento científico, tem-se: a titulação, a temática do trabalho de titulação (diagnóstico de enfermagem e/ou obstetrícia/saúde da mulher) e a produção de trabalhos na temática de diagnósticos de enfermagem, obstetrícia e/ou saúde da mulher.

Foram atribuídas notas que variam de 0 a 3 para a titulação (0- Graduado; 1- Especialista; 2- Mestre; 3- Doutor), somadas com a presença/ausência de trabalho da referida titulação dentro da temática de diagnóstico de enfermagem, obstetrícia e/ou saúde da mulher e com a presença/ausência de trabalhos científicos na temática de diagnóstico de enfermagem e/ou obstetrícia/saúde da mulher. Para esses dois últimos itens descritos, foi atribuído o valor um (1) para presença e valor zero (0) para ausência (BENNER; TANNER; CHESLA, 2009). A tabela a seguir mostra os parâmetros para classificação dos juízes (Tabela 1).

Tabela 1 - Parâmetros para classificação dos juízes. Recife-PE, 2019.

Pontuação	Experiência Prática		Experiência Acadêmica		
	Tempo de Prática (anos) (X)	Tempo Grupo de Pesquisa (anos) (Y)	Conhecimento Científico (Z)		
			Titulação (Z1)	Trabalho de Titulação (Z2)	Produção Científica (Z3)
0	-	-	Graduado	Não	Não
1	0-7	0-3	Especialista	Sim	Sim
2	8-14	4-6	Mestre	-	-
3	15-21	7-9	Doutor	-	-
4	22-28	10-12	-	-	-
5	29-35	13-15	-	-	-

Fonte: DINIZ, C. M. **Validação de Conteúdo do diagnóstico de enfermagem Padrão ineficaz de alimentação do lactente**. 2017. 174f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Fortaleza, 2017. (Adaptado).

Assim, o nível de expertise foi o somatório (Σ) das pontuações obtidas nas colunas X, Y e Z dividido por três (3). Quando a média final ficou com números decimais acima de cinco, o valor foi arredondado para o nível de expertise seguinte.

A busca dos especialistas foi realizada na Plataforma Lattes do portal do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), a partir das palavras-chave: diagnóstico de enfermagem, obstetrícia e/ou saúde da mulher. A busca também foi realizada no universo relacional da orientadora e da coorientadora da pesquisa. Além disso, houve amostragem do tipo “bola de neve” (*snowball sampling*) por meio de indicação de outros especialistas pelos participantes do estudo.

4.2.3 Critérios de inclusão e Critérios de exclusão/perda

Os critérios de inclusão foram os especialistas que têm experiência acadêmica e/ou experiência prática, como o tempo de atuação com a temática de diagnóstico de enfermagem e/ou obstetrícia/saúde da mulher.

Os critérios de exclusão foram os especialistas que não responderam a carta-convite em até trinta dias. Além disso, considerou-se como exclusão os critérios de perda que foram: especialistas que devolveram o instrumento com preenchimento de forma incorreta, mesmo após o segundo contato, ou que não retornaram.

4.2.4 Procedimento para coleta de dados

Após a seleção dos especialistas, foi realizado um primeiro contato por meio do correio eletrônico, com envio de uma carta-convite (APÊNDICE B), com as explicações e informações necessárias. A carta-convite foi enviada para o máximo de especialistas encontrados, segundo os critérios de inclusão. Caso o especialista aceitasse o convite, ele tinha que preencher o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C), ler a apresentação e as instruções para o preenchimento do instrumento (APÊNDICE D) e respondê-lo.

Os especialistas optaram por receber o material da pesquisa por correio eletrônico (com a opção da ferramenta *Google Forms*) ou impresso. O prazo máximo para devolução do instrumento respondido foi de 20 dias. Os primeiros instrumentos devolvidos que estiveram com preenchimentos adequados foram analisados, atingido o quantitativo de acordo com o cálculo amostral, de 48 instrumentos. Quando foi observado erro de preenchimento, o instrumento foi devolvido ao especialista para que o mesmo o corrigisse, e foram acrescentados 10 dias para devolução. Salienta-se que não houve perda de especialistas, uma vez que todos responderam em tempo hábil e de forma correta.

4.2.5 Instrumento de coleta de dados

O instrumento de coleta de dados foi composto por duas partes, baseado nos estudos de Diniz (2017) e Manguiera (2014). A primeira parte abordou sobre o perfil do especialista (APÊNDICE E) e a segunda parte abordou a análise do DE em estudo com as definições

conceituais e operacionais dos fatores de risco, das populações em risco e das condições associadas, construídos por meio da análise de conceito (APÊNDICE F).

Os itens foram avaliados quanto ao critério Relevância, de acordo com o referencial teórico de Pasquali (2010), por meio de uma escala tipo Likert de cinco pontos, a saber: 1=discordo totalmente; 2=discordo parcialmente; 3=indiferente; 4=concordo parcialmente; 5=concordo totalmente. Relacionou-se a escala Likert com a relevância do item (DINIZ, 2017):

- 1=discordo totalmente: o item não apresenta qualquer relação com o diagnóstico, pois é associado a outros fenômenos;
- 2=discordo parcialmente: o item apresenta muito pouca relação com o diagnóstico, pois está mais associado a outros fenômenos;
- 3=indiferente: o item apresenta relação duvidosa com o diagnóstico e apresenta relação com outros fenômenos similares;
- 4=concordo parcialmente: o item está fortemente relacionado com o diagnóstico, mas apresenta alguma relação com outros fenômenos similares;
- 5=concordo totalmente: o item está diretamente relacionado ao diagnóstico.

Assim, para a relevância, avaliou-se a consistência do item com o atributo definido e com as outras expressões que se relacionam ao mesmo atributo (PASQUALI, 2010).

4.2.6 Forma de organização e análise de dados

Os dados obtidos foram organizados em uma planilha do programa Microsoft Office Excel 2010 e analisados com o auxílio do programa SPSS versão 21.0 e do software R versão 3.2.0.

Foi realizada a análise descritiva, a qual inclui o cálculo para variáveis nominais de frequências absolutas e percentuais. Variáveis quantitativas foram apresentadas por meio de medidas de tendência central (média e mediana) e de dispersão (desvio-padrão e intervalo interquartilico). O teste de Kolmogorov-Smirnov foi aplicado para verificação da normalidade.

O Índice de Validade de Conteúdo (IVC) foi calculado baseado no modelo da diversidade preditiva, em que a avaliação dos juízes foi ponderada por seu nível de expertise. Assim, para os valores de julgamento de cada item em análise, os quais variaram de 1

(discordo totalmente) até 5 (concordo totalmente), foram atribuídos pesos para a obtenção da média ponderada, a saber: (1=0; 2=0,25; 3=0,50; 4=0,75; 5=1).

Foi aplicado o teste de Shapiro-Wilk para verificar a normalidade e foi calculada a mediana ponderada das avaliações, já que os valores não aderiram à distribuição normal. O item foi considerado adequado para o diagnóstico Risco de binômio mãe-feto perturbado, quando o Intervalo de Confiança (IC) do IVC foi $\geq 0,8$. Quando IC do IVC foi menor que 0,8, os itens foram excluídos ou foram alterados conforme sugestões dos especialistas.

4.2.7 Aspectos éticos

A pesquisa obedeceu às normas e diretrizes da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2012). A coleta de dados foi efetivada após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), sob o nº do parecer: 3.197.982 e nº do CAAE: 05004918.1.0000.5208 (ANEXO A) e mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O TCLE (APÊNDICE C) foi redigido conforme o modelo proposto pelo CEP. Nele constaram os dados de identificação do pesquisador responsável, contato do CEP para dúvidas, título e objetivo da pesquisa, metodologia, riscos e benefícios, garantia do anonimato e respeito à autonomia do participante, caso o mesmo desejasse retirar seu consentimento da pesquisa.

5 RESULTADOS

5.1 ANÁLISE DE CONCEITO

5.1.1 Caracterização dos artigos da análise de conceito

A Tabela 2, a seguir, mostra a caracterização dos artigos selecionados para a Análise de Conceito.

Tabela 2 - Distribuição dos artigos de acordo com base de dados, idioma, país de publicação, ano de publicação, área de publicação, nível de evidência e rigor metodológico. Recife-PE, 2019.

Variáveis	n	%
Base de dados		
SCOPUS	16	43,20
SciELO	10	27,00
CINAHL	7	18,90
LILACS	3	8,10
PUBMED	1	2,70
Total	37	100,00
Idioma		
Inglês	23	62,10
Português	8	21,60
Espanhol	6	16,20
Total	37	100,00
País de publicação		
EUA	12	32,40
Reino Unido	10	27,00
Brasil	9	24,30
Chile	2	5,40
Cuba	2	5,40
Alemanha	1	2,70
Colômbia	1	2,70
Total	37	100,0
Ano de publicação		
2013 a 2015	22	59,40
Anterior a 2013	10	27,00
2016 a 2018	5	13,50
Total	37	100,00
Área de publicação		
Outras áreas da saúde	36	97,30
Enfermagem	1	2,70
Total	37	100,00
Nível de Evidência		
IV	17	45,90
VI	12	32,40

V	5	13,50
I	2	5,40
II	1	2,70
Total	37	100,00
Rigor metodológico		
Pontuação A	37	100,00
Total	37	100,00

Como apresentado na Tabela 2, a maioria dos artigos foi obtida da base de dados SCOPUS (n=16). Destacaram-se os artigos que estavam no idioma inglês (n=23) e que foram publicados principalmente nos Estados Unidos da América (n=12). Além disso, prevaleceram os estudos publicados entre os anos 2013 a 2015 (n=22), em revistas de outras áreas da saúde, que não são da área de enfermagem (n=36).

Em relação ao nível de evidência, a maioria dos artigos eram estudos de coorte e de caso-controle, aos quais correspondem ao nível de evidência IV (n=17). Todos os artigos tiveram pontuação A na avaliação do rigor metodológico realizada por meio do *Critical Appraisal Skills Programme* (CASP), correspondendo aos estudos com qualidade metodológica e viés reduzido (n=37).

5.1.2 Identificação dos atributos e dos antecedentes do conceito binômio mãe-feto

A análise de conceito possibilitou a identificação dos atributos do conceito “binômio mãe-feto” e dos antecedentes que afetam negativamente o binômio, conforme apresentado no Quadro 2.

Quadro 2 – Atributos do conceito “binômio mãe-feto” e antecedentes que afetam negativamente o binômio. Recife-PE, 2019.

Referências	Atributos	Antecedentes
BAUTISTA-CASTAÑO, I. et al. Maternal obesity in early pregnancy and risk of adverse outcomes. Public Library of Science , v. 8, n. 11, p. e80410, 2013.	-	Abuso de álcool; Uso de drogas ilícitas; Obesidade; Placenta prévia; Ruptura prematura de membranas; Polidrâmnio ou Oligoidrâmnio; Diabetes gestacional; Síndromes hipertensivas; Infecções maternas.

BERNALES, B. D.; EBENSPERGER, E.O. Embarazo de alto riesgo. Medwave , v.12, n.5, p. e5429, 2012.	-	Uso de álcool; Obesidade; Idade materna avançada; Diabetes gestacional; Hipertensão gestacional; Doenças cardiovasculares; Anemia; Asma; Trabalho de parto prematuro; Infecções maternas; Disfunção da tireoide.
BORTHEN, I. Obstetrical complications in women with epilepsy. Seizure , v. 28, n.1, p. 32-34, 2015.	-	Uso de medicamentos teratogênicos; Epilepsia.
BRAVO, A. I. D.; MAYA, J. V. L.; PAREDES, F. C. M. Mortalidad Perinatal de la Población afiliada a una EPS de Pasto. Departamento de Nariño. 2007. Hacia la promocion de la salud , v. 15, n. 1, p. 92-109, 2015.	-	Tabagismo; Uso de álcool; Cuidado pré-natal ausente/inadequado Restrição do crescimento fetal; Síndromes hipertensivas; Infecções maternas.
CHAVES, E. G. S. et al. Estudo retrospectivo das implicações maternas, fetais e perinatais em mulheres portadoras de diabetes, em 20 anos de acompanhamento no Hospital Escola da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia , v. 54, n. 7, p. 620-629, 2010.	Vínculo entre a mãe e o feto.	Tabagismo; Diabetes gestacional.
CHO, E-H.; HUR, J.; LEE, K-J. Early gestational weight gain rate and adverse pregnancy outcomes in Korean women.	Relação simbiótica materno- fetal.	Obesidade.

Public Library of Science, v. 10, n. 10, p. e0140376, 2015.		
CIRILLO, P. M.; COHN, B. A. Pregnancy Complications and Cardiovascular Disease Death: Fifty-Year Follow-Up of the Child Health and Development Studies Pregnancy Cohort. Circulation , v.132, n.13, p. 1234-1242, 2015.	-	Tabagismo; Sobrepeso; Pré-eclâmpsia na gestação anterior; Restrição do crescimento fetal; Diabetes gestacional; Síndromes hipertensivas;
FARMEN, A. H et al. Intrauterine growth retardation in foetuses of women with epilepsy. Seizure , v. 28, p. 76-80, 2015.	-	Tabagismo; Restrição do crescimento fetal; Uso de medicamentos teratogênicos; Epilepsia.
FIROOZI, F. et al. Effect of maternal moderate to severe asthma on perinatal outcomes. Respiratory medicine , v. 104, n. 9, p. 1278-1287, 2010.	-	Asma.
FITZPATRICK, K. E. et al. Pregnancy at very advanced maternal age: a UK population-based cohort study. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology , v.124, n. 7, p. 1097-1106, 2017.	-	Idade materna avançada; Diabetes gestacional; Hipertensão gestacional.
GONÇALVES, Z. R.; MONTEIRO, D. L. M. Complicações maternas em gestantes com idade avançada. Femina , v. 40, n.5, p.275-279, 2012	-	Tabagismo; Cuidado pré-natal ausente/inadequado; Idade materna avançada; Gestação múltipla; Placenta prévia; Ruptura prematura de membranas; Diabetes gestacional; Hipertensão gestacional; Trabalho de

		parto prematuro; Baixo nível educacional; Desfavorecido economicamente.
GONZALEZ, J. A. S. et al. Influencia de la obesidad pregestacional en el riesgo de preeclampsia/eclampsia. Revista Cubana Obstétrica Ginecológica , v.39, n.1, p.3-11, 2013.	-	Eclâmpsia; Pré-eclâmpsia; Obesidade; Hipertensão gestacional; Trabalho de parto prematuro.
HARADA, T. et al. Obstetrical complications in women with endometriosis: a cohort study in Japan. Public Library of Science , v. 11, n. 12, p. e0168476, 2016.	-	Restrição do crescimento fetal; Placenta prévia; Trabalho de parto prematuro; Ruptura prematura de membranas; Diabetes gestacional; Pré-eclâmpsia.
HUNG, T.-H. et al. Gestational weight gain and risks for adverse perinatal outcomes: A retrospective cohort study based on the 2009 Institute of Medicine guidelines. Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology , v. 54, n. 4, p. 421-425, 2015.	-	Sobrepeso; Obesidade Ruptura prematura de membranas; Placenta acreta, increta ou percreta; Diabetes gestacional; Hipertensão gestacional; Asma Dislipidemia.
KEELY, A.; GUNNING, M.; DENISON, F. Maternal obesity in pregnancy: Women's understanding of risks. British Journal of Midwifery , v. 19, n. 6, p. 364-369, 2011.	-	Obesidade; Asma.
KIELY, M. et al. Understanding the association of biomedical, psychosocial and behavioral risks with adverse pregnancy	-	Tabagismo; Abuso de álcool Uso de drogas ilícitas; Sobrepeso; Violência; Hipertensão crônica;

outcomes among African-Americans in Washington, DC. Maternal and child health journal , v. 15, n. 1, p. 85-95, 2011.		Diabetes gestacional Hipertensão gestacional; Depressão.
LIMA, M. O. P. et al. Depressive symptoms in pregnancy and associated factors: longitudinal study. Acta Paulista Enfermagem , v.30, n.1, p.39-46, 2017.	Vínculo entre a mãe e o feto	Pré-eclâmpsia; Apoio do parceiro ausente/insuficiente; Apoio social ausente/insuficiente; Gravidez não planejada; Baixo nível educacional; Desfavorecido economicamente.
LOUREIRO, C. M. et al. Aspectos sociodemográficos y obstétricos de la morbilidad materna grave. Ciencia y Enfermería , v.23, n.2, p. 21-32, 2017.	-	Síndrome Hellp; Pré-eclâmpsia.
LUZ, A. G. et al. Morbidade materna grave em um hospital universitário de referência municipal em Campinas, Estado de São Paulo. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia , v. 30, n. 6, p. 281-286, 2008.	-	Síndrome Hellp.
MASUKUME, G. et al. Risk factors and birth outcomes of anaemia in early pregnancy in a nulliparous cohort. Public Library of Science , v. 10, n. 4, p. e0122729, 2015.	-	Restrição do crescimento fetal.

MCINTYRE, S. H. et al. Effect of older maternal age on the risk of spontaneous preterm labor: a population-based study. Health care for women international , v. 30, n. 8, p. 670-689, 2009.	-	Tabagismo; Abuso de álcool Uso de drogas ilícitas; Baixo ganho de peso gestacional; Idade materna avançada; Placenta prévia; Polidrâmnio ou Oligoidrâmnio; Diabetes gestacional; Pré-eclâmpsia; Doenças cardiovasculares; Anemia; Hemorragia.
METZ, T. D. et al. Preeclampsia in high risk women is characterized by risk group-specific abnormalities in serum biomarkers. American journal of obstetrics and gynecology , v. 211, n. 5, p. 512. e1-512. e6, 2014.	-	Hipertensão crônica; Proteinúria; Diabetes gestacional; Hipertensão gestacional; Pré-eclâmpsia
MOCHHOURY, L. et al. Body mass index, gestational weight gain, and obstetric complications in Moroccan population. Journal of pregnancy , v. 2013, n.1, p. 1-6, 2013.	-	Sobrepeso; Obesidade; Diabetes gestacional; Pré-eclâmpsia.
NASCIMENTO, M. I. Gestações complicadas por sífilis materna e óbito fetal. Revista Brasileira de Ginecologia . Obstétrica, v.34, n.2, p. 56-62, 2012.	-	Descolamento prematuro de placenta; Pré-eclâmpsia; Hemorragia; Infecções maternas.
NOMURA, R. M. Y. et al. Influência do estado nutricional materno, ganho de peso e consumo energético sobre o crescimento fetal, em gestações de alto risco. Revista Brasileira	Vínculo entre a mãe e o feto	Obesidade; Diabetes gestacional; Pré-eclâmpsia; Anemia; Inflamação sistêmica.

de Ginecologia Obstétrica , v.34, n.3, p. 107-112, 2012.		
METZ, T. D. et al. Preeclampsia in high risk women is characterized by risk group-specific abnormalities in serum biomarkers. American journal of obstetrics and gynecology , v. 211, n. 5, p. 512. e1-512. e6, 2014.	-	Hipertensão crônica; Proteinúria; Diabetes gestacional; Hipertensão gestacional; Pré-eclâmpsia
PERSOON, M. et al. Maternal overweight and obesity and risk of pre-eclampsia in women with type 1 diabetes or type 2 diabetes. Diabetologia , v. 59, n. 10, p. 2099-2105, 2016.	-	Pré-eclâmpsia na gestação anterior; Diabetes gestacional.
RICH-EDWARDS, J. W. et al. Pregnancy characteristics and women's future cardiovascular health: an underused opportunity to improve women's health?. Epidemiologic reviews , v. 36, n. 1, p. 57-70, 2013.	-	Tabagismo; Obesidade Idade materna avançada; Restrição do crescimento fetal; Diabetes gestacional; Hipertensão gestacional; Pré-eclâmpsia; Dislipidemia; Inflamação sistêmica.
SANTOS, M. L. M.; HERNÁNDEZ, J. J. R.; AVICH, N. S. Estrés psicosocial laboral como factor de riesgo para las complicaciones de la gestación y el bajo peso al nacer. Revista Cubana Salud Pública , v.39, n.5, p.864-880, 2013.	Vínculo entre a mãe e o feto.	Ruptura prematura de membranas; Hipertensão gestacional; Pré-eclâmpsia.
SUNITHA, T. et al. Risk factors for congenital anomalies in high risk pregnant women: A large study from South India.	-	Restrição do crescimento fetal; Infecções maternas.

Egyptian Journal of Medical Human Genetics, v. 18, n. 1, p. 79-85, 2017.		
TANDU-UMBA, B. et al. Pre-pregnancy high-risk factors at first antenatal visit: how predictive are these of pregnancy outcomes?. International journal of women's health , v. 6, p. 1011, 2014.	-	Tabagismo; Sobrepeso; Obesidade; Idade materna avançada; Restrição do crescimento fetal; Pré-eclâmpsia; Doenças autoimunes; Disfunção da tireoide; Endometriose.
TINEDO, M. J. et al. Muerte fetal: caracterización epidemiológica. Salus , v. 20, n. 2, p. 37-43, 2016.	Vínculo entre a mãe e o feto.	Tabagismo; Obesidade; Sobrepeso; Idade materna avançada; Restrição do crescimento fetal; Placenta prévia; Ruptura prematura de membranas; Descolamento prematuro de placenta; Rotura uterina; Diabetes gestacional; Síndromes Hipertensivas; Infecções maternas.
URRUTIA-PEREIRA, M.; SOLÉ, D. Deficiência de vitamina D na gravidez e o seu impacto sobre o feto, o recém-nascido e na infância. Revista Paulista de Pediatria , v. 33, n. 1, p. 104-113, 2015.	Vínculo entre a mãe e o feto; Relação simbiótica materno-fetal.	Restrição do crescimento fetal; Diabetes gestacional; Pré-eclâmpsia; Doenças cardiovasculares; Deficiência de vitamina D; Infecções maternas Doenças autoimunes.
VAN OTTERLOO, L. R.; CONNELLY, C. D. Maternal risk during pregnancy: a concept analysis. Journal of clinical nursing , v. 25, n. 17-18, p. 2393-2401, 2016.	-	Uso de drogas ilícitas.

VIDAL, C. E. L. et al. Morbidade materna grave na microrregião de Barbacena/MG. Cadernos Saúde Coletiva, v. 24, n. 2, p. 131-138, 2016.	-	Cuidado pré-natal ausente/inadequado; Idade materna avançada; Hipertensão pré-existente; Placenta acreta, increta ou percreta; Descolamento prematuro ; Diabetes gestacional;
ZHANG, Y. et al. Patients with subclinical hypothyroidism before 20 weeks of pregnancy have a higher risk of miscarriage: a systematic review and meta-analysis. Public Library of Science , v. 12, n. 4, p. e0175708, 2017.	-	Anemia; Disfunção da tireoide.
WALLACE, J. M.; BHATTACHARYA, S.; HORGAN, G. W. Weight change across the start of three consecutive pregnancies and the risk of maternal morbidity and SGA birth at the second and third pregnancy. Public Library of Science, v. 12, n. 6, p. e0179589, 2017.	-	Sobrepeso; Obesidade; Diabetes gestacional; - Hemorragia.
WILES, K. S. et al. Pre-pregnancy counselling for women with chronic kidney disease: a retrospective analysis of nine years' experience. BMC nephrology, v. 16, n. 1, p. 28, 2015.	-	Proteinúria; Restrição do crescimento fetal; Uso de medicamentos teratogênicos; Hipertensão gestacional; Pré-eclâmpsia.

5.1.3 Relação dos atributos e antecedentes do conceito binômio mãe-feto evidenciados na literatura com a NANDA-I

Dos dois atributos encontrados na literatura, apenas um atributo consta na definição do diagnóstico de enfermagem Risco de binômio mãe-feto perturbado, a saber: “relação simbiótica materno-fetal”. O atributo “vínculo entre a mãe e o feto” não é citado na definição.

Ao identificar esses atributos, sugere-se a seguinte definição para o DE Risco de binômio mãe-feto perturbado: “Susceptibilidade à ruptura da relação simbiótica mãe-feto que afeta o intercâmbio fisiológico e as interações afetivo-emocionais durante o período gestacional”. Sugere-se também a modificação do título do DE para: “Risco de binômio mãe-feto prejudicado” ou “Risco de díade mãe-feto prejudicada”.

Os antecedentes do conceito foram categorizados e correlacionados com os fatores de risco, populações em risco e condições associadas do diagnóstico de enfermagem Risco de binômio mãe-feto perturbado. Assim, foram encontrados 10 fatores de risco, cinco populações em risco e seis condições associadas, conforme mostra os Quadros 3, 4 e 5.

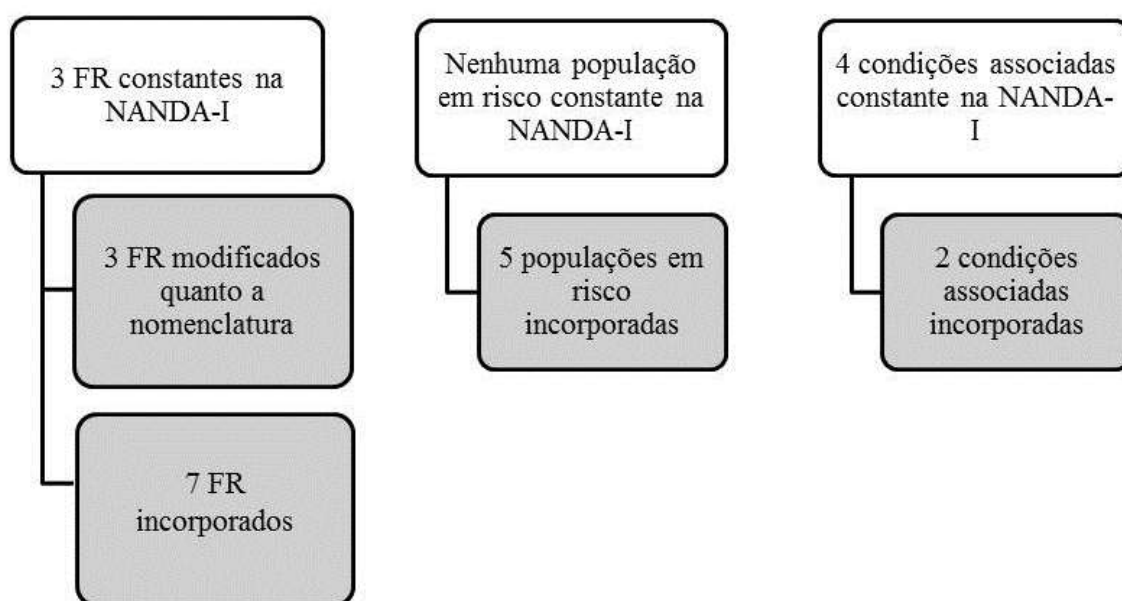
Quadro 3 - Relação dos antecedentes do conceito binômio mãe-feto evidenciados na literatura com os elementos do diagnóstico de enfermagem Risco de binômio mãe-feto perturbado da NANDA-I. Recife-PE, 2019.

ANTECEDENTES DO CONCEITO	ELEMENTOS DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM
Abuso de álcool Apoio do parceiro ausente/insuficiente Apoio social ausente/insuficiente Baixo ganho de peso gestacional Cuidado pré-natal ausente/inadequado Obesidade Sobrepeso Tabagismo Uso de drogas ilícitas Violência	Fatores de risco Abuso de substâncias Não constante na taxonomia Não constante na taxonomia Não constante na taxonomia Cuidado pré-natal inadequado Não constante na taxonomia Não constante na taxonomia Não constante na taxonomia Não constante na taxonomia Presença de abuso

Baixo nível educacional Desfavorecido economicamente Gravidez não planejada Idade materna avançada Pré-eclâmpsia na gestação anterior	Populações em risco Não constante na taxonomia Não constante na taxonomia Não constante na taxonomia Não constante na taxonomia Não constante na taxonomia
Alteração do metabolismo da glicose Complicações gestacionais Condições maternas Doenças maternas Regime de tratamento Transferência de oxigênio ao feto comprometida	Condições associadas Alteração no metabolismo da glicose Complicação gestacional Não constante na taxonomia Não constante na taxonomia Regime de tratamento Transferência de oxigênio ao feto comprometida

Três Fatores de Risco (FR) (abuso de substância, cuidado pré-natal inadequado e presença de abuso) do DE Risco de binômio mãe-feto perturbado foram encontrados com outras nomenclaturas: abuso de álcool, cuidado pré-natal ausente/inadequado e violência. Além do mais, foram encontradas quatro condições associadas (complicações gestacionais, alteração do metabolismo da glicose, regime de tratamento e transferência de oxigênio ao feto comprometida) que constam na taxonomia da NANDA-I. Também foram incorporados pela análise de conceito sete fatores de risco, cinco populações em risco e duas condições associadas, que não constam na taxonomia, conforme mostra a Figura 2 a seguir:

Figura 2 – Síntese das alterações dos antecedentes após a análise de conceito. Recife-PE, 2019



Fonte: Elaborada pela autora, 2019.

5.1.4 Elaboração das definições conceituais e operacionais dos antecedentes

As definições conceituais e operacionais dos antecedentes (fatores de risco, populações em risco e condições associadas) são apresentadas a seguir no Quadro 6, 7 e 8.

Quadro 4 – Definições conceituais e operacionais dos fatores de risco. Recife - PE, 2019.

Fatores de risco
1. Abuso de álcool
Definição conceitual: Modo de ingestão de bebida alcoólica seja por ingestão de grande volume de uma vez só ou por consumo constante no cotidiano, durante a gestação, que é prejudicial à saúde física e/ou mental da gestante (BRASIL, 2012).
Definição operacional: O fator será avaliado por meio de aplicação do questionário <i>Alcohol Use Disorders Identification</i> (AUDIT) para investigar sobre a ingestão de bebidas alcoólicas. Durante o procedimento de coleta, o examinador aplicará o questionário à gestante quanto à ingestão de bebidas alcoólicas. A pontuação mínima para determinar o abuso de álcool será de 7 pontos no AUDIT.
2. Uso de drogas ilícitas
Definição conceitual: Uso de substâncias psicoativas durante a gestação, como por exemplo, maconha, cocaína, merla e crack, que são prejudiciais à saúde física e/ou mental da gestante e do feto (BRASIL, 2012; ROCHA et al., 2016).

Definição operacional: O fator será avaliado por meio da aplicação do questionamento à gestante acerca do uso de substâncias psicoativas no período gestacional. Durante o procedimento de coleta, o examinador questionará a gestante quanto o uso de drogas no período gestacional. O fator será avaliado por meio da aplicação do instrumento <i>Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test</i> (ASSIST) para investigar o uso de substâncias psicoativas no período gestacional. Durante o procedimento de coleta, o examinador aplicará o questionário à gestante quanto o uso de drogas no período gestacional. O escore dependerá da pontuação para cada droga (tabaco, álcool, maconha, cocaína, anfetaminas, inalantes, hipnóticos/sedativos, alucinógenos e opióides), estabelecido pelo ASSIST.
3. Baixo ganho de peso gestacional
Definição conceitual: Situação em que o ganho de peso gestacional está abaixo do parâmetro ideal. Quando o Índice de Massa Corpórea (IMC) estiver $\leq 19,9\text{kg/m}^2$ (BRASIL, 2012)
Definição operacional: O fator será avaliado por meio de observação dos dados da caderneta da gestante em relação ao IMC. Durante o procedimento de coleta, o examinador irá consultar a caderneta da gestante para ter acesso às informações sobre o ganho de peso gestacional e verificar o IMC é $\leq 19,9\text{kg/m}^2$, considerando as semanas do período gestacional. Caso não haja o preenchimento desses dados na caderneta, o examinador pesará a gestante em balança antropométrica calibrada e calculará o IMC.
4. Cuidado pré-natal ausente/inadequado
Definição conceitual: Situação em que as consultas, o acompanhamento e as orientações no período gestacional são realizados de forma ineficaz ou não são realizados. Além disso, considera-se cuidado pré-natal ausente/inadequado quando a gestante não realiza o número mínimo de consultas pré-natal (mínimo de seis consultas) (BRASIL, 2012).
Definição operacional: O item será avaliado por meio de relato de não ter comparecido ou ter comparecido pouco as consultas de pré-natais, não ter recebido acompanhamento e orientações, além de verificar na caderneta da gestante o número de consultas de pré-natal que ela participou (mínimo de seis consultas). Durante o procedimento de coleta, o examinador irá questionar a gestante quanto ao cuidado e as consultas e orientações do pré-natal e irá verificar na caderneta da gestante o quantitativo de consultas de pré-natal.
6. Sobrepeso
Definição conceitual: Caracteriza-se pelo acúmulo excessivo de tecido adiposo e Índice de Massa Corpórea (IMC) de $25\text{--}29\text{ Kg/m}^2$ durante a gestação (BRASIL, 2012).
Definição operacional: O fator será avaliado por meio de observação dos dados da caderneta da gestante em relação ao IMC. Durante o procedimento de coleta, o examinador irá consultar a caderneta da gestante para ter acesso às informações sobre o ganho de peso gestacional e verificar o IMC varia $25\text{--}29\text{ Kg/m}^2$, considerando as semanas do período gestacional. Caso não haja o

preenchimento desses dados na caderneta, o examinador pesará a gestante em balança antropométrica calibrada e calculará o IMC.
7. Tabagismo
Definição conceitual: Consiste no consumo de tabaco de pelo menos um único cigarro fumado durante o período gestacional, o qual prejudica a saúde fetal, acarretando complicações, tais como: danos no desenvolvimento e no aparelho cardiovascular e respiratório do feto; retardo no crescimento intrauterino; baixo peso ao nascer; abortos espontâneos; partos prematuros e mortalidade fetal (SANTOS et al., 2015).
Definição operacional: O fator será avaliado por meio de relato de fumar pelo menos um único cigarro durante o período gestacional ou pela dependência do tabaco que será verificada por meio do Teste de Fagerström. Durante o procedimento de coleta, o examinador irá questionar a gestante sobre o uso do tabaco e aplicará o Teste de Fagerström para investigar o grau de dependência à nicotina.
8. Violência
Definição conceitual: Consiste no emprego de força física ou intimidação moral durante a gestação. Pode ser física, psicológica, sexual, obstétrica, institucional, moral e patrimonial (COELHO; SILVA; LINDNER, 2014; SECRETARIA NACIONAL DE ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES, 2011).
Definição operacional: O fator será avaliado por meio de relato de ter sofrido violência física, psíquica, sexual, institucional, moral e patrimonial durante a gestação. Durante o procedimento de coleta, o examinador irá questionar a gestante se ela sofreu algum tipo de violência e se ela já compareceu a algum serviço jurídico (Delegacia comum, Delegacia especializada e Instituto Médico Legal), serviço assistencial (Centro de Referência Especializado de Assistência Social, Centro de Referência de Assistência Social e Serviço de abrigamento) ou serviço de saúde, com a finalidade de buscar apoio sobre algum tipo de violência.
9. Apoio do parceiro ausente/insuficiente
Definição conceitual: Ausência ou insuficiência do apoio do parceiro (emocional, instrumental e/ou financeiro) durante o período gestacional (JULIANO; YUNES, 2014; GOTTARDO; FERREIRA, 2015).
Definição operacional: O item será avaliado por meio de relato de não receber apoio do parceiro (emocional, instrumental e/ou financeiro) no período gestacional. Durante o procedimento de coleta, o examinador irá questionar a gestante quanto ao apoio do parceiro durante o período gestacional. Será considerado apoio do parceiro ausente/insuficiente quando pelo menos um dos apoios (emocional, instrumental e/ou financeiro) não estiver presente.
10. Apoio social ausente/insuficiente
Definição conceitual: Ausência ou insuficiência da rede de apoio social fornecido pela rede relacional das pessoas (serviços, familiares e/ou amigos) durante o período gestacional (JULIANO,; YUNES,

2014; GOTTARDO; FERREIRA, 2015).

Definição operacional: O item será avaliado por meio de relato de não receber apoio social (serviços, familiares e/ou amigos) no período gestacional. Durante o procedimento de coleta, o examinador irá questionar a gestante quanto ao apoio social durante o período gestacional.

Quadro 5 – Definições conceituais e operacionais das populações em risco. Recife - PE, 2019.

Populações em risco
1. Idade materna avançada
Definição conceitual: Gestante com idade igual ou maior que 35 anos (BRASIL, 2012).
Definição operacional: O fator será avaliado por meio de relato de possuir idade igual ou maior que 35 anos. Durante o procedimento de coleta, o examinador irá questionar a gestante sobre sua idade.
2. Pré-eclâmpsia na gestação anterior
Definição conceitual: Aumento da pressão arterial e presença de proteína na urina (proteinúria) após 20ª semana gestacional e/ou presença de elevação de enzimas hepáticas, alterações renais, hemólise e sintomas cerebrais na gestação anterior (REZENDE; MONTENEGRO, 2014).
Definição operacional: O fator será avaliado por meio de relato de ter tido pré-eclâmpsia na gestação anterior. Durante o procedimento de coleta, o examinador irá questionar a gestante se ela teve pré-eclâmpsia na gestação anterior.
3. Gravidez não planejada
Definição conceitual: É a gestação que não foi programada ou que foi causada por falha na contracepção (RODRIGUES; LOPES, 2016).
Definição operacional: O fator será avaliado por meio de relato de não ter realizado planejamento familiar ou de ter tido falha na contracepção. Durante o procedimento de coleta, o examinador irá questionar a gestante se a gestação foi planejada.
4. Baixo nível educacional
Definição conceitual: Consiste no pouco tempo de frequência ou de permanência da gestante na escola (FRANCO et al., 2016).
Definição operacional: O fator será avaliado por meio de relato de ter frequentado ou permanecido pouco na escola. Durante o procedimento de coleta, o examinador irá questionar a gestante quanto ao nível de escolaridade. Será considerado baixo nível educacional a gestante que não conseguiu concluir o ensino médio.
5. Desfavorecido economicamente
Definição conceitual: A gestante que tem baixo poder aquisitivo, bem como a que possui baixo padrão de vida e de consumo em relação às demais classes da população (OLIVEIRA et al., 2015).
Definição operacional: O fator será avaliado por meio de relato ter pouco poder aquisitivo e baixo padrão de vida e de consumo. Durante o procedimento de coleta, o examinador irá questionar a

gestante quanto ao seu nível econômico. Será considerado desfavorecido economicamente a gestante que a renda familiar per capita for menor que um salário mínimo (< R\$ 998,00).

Quadro 6 – Definições conceituais e operacionais das condições associadas. Recife - PE, 2019.

Condições associadas
1. Alteração do metabolismo da glicose
Definição conceitual: É provocada pela resistência à insulina, a qual impede a entrada de glicose nas células, aumentando o nível de glicose na corrente sanguínea (BRASIL, 2012).
Definição operacional: O fator será avaliado por meio da realização do teste de glicemia capilar (HGT). Durante o procedimento de coleta, o examinador irá realizar o HGT. Será considerada alteração do metabolismo da glicose quando o resultado for de tolerância à glicose diminuída (100-126 mg/dl) e de diabetes (≥ 126 mg/dl).
3. Condições maternas
Definição conceitual: Condições clínicas que a gestante possui e que podem comprometer a sua saúde e a saúde fetal, como por exemplo: dislipidemia, inflamação sistêmica, deficiência de vitamina D e endometriose (BRASIL, 2012).
Definição operacional: O fator será avaliado por meio de observação dos dados em prontuários médicos acerca das condições maternas (dislipidemia, inflamação sistêmica, deficiência de vitamina D e endometriose). Durante o procedimento de coleta, o examinador irá consultar os prontuários médicos para ter acesso às informações sobre as condições clínicas maternas.
4. Doenças maternas
Definição conceitual: Alterações biológicas, físicas ou psíquicas que prejudicam a saúde materna, por exemplo: Depressão, Infecções maternas, Doenças autoimunes, Disfunção da tireoide, Neoplasias, Síndromes metabólicas e Síndromes Hipertensivas (BRASIL, 2012).
Definição operacional: O fator será avaliado por meio de observação dos dados em prontuários médicos acerca das doenças maternas (Depressão, Infecções maternas, Doenças autoimunes, Disfunção da tireoide, Neoplasias, Síndromes metabólicas e Síndromes Hipertensivas). Durante o procedimento de coleta, o examinador irá consultar nos prontuários médicos para ter acesso às informações sobre as doenças maternas.
5. Regime de tratamento
Definição conceitual: Realização do tratamento para alguma doença ou condição, por exemplo, uso de antidepressivos, anti-hipertensivos, anticonvulsivantes, medicamentos teratogênicos (BRASIL, 2012).
Definição operacional: O fator será avaliado por meio de observação dos dados em prontuários médicos e em cartão de pré-natal. Durante o procedimento de coleta, o examinador irá consultar os

prontuários médicos e cartão de pré-natal para ter acesso às informações sobre a realização do regime de tratamento que está sendo feito, por exemplo, uso de antidepressivos, anti-hipertensivos, anticonvulsivantes e medicamentos teratogênicos.

6. Transferência de oxigênio ao feto comprometida

Definição conceitual: É o impedimento da chegada de oxigênio ao feto, prejudicando seu metabolismo e/ou provocando seu sofrimento (hipóxia fetal), devido às síndromes hipertensivas, abuso de substâncias psicoativas, tabagismo, doenças cardiovasculares, anemia, hemorragia, asma, epilepsia, disfunção respiratória, entre outras (BRASIL, 2012).

Definição operacional: O fator será avaliado por meio de observação dos dados em prontuários médicos e da ultrassonografia obstétrica com doppler. Durante o procedimento de coleta, o examinador irá consultar os prontuários médicos e da ultrassonografia obstétrica com doppler para ter acesso às informações do comprometimento do transporte de oxigênio.

5.1.5 Elaboração do caso modelo e caso adicional

O caso modelo e o caso adicional (caso contrário) a seguir, foram adaptados do estudo de Ortteloo e Connolly (2016). O caso modelo exemplifica o núcleo conceitual “binômio mãe-feto” e o caso adicional exemplifica o caso contrário do núcleo conceitual e, assim, a equivalência para o DE Risco de binômio mãe-feto perturbado.

- **Caso modelo:**

R.D., 31 anos, primigesta, inicia as consultas de pré-natal às oito semanas de gestação com a finalidade de manter um acompanhamento eficiente e uma assistência de qualidade para o binômio mãe-feto. Embora ela se perceba saudável, preocupa-se com os fatores de risco gestacionais, pois ela está ciente da relação simbiótica materno-fetal. Nas consultas de pré-natal, R.D. aumenta o conhecimento acerca do bem-estar do binômio, pois passa a perceber o quanto que o vínculo entre ela e o seu feto é essencial para manter o intercâmbio fisiológico e a boa qualidade das interações afetivo-emocionais durante o período gestacional.

- **Caso adicional (Caso contrário):**

M.V., 36 anos, primigesta, obesa, com hipertensão e edema, chega ao trabalho de parto com 28 semanas de gestação. Ela relata ter depressão, ter sido violentada fisicamente pelo companheiro, não ter realizado pré-natal e não ter tido apoio do parceiro. Além disso, reclama de dor de cabeça, dor epigástrica e está preocupada com o bem-estar do feto. A enfermeira realiza monitoramento fetal, obtém os sinais vitais de M.V. e verifica a presença de proteína

na urina, para observar a presença ou não de complicações maternas e fetais. A pressão arterial está 170/110 mmHg e é observada proteinúria no teste Labstix (3+). A enfermeira identifica o potencial para pré-eclâmpsia e hipóxia fetal subsequente, o que pode levar ao comprometimento da saúde materna e fetal. M.V. afirma que teve essas dores de cabeça por volta do meio da gravidez. O enfermeiro, assim como o médico, discute essa situação com M.V., fornecendo informações sobre o seu estado que contribui para o risco da relação simbiótica materno-fetal e do vínculo entre a mãe e o feto, bem como para os potenciais efeitos adversos para a sua saúde e de seu feto.

5.2 ANÁLISE DE CONTEÚDO POR ESPECIALISTAS

5.2.1 Caracterização dos especialistas

A Tabela 3 apresenta a caracterização dos 48 especialistas que compuseram a amostra.

Tabela 3 – Caracterização dos especialistas que participaram da validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem Risco de binômio mãe-feto perturbado. Recife-PE, 2019.

Variáveis	n	%
1. Sexo		
Feminino	43	89,60
2. Região de trabalho		
Nordeste	19	39,60
Sudeste	14	29,20
Sul	6	12,50
Norte	5	10,40
Centro-oeste	4	8,30
3. Titulação		
Mestre	25	52,10
Doutor	12	25,00
Especialista	11	22,90
4. Especialização Enfermagem Obstétrica ou Saúde da Mulher	44	91,70
5. Ocupação atual		
Enfermeiro assistencial	19	39,60
Docente	18	37,50
Estudante de pós-graduação	7	8,30
Mais de uma ocupação	4	14,60
6. Local de trabalho		
Instituição de ensino	33	68,80
Hospital	10	20,80
Outros	3	6,20
Unidade Básica de Saúde (UBS)	2	4,20
7. Desenvolvimento de estudo sobre Terminologias de Enfermagem	12	25,00

8. Desenvolvimento de estudo sobre Gestação de alto risco	31	64,60			
9. Desenvolvimento de estudo na área de Enfermagem obstétrica ou Saúde da mulher	46	95,80			
10. Participação em grupo de pesquisa sobre Terminologia de enfermagem	9	18,80			
11. Participação em grupo de pesquisa sobre Enfermagem obstétrica ou saúde da mulher	39	81,20			
12. Utilização de diagnósticos de enfermagem na assistência	42	87,50			
13. Utilização de diagnósticos de enfermagem no ensino	36	75,00			
14. Prestação de assistência à gestantes de alto risco ou utilizou o diagnóstico de enfermagem Risco de binômio mãe-feto perturbado	30	62,50			
15. Identificação do diagnóstico de enfermagem Risco de binômio mãe-feto perturbado na prática clínica					
Frequentemente	18	37,50			
Nunca	16	33,30			
Poucas vezes	14	29,20			
16. Ensino que envolve a temática diagnóstico de enfermagem	17	35,40			
17. Ensino que envolve a temática obstetria ou saúde da Mulher	6	12,50			
18. Nível de expertise					
Iniciante avançado	31	64,60			
Competente	12	25,00			
Proficiente	4	8,30			
Expert	1	2,10			
	Média	DP	Mediana	IIQ	Valor p
19. Idade	35,77	10,46	32,50	12	0,003
20. Tempo de formação	12,31	9,23	9,50	9	<0,001
21. Tempo de prática	11,02	9,50	9,00	10	<0,001
22. Tempo grupo de pesquisa sobre terminologia de enfermagem	0,42	1,56	0,00	0	0,009
23. Tempo grupo de pesquisa sobre Enfermagem obstétrica ou Saúde da mulher	2,69	2,71	2,00	3	<0,001

Legenda: DP (Desvio padrão); IIQ (Intervalo Interquart lico; p (nível de significância).

Observa-se na tabela acima que, da amostra obtida, a maioria dos especialistas   do sexo feminino (89,60%), oriunda da região nordeste (39,60%), com titulação de mestre (52,1%) e especialização em enfermagem obstétrica ou saúde da mulher (91,70%). São enfermeiros que atuam tanto na assistência (39,60%) quanto em instituições de ensino (68,8%). Observa-se também que, de acordo com a classificação de expertise de Benner, Tanner e Chesla (2009), a maioria foi classificada no nível de expertise iniciante avançado (64,60%) e desenvolveu estudos na área de enfermagem obstétrica ou saúde da mulher (95,80%), bem como ministrou disciplinas nessa  rea (87,50%).

Além disso, a maioria utiliza diagnósticos de enfermagem na assistência (87,50%) e no ensino (75,00%); e relatou que já prestou assistência às gestantes de alto risco ou utilizou o diagnóstico de enfermagem em estudo (62,50%). A minoria desenvolveu estudos sobre terminologias de enfermagem (25,00%), participou de grupo de pesquisa sobre essas

terminologias (12,50%) e ministrou disciplinas que envolvem a temática diagnóstico de enfermagem (35,40%).

Em relação às variáveis quantitativas, foi observado que todos os valores não aderiram à distribuição normal. Sendo assim, destacam-se os valores da mediana. A mediana de 32,50 anos correspondeu à idade dos especialistas, enquanto que o tempo de formação e de prática foram de 9,5 e 9 anos, respectivamente. Além disso, a mediana do tempo de grupo de pesquisa sobre enfermagem obstétrica ou saúde da mulher foi de 2 anos, valor próximo a média obtida desta variável. Já o tempo de grupo de pesquisa sobre Terminologias de enfermagem teve mediana de 0 ano, valor também próximo a média da variável.

5.2.2 Análise dos elementos do DE Risco de binômio mãe-feto perturbado

A Tabela 4 mostra a análise descritiva da escolha do título, da definição, do domínio e da classe do diagnóstico de enfermagem Risco de binômio mãe-feto perturbado.

Tabela 4 – Elementos do diagnóstico de enfermagem em estudo. Recife, 2019.

Variáveis	n	%
Título 1 sugerido – Risco de binômio mãe-feto prejudicado	29	60,40
Título 2 sugerido – Risco de díade mãe-feto prejudicada	19	39,60
Título estabelecido pela NANDA-I – Risco de binômio mãe-feto perturbado	0	00,00
Definição sugerida para o DE	41	85,40
Definição estabelecida pela NANDA-I	7	14,60
Domínio Sexualidade	30	62,50
Classe Reprodução	37	77,10

Foram sugeridos, além do o título estabelecido pela Taxonomia da NANDA-I, dois títulos alternativos para o DE em estudo: “Risco de binômio mãe-feto prejudicado” e “Risco de díade mãe-feto prejudicada”. Porém, observa-se que nenhum especialista optou pelo título estabelecido pela referida taxonomia e que a maioria dos especialistas (60,40%) concordou com o primeiro título sugerido, a saber: Risco de binômio mãe-feto prejudicado.

Foi estabelecida como opção de análise a definição do DE em estudo estabelecida pela NANDA-I, bem como a definição sugerida neste estudo. Assim, observa-se que a maioria dos especialistas (85,40%) concordou com a definições sugerida por este estudo: “Susceptibilidade à ruptura da relação simbiótica mãe-feto que afeta o intercâmbio fisiológico e as interações afetivo-emocionais durante o período gestacional”.

Ainda que a definição tenha sido indicada como a melhor definição para o DE em estudo, alguns especialistas sugeriram manter os termos “comorbidade” e “problemas relacionados à gestação” da definição proposta pela Taxonomia da NANDA-I, visto que a manutenção desses termos contextualizam a origem do risco. Além disso, afirmaram que incluir as características psicossocioafetivas na definição sugerida, as quais contemplam o binômio de forma integral e que não são vistas na definição atual da NANDA-I, foi necessário.

Assim, ao acrescentar os termos propostos pela Taxonomia da NANDA-I e pelos especialistas que participaram deste estudo, a definição sugerida para o DE em estudo ficou: “Susceptibilidade à ruptura da relação simbiótica mãe-feto que afeta o intercâmbio fisiológico e as interações afetivo-emocionais durante o período gestacional em consequência de comorbidade ou problemas relacionados à gestação”.

O Quadro 9 traz a definição estabelecida pela NANDA-I, bem como a definição sugerida para os especialistas e as alterações sugeridas por estes após o julgamento dos itens.

Quadro 7 – Alterações sugeridas pelos especialistas para a definição do DE em estudo. Recife, 2019.

Definição estabelecida pela NANDA-I
“Susceptibilidade à ruptura da relação simbiótica mãe-feto em consequência de comorbidade ou problemas relacionados à gestação que pode comprometer a saúde” (HERDMAN; KAMITSURU, 2018, p. 303)
Definição sugerida
Susceptibilidade à ruptura da relação simbiótica mãe-feto que afeta o intercâmbio fisiológico e as interações afetivo-emocionais durante o período gestacional.
Definição ajustada
Susceptibilidade à ruptura da relação simbiótica mãe-feto que afeta o intercâmbio fisiológico e as interações afetivo-emocionais durante o período gestacional em consequência de comorbidade ou problemas relacionados à gestação.

Observa-se, ainda na Tabela 4, que a maioria dos especialistas (62,50%) concordou com o domínio “Sexualidade” estabelecido pela Taxonomia da NANDA-I, pois afirmam que é o domínio que está mais adequado para o DE em estudo. Os 18 especialistas que não concordam com o domínio proposto pela NANDA-I sugeriram os seguintes domínios: Papéis e relacionamentos; Crescimento/desenvolvimento.

Os especialistas relataram que os motivos de escolha pelo domínio Sexualidade, foram: estar adequado para o DE, visto que consideram pertinente pela relação sexualidade/reprodução; é o domínio mais próximo do DE em questão; e por direcionar melhor as questões relacionadas ao período gestacional.

Além disso, observa-se que a maioria dos especialistas (77,10%) concordou com a classe “Reprodução” estabelecida pela Taxonomia da NANDA-I, já que afirmam que é a classe que está mais adequada para o DE em estudo. Os 11 especialistas que não concordam com a classe proposta pela NANDA-I sugeriram a seguinte classe: Relações familiares.

Os especialistas que optaram pela classe Reprodução afirmaram que a escolha foi devido a essa ser a melhor opção dentre todas as classes da taxonomia e destacaram que o DE está contemplado nessa classe, já que envolve o período gestacional.

5.2.3 Análise dos fatores de risco do DE Risco de binômio mãe-feto perturbado

Tabela 5 - Índices de Validade de Conteúdo dos fatores de risco ajustados pelo nível de expertise. Recife, 2019.

Item	Teste de Shapiro-Wilk			IVC	
	W	Valor p	Mediana	IC 95%	
1. Abuso de álcool	0,55	<0,001	1,00	0,88	1,00
2. Uso de drogas ilícitas	0,48	<0,001	1,00	1,00	1,00
3. Baixo ganho de peso gestacional	0,89	<0,001	0,63	0,62	0,75
4. Cuidado pré-natal ausente/inadequado	0,64	<0,001	0,88	0,87	1,00
5. Obesidade	0,86	<0,001	0,75	0,62	0,75
6. Sobrepeso	0,87	<0,001	0,62	0,50	0,75
7. Tabagismo	0,68	<0,001	0,88	0,87	0,88
8. Violência	0,63	<0,001	0,88	0,88	1,00
9. Apoio do parceiro ausente/insuficiente	0,83	<0,001	0,75	0,75	0,87
10. Apoio social ausente/insuficiente	0,79	<0,001	0,87	0,75	0,87

A análise demonstrou que os valores dos fatores de risco do Diagnóstico de Enfermagem (DE) em estudo não aderiram à distribuição normal. Assim, foi considerado a mediana do Índice de Validade de Conteúdo (IVC) e seus respectivos Intervalos de Confiança (IC) para estimar a validade de conteúdo da relevância de cada item.

De acordo com a análise, percebe-se que sete destas variáveis (Abuso de álcool; Uso de drogas ilícitas; Cuidado pré-natal ausente/inadequado; Tabagismo; Violência; Apoio do parceiro ausente/insuficiente; e Apoio social ausente/insuficiente) apresentaram adequação, uma vez que os IC do IVC foi $> 0,8$.

Foram consideradas as sugestões dadas pelos especialistas para revisão dos outros itens, com a finalidade de tornar os elementos mais adequados, já que tanto a mediana do IVC quanto seus respectivos IC foram $< 0,8$. Dentre esses elementos, tem-se os fatores de risco: Baixo ganho de peso gestacional; Sobrepeso; e Obesidade.

A revisão desses itens pode ser explicada pela falta de consistência nos rótulos, conforme foram destacados pelos especialistas. Assim, sugeriu-se a modificação do rótulo do elemento Baixo ganho de peso gestacional para: Ganho de peso gestacional insatisfatório. Logo, devido a essas alterações, foram realizados alguns ajustes nas definições conceituais e operacionais (APÊNDICE H).

Destaca-se que os especialistas sugeriram unir os itens Sobrepeso e Obesidade para o rótulo: Ganho de peso gestacional excessivo. Contudo, de acordo com o Manual técnico de gestação de alto risco do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), esses dois fatores de risco podem provocar diferentes complicações gestacionais. Dessa forma, a sugestão não foi considerada.

5.2.4 Análise das populações em risco do DE Risco de binômio mãe-feto perturbado

Tabela 6 - Índices de Validade de Conteúdo das populações em risco ajustados pelo nível de expertise. Recife, 2019.

Item	Teste de Shapiro-Wilk			IVC	
	W	Valor p	Mediana	IC95%	
1. Idade materna avançada	0,86	$<0,001$	0,63	0,62	0,75
2. Pré-eclâmpsia na gestação anterior	0,81	$<0,001$	0,75	0,75	0,87
3. Gravidez não planejada	0,88	$<0,001$	0,63	0,62	0,75
4. Baixo nível educacional	0,85	$<0,001$	0,75	0,63	0,75
5. Desfavorecido economicamente	0,85	$<0,001$	0,75	0,63	0,75

Observa-se que a análise das populações em risco do DE em estudo demonstrou que os valores do IVC não aderiram à distribuição normal. Destaca-se que os valores da mediana e seus respectivos IC.

Apenas o item “Pré-eclâmpsia na gestação anterior” foi considerado adequado. Para os outros itens (idade materna avançada, gravidez não planejada, baixo nível educacional e desfavorecido economicamente), considerou-se as sugestões dadas pelos especialistas, com a finalidade de tornar os elementos mais adequados, já que a mediana do IVC e os IC foram < 0,8. Assim, esses itens foram revisados ou excluídos.

Para os itens Baixo nível educacional e Desfavorecido economicamente, os especialistas manifestaram a ausência do termo “gestante”, pois as formas propostas estavam generalizadas. Assim, as sugestões dos rótulos para essas populações em risco foram: Gestante com baixo nível educacional e Gestante desfavorecidas economicamente.

Quanto à “Idade materna avançada” os especialistas sugeriram modificar o rótulo para “extremos de idade materna” a fim de dar uma maior consistência para a população em risco, visto que inclui o público adolescente que também pode ser susceptível aos riscos gestacionais.

Em relação à população em risco “Gravidez não planejada”, os especialistas sugeriram a modificação para “Gravidez indesejada”, que pode ou não ser consequência da ausência de planejamento familiar. Contudo, por serem fenômenos diferentes (BRASIL, 2012), a sugestão não foi considerada e o item foi excluído do estudo.

Devido às alterações, foram realizados alguns ajustes nas definições conceituais e operacionais (APÊNDICE H).

5.2.5 Análise das condições associadas do DE Risco de binômio mãe-feto perturbado

Tabela 7 - Índices de Validade de Conteúdo das condições associadas ajustados pelo nível de expertise. Recife, 2019.

Item	Teste de Shapiro-Wilk			IVC	
	W	Valor p	Mediana	IC95%	
1. Complicações gestacionais	0,63	<0,001	0,88	0,87	1,00
2. Alterações do metabolismo da glicose	0,70	<0,001	0,87	0,75	0,88
3. Regime de tratamento	0,75	<0,001	0,75	0,75	0,87
4. Transferência de oxigênio ao feto comprometida	0,46	<0,001	1,00	1,00	1,00
5. Doenças maternas	0,65	<0,001	0,88	0,87	1,00
6. Condições maternas	0,74	<0,001	0,87	0,75	0,87

Conforme já mostrado nos resultados anteriores, a análise das condições associadas do DE em estudo também não aderiu à distribuição normal, sendo então considerados a mediana e os IC. Todas as condições associadas (complicações gestacionais, alterações do metabolismo da glicose, regime de tratamento, transferência do oxigênio ao feto comprometida, doenças maternas e condições maternas) foram consideradas adequadas, visto que a mediana dos IVC e seus respectivos IC foram $> 0,8$.

6 DISCUSSÃO

6.1 ANÁLISE DE CONCEITO

6.1.1 Caracterização dos artigos da análise de conceito

A maior parte dos artigos (43,20%) que subsidiaram a análise de conceito foi oriunda da base de dados SCOPUS e encontra-se no idioma inglês. Os estudos foram publicados principalmente nos Estados Unidos da América (EUA), seguido do Reino Unido e do Brasil.

Além disso, os achados mostraram que a maioria dos estudos (97,30%) são de outras áreas de saúde, que não é a área da enfermagem. Isso deve-se ao fato dessa temática ser abordada por diversas áreas da saúde (medicina, nutrição, psicologia, biomedicina, entre outras) e da maioria dos estudos serem oriundos da base de dados SCOPUS, a qual é multidisciplinar e têm estudos de todas as áreas do conhecimento (MONGEON; PAUL-HUS, 2016).

A atenção à saúde do binômio mãe-feto se dá por uma equipe multiprofissional, visto que os profissionais de saúde atuam em conjunto, a fim de evitar a evolução desfavorável do binômio. Contudo, vale ressaltar o papel do enfermeiro na atenção à saúde materno-fetal, já que esse profissional acompanha as gestantes de alto risco, realiza ações de educação em saúde e realiza o cuidado de enfermagem frente aos fatores de risco gestacionais (ERRICO et al., 2018; MEDEIROS et al., 2016).

No que concerne o nível de evidência, verificou-se que houve predomínio dos estudos de nível de evidência IV, que são os estudos de coorte e de caso-controle. Nota-se que nenhum estudo foi do tipo ensaio clínico randomizado, que são estudos com maior nível de evidência e padrão ouro na Pesquisa Baseada em Evidências (PBE) (MELNYK; FINEOUT, 2011). Acrescenta-se que os artigos que subsidiaram esta análise de conceito foram classificados como estudos com bom rigor metodológico e viés reduzido, o que sugere maior confiabilidade para os achados da pesquisa.

6.1.2 Atributos do conceito binômio mãe-feto

No caso modelo apresentado estão presentes os atributos do conceito binômio mãe-feto encontrados na análise de conceito, são eles: vínculo entre a mãe e o feto; e a relação simbiótica materno-fetal.

No período gestacional, ocorrem transformações psíquicas, sociais e físicas marcantes na vida da mulher. Em meio a essas alterações se forma o vínculo entre a mãe e o feto, que é a relação estabelecida entre a gestante e o seu filho. A constituição desse vínculo representa uma necessidade física e psicológica do feto e ajuda no seu desenvolvimento (FERNANDES; SILVEIRA; MARQUES, 2017; ANDRADE; BACCELLI; BENINCASA, 2017).

O vínculo entre a mãe e o feto é considerado um fator essencial para a qualidade da relação que o binômio mãe-feto estabelecerá nos primeiros meses de vida. Alguns fatores psicológicos e sociais, tais como: depressão, fatores socioeconômicos, falta do apoio do parceiro, consumo de álcool, uso de drogas ilícitas e tabagismo, podem comprometer esse vínculo e acarretar desfechos desfavoráveis para a saúde materna e fetal (ALVARENGA; TEIXEIRA; PEIXOTO, 2015; BORGES; PINTO; VAZ, 2015; RONCALLO; MIGUEL; FREIJO, 2015). Assim, o bem estar do binômio mãe-feto está relacionado com o vínculo materno-fetal.

O outro atributo, a relação simbiótica materno-fetal, é citado na definição do diagnóstico de enfermagem Risco de binômio mãe-feto perturbado (HERDMAN; KAMITSURU, 2018). Trata-se de uma relação de simbiose entre a mãe e o feto, na qual é importante para o período gestacional. Quando ocorre a possível interrupção ou o rompimento dessa relação, pode haver o comprometimento fisiológico e das interações afetivo-emocionais entre a mãe e o feto. A relação simbiótica materno-fetal está associada ao vínculo entre a mãe e o feto e pode ser estabelecida desde a concepção, desenvolvimento no útero e nascimento (KLUMMP; BARONE; ANDRADE, 2017; ANDRADE; BACCELLI; BENINCASA, 2017).

Assim, a definição “Susceptibilidade à ruptura da relação simbiótica mãe-feto que afeta o intercâmbio fisiológico e as interações afetivo-emocionais durante o período gestacional”, foi sugerida para o DE Risco de binômio mãe-feto perturbado, para dar maior consistência no que concerne o vínculo materno-fetal e a relação simbiótica do binômio.

Em relação ao título do DE, foi sugerido modificação para: “Risco de binômio mãe-feto prejudicado” ou “Risco de díade mãe-feto prejudicada”, pois alguns estudos atribuem o termo díade em vez de binômio, visto que o termo díade corresponde à relação simbiótica entre a mãe e o feto, que foi um dos atributos identificados (ALVARENGA; TEIXEIRA; PEIXOTO, 2015; ARPINI et al., 2015; ABRAHAM; HESS, 2016; SILVA; PORTO, 2016; ANDRADE; BACCELLI; BENINCASA, 2017).

Sugeriu-se a modificação do termo “perturbado” para “prejudicado”, uma vez que o termo perturbado refere-se a algo que foi alvo de perturbação ou que está passando por um processo de perturbação, que perdeu o norte, que está desvairado ou desnorteado.

Considerando que esse termo induz a ideia de distúrbio e/ou transtorno mental, optou-se pelo termo “prejudicado”, o qual corresponde a algo que foi alvo de prejuízo, que acabou de se prejudicar, que foi afetado, lesado ou agravado (FERREIRA, 2010).

Destaca-se que a taxonomia da NANDA-I é traduzida em quase 20 idiomas diferentes. Assim, a tradução de termos abstratos ou termos muito amplos em inglês para outros idiomas pode ser um desafio, visto que a tradução conceitual demanda uma compreensão clara do conceito pelos tradutores, que podem não ser especialistas da área do DE. Por isso, tem-se a dificuldade assegurar uma tradução correta dos conceitos, títulos, definições e indicadores diagnósticos (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

A referida taxonomia aborda que as traduções dos DE devem ser aperfeiçoadas, pois utiliza-se uma padronização completa dos termos dos diagnósticos. O DE em estudo “Risco de binômio mãe-feto perturbado”, por exemplo, consta na versão em inglês da Taxonomia da NANDA-I como “*Risk for disturbed maternal-fetal dyad*” e é traduzido para o português como “Risco de binômio mãe-feto perturbado” (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

Percebe-se que o termo “díade” está presente na versão em inglês e foi traduzido para o português como “binômio”. Além disso, o termo “*disturbed*” foi traduzido para a versão em português como “perturbado”. Assim, a falta de clareza das traduções para idiomas podem criar confusão para os profissionais de enfermagem que utilizam a taxonomia (HERDMAN; KAMITSURU, 2018). Isso pode justificar a inconsistência do julgamento “perturbado” do DE em estudo.

6.1.3 Fatores de risco

No caso adicional foram descritos os antecedentes que afetam o binômio mãe-feto, dentre eles, estão os fatores de risco que podem desencadear problemas gestacionais e tornar o binômio susceptível a complicações, morbidades e mortalidade (HUNG et al., 2015; MOCHHOURY et al., 2013). A gestação é um período em que a mulher passa por mudanças físicas, psíquicas, hormonais e sociais (MELO et al., 2016).

A taxonomia da NANDA-I traz o fator de risco “abuso de substâncias”, o qual representa uma grande preocupação para os profissionais de saúde (ROCHA et al., 2016; HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

Ao realizar a análise de conceito, foi encontrado o fator de risco o abuso de álcool, com prevalência de 22,32% durante o período gestacional, o qual está relacionado à restrição do crescimento fetal, menor perímetro cefálico, baixo peso ao nascer, aborto e malformações

placentárias. Além disso, quando o álcool é ingerido pela gestante, atravessa a corrente sanguínea da mãe, percorre a placenta e, ao realizar a troca gasosa com o feto, favorece a exposição do álcool sobre o conceito, o que pode provocar a Síndrome Alcoólica Fetal (SAF), alterações nos músculos, nos ossos e no sistema neurológico (ROCHA et al., 2016; RODRIGUES; SOUZA; BORGES, 2018). Assim, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde recomendam que as gestantes devem abster-se de álcool, uma vez que a sua utilização causa danos para o binômio mãe-feto (BRASIL, 2012; SIQUEIRA et al., 2017).

Foram também identificados como fatores de risco: o uso de drogas ilícitas e o tabagismo, os quais são prejudiciais à saúde da materno-fetal. Na gestação, o uso de drogas lícitas e ilícitas tem prevalência de 4,22% e 1,45% respectivamente (ROCHA et al., 2016).

O uso de drogas lícitas e ilícitas, durante o período gestacional, tornou-se um problema de saúde pública, visto que provoca consequências para o binômio mãe-feto. As drogas ilícitas mais frequentes na gestação são: maconha, cocaína, merla e *crack*. Essas drogas comprometem a saúde da mulher e do feto e, por vezes, esse comprometimento pode ser irreversível (ROCHA et al., 2016; RODRIGUES; SOUZA; BORGES, 2018).

As gestantes expostas a drogas ilícitas apresentam maiores complicações clínicas e obstétricas, pois têm menos consultas de pré-natal e maior número de hospitalizações, provocadas pelo descolamento prematuro de placenta, distúrbios afetivos, ansiedade e aborto (ANTUNES et al., 2018)

O tabagismo, durante o período gestacional, é considerado um grave problema de saúde pública devido ao seu impacto na saúde materna e fetal. O uso do tabaco pode provocar: aborto espontâneo, diminuição da oferta do oxigênio, polidrâmnio, sangramento vaginal e parto prematuro, pois as substâncias contidas no cigarro atravessam imediatamente a placenta e comprometem a saúde do feto. Além disso, a saúde da gestante fumante é afetada, podendo apresentar complicações durante o parto, bem como malformações na inserção da placenta, hemorragias e descolamento de placenta (ROCHA et al., 2016; SANTOS et al., 2015).

Cerca de 80% das mulheres tabagistas continuam com esse hábito durante o período gestacional e aderem menos às consultas de pré-natal quando comparado com as gestantes não fumantes. O tabagismo na gestação é extremamente nocivo para a mãe e, sobretudo, para o feto, uma vez que a nicotina provoca a liberação das catecolaminas no sistema cardiovascular materno, que acarreta taquicardia, vasoconstrição e redução do fluxo sanguíneo placentário, e pode ocasionar danos ao desenvolvimento cognitivo e psicomotor das crianças (AQUINO; SOUTO, 2015).

Quando a gestante fuma, ela favorece que o feto seja um fumante involuntário, e provoca danos ao seu desenvolvimento. Existem diversos fatores que fazem com que a gestante seja tabagista, dentre eles: a idade materna e os fatores psicológicos, socioeconômicos, demográficos e culturais. Salienta-se que o efeito da nicotina atua imediatamente sobre o sistema cardiovascular do feto, pois um único cigarro fumado pela gestante acelera rapidamente os batimentos cardíacos do concepto e pode levar a mortalidade fetal (SANTOS et al., 2015; AQUINO; SOUTO, 2015).

Dessa forma, é necessária a realização de intervenções educativas que venham mostrar os malefícios do uso do tabaco na gestação, além de mostrar a importância da cessação em qualquer momento da gestação (SANTOS et al., 2015).

Aproximadamente 20% das gestantes fazem uso regular de álcool e/ou de algum tipo de droga, porém muitas não admitem. Assim, o enfermeiro, durante as consultas de pré-natal, deve identificar o uso de álcool e de outras drogas, com a finalidade de proporcionar medidas de prevenção aos agravos à saúde e reduzir as consequências severas à saúde materno-fetal, visto que o consumo de álcool e o uso de drogas lícitas ou ilícitas provocam consequências severas para a mãe e para o feto. Para isso, o enfermeiro deve estabelecer uma relação de confiança com as gestantes, pois, por vezes, a gestante pode negar ou relatar um consumo menor dessas substâncias (MARANGONI et al., 2018; RODRIGUES; SOUZA; BORGES, 2018).

Os achados deste estudo também identificaram os fatores de risco: sobrepeso, obesidade e baixo peso gestacional, que não contam na taxonomia da NANDA-I (HERDMAN; KAMITSURU, 2018), mas que são responsáveis por causar complicações perinatais (CHO; HUR; LEE, 2015).

Durante a gestação, muitas mulheres ganham peso além do esperado. O excesso de peso gestacional está relacionado aos resultados adversos maternos e fetais. Em 2017, no Brasil, 26,55% das gestantes estavam com sobrepeso, 15% com obesidade e 17,34% com baixo peso gestacional (BRASIL, 2018). O sobrepeso e a obesidade estão relacionados aos nascimentos de fetos grandes para a idade gestacional, malformações e mortes fetais. Acrescenta-se que a gestante obesa ou com sobrepeso tem maior chance de desenvolver hipertensão arterial, diabetes gestacional e tromboembolismo. Já o baixo peso materno pode restringir o crescimento fetal (CHO; HUR; LEE, 2015; WALLACE; BHATTACHARYA; HORGAN, 2017).

Os achados também apontaram o apoio do parceiro ausente/insuficiente e o apoio social ausente/insuficiente como fatores de risco gestacionais. Ambos não estão na taxonomia da NANDA-I (HERDMAN; KAMITSURU, 2018). De acordo com Santos et.al (2016), a falta do apoio da família e/ou do parceiro interfere no período gestacional, visto que esse apoio é fundamental para oferecer suporte à mulher, bem como para estimulá-la na realização dos cuidados necessários (RODRIGUES et l., 2016).

O apoio permite a compreensão, simpatia, empatia e estímulo. A falta de apoio familiar e do parceiro no período gestacional pode ocasionar a depressão, a qual pode ameaçar o desenvolvimento fetal e aumentar os riscos de efeitos adversos para a saúde materna e fetal. Dados de 2017 mostram que 25% das gestantes no Brasil tiveram depressão devido a insuficiência ou falta de apoio do parceiro e/ou familiar (SANTOS et al., 2017; WILHELM et al.; 2015; LIMA; TSUNECIRO; BONADIO, 2017).

Durante o pré-natal, a rede de apoio exerce influências benéficas no comportamento e emoções da mulher tanto no período gestacional quanto nos primeiros meses após o nascimento do bebê. Esse suporte envolve uma série de cuidados formais que podem favorecer o estabelecimento de vínculos afetivos e de proteção frente às situações de risco (FERNANDES; SILVEIRA; MARQUES, 2017).

A taxonomia da NANDA-I traz como fator de risco a “presença de abuso” (HERDMAN; KAMITSURU, 2018). Contudo, os artigos abordaram o fator de risco “violência”, por considerar que a violência, tanto sexual quanto psicológica ou física, pode provocar danos para o período gestacional. Esses tipos de violência durante a gestação podem acarretar: hemorragia, dor pélvica, parto prematuro, aborto, risco de morte perinatal e baixo peso fetal (MARANGONI et al., 2018; RODRIGUES et al., 2014). As gestantes vítimas de violência familiar procuram menos a assistência ao pré-natal e iniciam os cuidados gestacionais tardiamente, o que interfere diretamente na saúde do binômio mãe-feto (AQUINO; SOUTO, 2015).

Ademais, consta na taxonomia o fator de risco “cuidado pré-natal inadequado” (HERDMAN; KAMITSURU, 2018). Contudo, foi identificado na literatura que o cuidado pré-natal ausente também é considerado um fator de risco para a gestação, uma vez as gestantes que não realizam cuidados pré-natais estão mais susceptíveis a tais resultados adversos: malformações congênitas, infecções, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, ganho ponderal fetal inadequado e o parto prematuro (MELO; OLIVEIRA; MATHIAS, 2015).

O cuidado pré-natal promove a saúde materna e fetal, visto que rastreia precocemente as situações de risco, trata as complicações e reduz a morbimortalidade

materno-infantil por meio da realização da anamnese, exames clínicos, exames laboratoriais e acompanhamento. Assim, a ausência desses cuidados deve-se ao fato da dificuldade de acesso aos serviços de saúde, da organização dos sistemas de saúde, da qualidade dos cuidados, dos fatores socioeconômicos, do suporte social e do suporte familiar. Dessa forma, quando a gestante não frequenta as consultas de pré-natal, tem-se o risco de resultados adversos da gestação (MELO; OLIVEIRA; MATHIAS, 2015; ROSA; SILVEIRA; COSTA, 2014). No Brasil, considera-se a realização de seis consultas de pré-natal ao longo da gestação (BRASIL, 2012).

6.1.4 Populações em risco

A 11ª edição da NANDA-I não traz para o DE Risco de binômio mãe-feto perturbado o indicador clínico “populações em risco”. Conforme sugerido pela própria taxonomia, é necessária a realização de estudos que venham a identificar novos indicadores clínicos. Nesta pesquisa, foram encontradas cinco populações em risco, que consistem em grupo de pessoas com características de susceptibilidade à determinada resposta humana, que não são modificáveis pelo enfermeiro (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

As populações em risco identificadas foram: idade materna avançada; pré-eclâmpsia na gestação anterior; gravidez não planejada; baixo nível educacional e desfavorecido economicamente.

Considera-se idade materna avançada quando a gestante tem 35 anos ou mais. Essas gestantes estão mais vulneráveis às complicações gestacionais quando comparadas com mulheres de idade inferior, com destaque para: hipertensão gestacional, diabetes mellitus gestacional, trabalho de parto prematuro, placenta prévia, ruptura prematura de membranas, gestações múltiplas, morbidade e mortalidade materna (BRASIL, 2012; BRASIL, 2013; ALDRIGHI et al., 2016; ALVES et al., 2017).

Acima dos 40 anos, a probabilidade de morte fetal e de aborto espontâneo é de 50% e 70%, respectivamente (AMORIM et al., 2017). O número de gestantes com idade ≥ 35 anos tem aumentado e ganhado notoriedade nas pesquisas. Algumas condições que ocasionam a gravidez tardia são: desejo da mulher investir na carreira profissional, postergação do casamento, divórcios seguidos de novas uniões, nível educacional elevado, procura das relações estáveis, planejamento familiar, maior disponibilidade de métodos contraceptivos, avanços na tecnologia da reprodução assistida e avanços da atenção à saúde (ALDRIGHI et al., 2016; ALVES et al., 2017; MARQUES et al., 2017).

O contexto da gravidez tardia mostra a necessidade do acesso à assistência adequada e ao acompanhamento do binômio mãe-feto, para prevenir futuros problemas e assegurar uma gestação saudável. O acompanhamento das gestantes com idade avançada deve ser criterioso, com atenção aos sinais e aos sintomas de complicações (BEZERRA et al., 2016).

Outra população identificada foi a mulher que teve pré-eclâmpsia na gestação anterior. A pré-eclâmpsia está presente em 2% a 8% das gestações de alto risco e traz consequências à saúde tanto materna quanto fetal, tais como: baixo peso ao nascer, óbitos fetais, encefalopatia irreversível, falência cardíaca, comprometimento renal e coagulopatias gestação (KAHHALE; FRANCISCO; ZUGAIB, 2018; ANTUNES et al., 2017).

As mulheres que tiveram pré-eclâmpsia em gestações anteriores são mais propensas a ocorrência em suas formas mais graves: a eclâmpsia e a síndrome HELLP (*Hemolytic anemia, Elevated Liver enzymes e Low Platelet count*). Isso ocorre porque a pré-eclâmpsia não apenas traz riscos para o período gestacional, mas também aumenta o risco de doença cardiovascular na mulher após a gestação (KAHHALE; FRANCISCO; ZUGAIB, 2018; ANTUNES et al., 2017).

Além dos aspectos biológicos, tem-se as condições socioeconômicas, culturais e ambientais em que as pessoas vivem, que estão relacionadas com o processo saúde-doença. Dessa forma, torna-se importante conhecer e compreender essas condições e identificar os determinantes da saúde que interferem no desenvolvimento saudável do período gestacional (RODRIGUES et al., 2016).

A vulnerabilidade socioeconômica está associada a intercorrências do período gestacional, sobretudo por contribuir com a má adesão as consultas de pré-natal. Além disso, está associada à carência nutricional, como por exemplo a deficiência de ferro durante a gestação, bem como ao baixo peso ao nascer. Assim, os fatores socioeconômicos influenciam os determinantes do processo saúde doença, bem como comprometem o vínculo mãe-feto (AQUINO; SOUTO, 2015; ALVES et al., 2017).

Outros grupos vulneráveis aos desfechos gestacionais desfavoráveis são as mulheres que não planejam a gravidez e as que têm baixo nível educacional. Esses grupos têm maior predisposição à pré-eclâmpsia, ao trabalho de parto prematuro e ao baixo peso ao nascer (LIMA et al., 2017; MARANGONI et al., 2018).

A gravidez não planejada é considerada um problema de saúde pública no Brasil e no mundo. A taxa de gestações não planejadas dos últimos cinco anos da década atual é de 45,80% e muitas delas evoluem para o aborto com risco de morbimortalidade da mulher. A gestação não planejada ocorre quando o casal não programou, ou pelo menos quando a

mulher não programou a gestação. Esta é diferente de uma gravidez indesejada e da gravidez inoportuna, que consistem em uma gravidez que se contrapõe aos desejos e expectativas da mulher, bem como na gestação que ocorre em momentos desfavoráveis, respectivamente. As gestantes que não planejaram a gravidez sofrem impacto na oferta de cuidados durante o ciclo gravídico-puerperal (BONATTI et al., 2018).

No que concerne ao baixo nível educacional das gestantes, as mulheres que não concluíram o ensino médio estão mais vulneráveis à anemia, aos sintomas depressivos e às infecções maternas durante no período gestacional (LOPES et al., 2015; FURNALETTO et al., 2016; SANTOS et al., 2016; LIMA et al., 2017)

6.1.5 Condições associadas

Quatro condições associadas encontradas na literatura constam na NANDA-I: complicações gestacionais, alterações do metabolismo da glicose, regime de tratamento e transferência de oxigênio ao feto comprometida (HERDMAN; KAMITSURU, 2018). Duas não constam: doenças e condições maternas. As doenças e as condições maternas estão presentes em 20% das gestações e acarretam a gestação de alto risco, são elas: hipertensão, depressão, dislipidemia, inflamação sistêmica, deficiência de vitamina D, infecções maternas, doenças autoimunes, disfunção da tireoide e endometriose (RICH-EDWARDS et al., 2013; TANDU-UMBA et al., 2014; HARADA et al., 2016; SUNITHA et al., 2017).

As complicações gestacionais encontradas na literatura foram: proteinúria; restrição do crescimento fetal; gestação múltipla; placenta prévia; ruptura prematura de membranas; placenta acreta, increta ou percreta; Síndrome HELLP; descolamento prematuro de placenta; rotura uterina e polidrâmnio ou oligodrâmnio. Essas complicações afetam o binômio mãe-feto e são responsáveis pela alta taxa de mortalidade materna e/ou fetal (BRASIL, 2012; BRASIL, 2013).

Quanto à alteração do metabolismo da glicose, a mais comum durante o período gestacional, é a Diabetes Mellitus Gestacional (DMG), em que tanto o feto como a mãe pode desenvolver efeitos indesejáveis, visto que a DMG pode provocar a morte fetal, malformações fetais e macrosomia. A DMG é uma patologia frequente na gestação de alto risco, tem prevalência que varia de 1% a 14%, ocorre devido à resistência da insulina e tem como causa a obesidade, o sobrepeso ou o ganho de peso gestacional (HAFEZ et al., 2014; COSTA et al., 2015; GUERRA, 2018).

Em relação ao regime de tratamento, foi identificado o uso de medicamentos teratogênicos. Na década de 1960 começou a preocupação com os medicamentos utilizados pelas gestantes devido aos efeitos desses medicamentos sobre o feto. Um medicamento pode ser considerado teratogênico quando provoca alterações na morfologia e/ou fisiologia fetal, como por exemplo, alguns antidepressivos, anti-hipertensivos e anticonvulsivantes. Um dos fatores que provocam o uso desses medicamentos é a automedicação. Quando o medicamento teratogênico é utilizado nas primeiras semanas de gestação, as consequências para o embrião são maiores, o que pode levar a morte. Assim, tem-se a necessidade do acompanhamento regular das gestantes nas consultas de pré-natal pelos profissionais de saúde (RICHTER et al., 2016; SETTE; AUGUSTO; MATARUCCO, 2017).

Condições que afetam a transferência de oxigênio ao feto são também responsáveis pela gestação de alto risco, são elas: pré-eclâmpsia; declínio da hemoglobina; doenças cardiovasculares; anemia; hemorragia; asma; epilepsia; trabalho de parto prematuro e disfunção respiratória (BRASIL, 2012). Esses fatores podem restringir o crescimento fetal e levar à prematuridade ou baixo peso ao nascer. Além disso, o transporte placentário de oxigênio é essencial para o desenvolvimento embrionário e para o crescimento fetal (PRADO et al., 2015).

Outras condições associadas oriundas da análise de conceito foram as doenças e as condições maternas: hipertensão pré-existente; depressão; infecções maternas; doenças autoimunes; disfunção da tireoide; dislipidemia; inflamação sistêmica; deficiência de vitamina D e endometrioses. As desordens hipertensivas são as maiores causas de morbidade e mortalidade materna. Cerca de 10-15% das mortes maternas ocasionadas por patologias durante a gestação são causadas por essas desordens. Ademais, a hipertensão está associada a partos prematuros, restrição do crescimento uterino, morte perinatal e hemorragias (BRASIL, 2012; HAFEZ et al., 2014).

6.2 ANÁLISE DE CONTEÚDO POR ESPECIALISTAS

6.2.1 Caracterização dos especialistas

A literatura ressalta que existem dificuldades para obter a quantidade satisfatória de instrumentos de coleta de dados respondidos neste tipo de estudo, uma vez que tem-se uma escassez de enfermeiros com amplo conhecimento na temática de diagnóstico de enfermagem e que têm disponibilidade. Além disso, considera-se também uma dificuldade a falta de

determinação dos critérios de seleção dos especialistas (POMPEO; ROSSI; PAIVA, 2014; DINIZ, 2017; LOPES; SILVA, 2016). Contudo, neste estudo não foram verificadas essas dificuldades. A taxa de devolução do material enviado para os especialistas foi de 56%. Este valor é superior aos de outros estudos de análise de conteúdo de diagnóstico de enfermagem (DINIZ, 2017; SOUZA; VERÍSSIMO, CRUZ, 2018).

A caracterização dos especialistas demonstrou que a maioria dos enfermeiros são do sexo feminino. Outros estudos de validação de diagnóstico de enfermagem evidenciaram também a amostra com predominância desse sexo (POMPEO; ROSSI; PAIVA, 2014; MOREIRA et al., 2014; LOUREIRO, 2015; SANTOS; ALMEIDA; LUCENA, 2016; GONÇALVES; BRANDAO; DURAN, 2016). Embora o número de enfermeiros venha crescendo atualmente, percebe-se que a predominância do sexo feminino na profissão da enfermagem se dá pelo fato do contexto histórico e cultural da profissão. Contudo, ressalta-se que não existem evidências científicas de que o gênero dos especialistas possa influenciar estudos de análise de conteúdo dos diagnósticos de enfermagem (DE) (GONÇALVES; BRANDAO; DURAN, 2016).

No que diz respeito à titulação acadêmica, houve predominância de especialistas com título de mestre, que atuam tanto na assistência quanto em instituições de ensino. Pode-se ressaltar a característica de enfermeiros com titulação de mestre, haja vista que o número de enfermeiros com pós-graduação *stricto sensu* cada vez mais está aumentando (FERREIRA et al., 2015). A maioria dos enfermeiros são especialistas na área de enfermagem obstétrica ou saúde da mulher, o que dá relevância a este estudo que tem foco no contexto da gestação de alto risco, posto que essas áreas permitem o cuidado à mulher nos seus processo de saúde: pré-natal, trabalho de parto, parto e puerpério (LIMA et al., 2015).

A mediana da faixa etária foi de 32,50 anos. Em outros estudos de validação de DE, observa-se também que os especialistas tinham aproximadamente essa faixa etária (MOREIRA et al., 2014; GONÇALVES; BRANDAO; DURAN, 2016).

A pesquisa levou em consideração os critérios de seleção de Benner, Tanner e Chesla (2009) que consideram tanto a experiência acadêmica quanto a experiência prática (GUIMARÃES et al., 2016; DINIZ, 2017). Assim, quanto ao nível de nível de expertise, se destacou o segundo nível – Iniciante avançado (*Advanced beginner*). Segundo os autores, esse nível caracteriza-se pelos especialistas usarem fatos e concepções mais objetivas no processo de julgamento. Os especialistas podem utilizar o instinto e as habilidades situacionais para reconhecer os elementos do DE, o que favorece a tomada de decisão. Apenas um especialista

foi classificado no nível mais elevado, o nível 5 – *Expert*, que se caracteriza pela confiança na intuição e nas habilidades que são baseadas na compreensão teórica.

Quanto ao tempo de prática na área de enfermagem obstétrica/saúde da mulher ou em diagnósticos de enfermagem, obteve-se a mediana de 11 anos. Esse tempo consiste em um importante fator na classificação do nível de expertise (BENNER; TANNER; CHESLA, 2009; GUIMARÃES et al., 2016; DINIZ, 2017). Contudo, tem-se apenas um participante do estudo com nível de expertise mais elevado. Além disso, o tempo de formação e de prática, variam muito em outros estudos (POMPEO; ROSSI; PAIVA, 2014; MANGUEIRA, 2014; MOREIRA et al., 2014; LOUREIRO, 2015; SANTOS; ALMEIDA; LUCENA, 2016; GONÇALVES; BRANDAO; DURAN, 2016).

Ressalta-se que os especialistas relataram que desenvolveram estudos na área de enfermagem obstétrica ou saúde da mulher, bem como participaram de grupos de pesquisa nessa área. Esse fator é relevante, pois tanto o desenvolvimento de estudos científicos quanto a participação em grupos de pesquisa contribuem para a evolução de enfermagem, principalmente no fortalecimento da profissão como ciência (ERDMANN; PEITER; LANZONI, 2017). Entretanto, neste estudo, não foi observado o mesmo em relação ao desenvolvimento de estudos e participação de grupos de pesquisa com ênfase nas terminologias de enfermagem.

É notório que os especialistas já identificaram, com frequência ou não, o DE Risco de binômio mãe-feto perturbado em gestantes de alto risco. Além do mais, que já utilizaram diagnósticos de enfermagem tanto na assistência quanto no ensino. Os DE padronizados pela Taxonomia da NANDA-I podem ser utilizados em ambos os contextos e que os enfermeiros são os profissionais que utilizam a Taxonomia da NANDA-I para julgar clinicamente as respostas aos problemas de saúde/processos da vida dos indivíduos, famílias, grupos ou comunidades (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

6.2.2 Análise do título do DE Risco de binômio mãe-feto perturbado

Sabe-se que o título do Diagnóstico de Enfermagem (DE) deve ser claro e com enunciado em nível básico. Além disso, o título deve ter no mínimo o foco e o julgamento (HERDMAN; KAMITSURU, 2018). Assim, sugeriu-se os seguintes títulos para dar mais clareza ao DE: “Risco de binômio mãe-feto prejudicado” e “Risco de diáde mãe-feto prejudicada”, além do título proposto pela taxonomia da NANDA-I.

Os especialistas consideraram que o julgamento “prejudicado” proporcionaria um melhor entendimento do que o julgamento “perturbado”, conforme explicado na etapa da análise de conceito. Sugeriu-se também como foco ou elemento principal, o termo “díade mãe-feto”. Logo, a maioria dos especialistas optaram pelo título “Risco de binômio mãe-feto prejudicado” em vez do título “Risco de díade mãe-feto prejudicada”.

Segundo os especialistas, as razões da escolha desse título foram: o fácil reconhecimento da identificação do DE, que facilita a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) pelo enfermeiro. Além disso, os especialistas destacaram que o termo “binômio” é mais usual na área da obstetrícia pelo fato de unir harmoniosamente os dois elementos “mãe-feto”; além de ser o título mais claro e objetivo; de fácil entendimento; adequado e compreensivo, pois o termo “díade” pode levar a uma interpretação errônea.

Nenhum especialista optou pelo título estabelecido pela Taxonomia da NANDA-I “Risco de binômio mãe-feto perturbado”. Diante disso, salienta-se que há inconsistência no título, principalmente em relação ao julgamento “perturbado” que não dá clareza ao diagnóstico.

Embora alguns estudos, sobretudo os estudos de psicologia, atribuem o termo díade em vez de binômio, pelo fato de separar a ideia materno-infantil (ALVARENGA; TEIXEIRA; PEIXOTO, 2015; ARPINI et al., 2015; ABRAHAM; HESS, 2016; SILVA; PORTO, 2016; ANDRADE; BACCELLI; BENINCASA, 2017), é possível perceber que a escolha dos especialistas se deu pelo termo “binômio” ser mais usual na enfermagem obstétrica ou na área da saúde da mulher, conforme também referido em alguns estudos (FERREIRA; MIRANDA, 2016; LACERDA et al., 2017; RODRIGUES; SOUZA; BORGES, 2018).

6.2.3 Análise da definição do DE Risco de binômio mãe-feto perturbado

A definição escolhida pelos especialistas traz a origem da susceptibilidade, bem como as características psicossocioafetivas, que são necessárias para o desenvolvimento da gestação. Evidencia-se que a relação entre a mãe e o feto se dá no período gestacional por meio da placenta, que além de transferir substâncias e hormônios para o feto, transfere a comunicação afetiva e emocional e permite o vínculo e a relação materno-fetal (KROB et al., 2017).

O vínculo materno-fetal é necessário para o bem estar do binômio, pois durante a gestação se estabelece uma relação simbiótica, a qual pode ser interrompida por comorbidade ou problemas relacionados à gestação. Quando ocorre essa interrupção, consequentemente, afeta o intercâmbio fisiológico e as interações afetivo-emocionais durante o período gestacional, interfere no desenvolvimento do feto, bem como na saúde materna (KLUMMP; BARONE; ANDRADE, 2017; ANDRADE; BACCELLI; BENINCASA, 2017; FERNANDES; SILVEIRA; MARQUES, 2017).

Percebe-se que além dos fatores fisiológicos, tem-se os aspectos psicossociais que imprimem uma maior vulnerabilidade durante o período gestacional, pois, por vezes, a gestante tem sentimentos de angústia, sofrimento, dúvida, medo, estresse e ansiedade devido à condição gestacional que se encontra (AMORIM et al., 2017). Dessa forma, a avaliação pelos especialistas evidenciou a inconsistência da definição proposta pela NANDA-I, devido à ausência dos fatores psicoafetivos que podem provocar a susceptibilidade do binômio mãe-feto. Essa mesma inconsistência foi observada após a etapa da análise de conceito e por isso foi sugerida uma nova definição para o DE em estudo.

6.2.4 Análise do domínio do DE Risco de binômio mãe-feto perturbado

A Taxonomia da NANDA-I consta com 13 domínios, que correspondem a uma área de interesse mais ampla do conhecimento da enfermagem. Além disso, trata-se de categorias que se dividem em classes. Os domínios e as classes devem ser bem definidos, visto que a estrutura auxilia os enfermeiros na localização de um diagnóstico de enfermagem na taxonomia (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

O domínio “Sexualidade” do DE em estudo, proposto pela Taxonomia da NANDA-I, é aceito pela maioria dos especialistas. Esse domínio está relacionado aos diagnósticos de enfermagem acerca da identidade sexual, função sexual e reprodução. Corresponde ao oitavo domínio da referida taxonomia, consta três classes e seis diagnósticos de enfermagem (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

Os outros domínios sugeridos pelos especialistas foram: Papéis e relacionamentos; e Crescimento/desenvolvimento. “Papéis e relacionamentos” corresponde ao sétimo domínio da Taxonomia da NANDA-I e consta com três classes: papéis do cuidador, relações familiares e desempenho de papéis. Ademais, é definido como: “Conexões ou associações positivas e negativas entre pessoas ou grupos de pessoas, e os meios pelos quais essas conexões são demonstradas” (HERDMAN; KAMITSURU, 2018, p. 161).

“Crescimento/desenvolvimento” é o décimo terceiro domínio da NANDA-I , consta com duas classe, a saber: crescimento e desenvolvimento. É definido como “Aumentos das dimensões físicas adequados à idade, amadurecimento dos sistemas de órgãos e/ou progressão ao longo dos marcos do desenvolvimento” (HERDMAN; KAMITSURU, 2018, p. 167).

6.2.5 Análise da classe do DE Risco de binômio mãe-feto perturbado

A Taxonomia da NANDA-I distribui e categoriza os diagnósticos de enfermagem em domínios e estes em classes. A referida taxonomia consta com 47 classes, que consistem em agrupamentos com características em comum, que são grupos de diagnósticos similares (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

A classe “Reprodução” do DE em estudo, proposta pela Taxonomia da NANDA-I, é aceita pela maioria dos especialistas, que segundo a referida taxonomia está relacionada a qualquer processo pelo qual seres humanos são produzidos. Nessa classe, estão inseridos quatro diagnósticos de enfermagem, dentre eles o DE Risco de binômio mãe-feto perturbado. A classe “Reprodução” é a terceira classe do domínio “Sexualidade” (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

A outra classe sugerida pelos especialistas foi “Relações familiares”, a qual pertence ao domínio Papéis e relacionamentos e consta com quatro diagnósticos: Processos familiares disfuncionais; Processos familiares interrompidos; Disposição para processos familiares melhorados e Risco de vínculo prejudicado. A Taxonomia define as relações familiares como “associações de pessoas relacionadas biologicamente ou por opção” (HERDMAN; KAMITSURU, 2018, p. 161).

6.2.6 Análise dos fatores de risco do DE Risco de binômio mãe-feto perturbado

Os fatores de risco com IC do IVC $< 0,8$ não foram considerados adequados e isso justifica-se pela necessidade de modificar a nomenclatura dos mesmos. Assim, a análise dos especialistas identificou algumas inconsistências nos rótulos dos fatores de risco definidos na análise de conceito. Dentre esses, pode-se destacar o Baixo ganho de peso gestacional, o qual preferiram a alteração do rótulo para Ganho de peso gestacional insatisfatório.

O ganho de peso durante o período gestacional é uma variável determinante do resultado da gestação, tanto para a gestante quanto para o feto. O Ministério da Saúde adota

como referência o *Institute of Medicine (IOM)*, da *National Academy of Sciences* para avaliação e recomendação do ganho de peso adequado neste período (OLIVEIRA et al., 2018).

Atualmente, discute-se a relação do estado nutricional materno com o desenvolvimento do feto, visto que o ganho de peso gestacional insatisfatório pode provocar a restrição do crescimento do útero e alterações no Sistema Nervoso Central (SNC) do concepto. Tem-se também que as deficiências nutricionais durante a gestação ocasionam morbidade e mortalidade perinatais (CUNHA et al., 2016; FREITAS et al., 2019). No Brasil, em 2014, 19,7% das gestantes não obtiveram ganho de peso gestacional satisfatório, o que pôde possibilitar o comprometimento do desenvolvimento do feto e o aborto (SILVA; MACEDO, 2014).

A gestação é um período que requer necessidades nutricionais aumentadas devido à necessidade de energia por causa do crescimento do feto, da placenta e dos tecidos da gestante. Dessa forma, é necessário que os profissionais de saúde, sobretudo o enfermeiro, profissional que realiza a assistência ao pré-natal, garanta o adequado ganho de peso gestacional por meio de ações de educação em saúde (CUNHA et al., 2016; FREITAS et al., 2019).

A outra sugestão dos especialistas, ainda em relação ao peso durante o período gestacional, foi para unir os itens Sobrepeso e Obesidade no item “Ganho de peso gestacional excessivo”.

Contudo, por serem fenômenos distintos que ocasionam diversas complicações gestacionais, esses itens, mesmo não sendo considerados adequados pelos especialistas, não foram revisados. Além disso, de acordo com o Manual Técnico de Gestação de Alto Risco do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012) e estudos direcionados à gestação de alto risco (CUNHA et al., 2016; OLIVEIRA et al., 2018), há uma relação desses elementos com a disfunção do binômio mãe-feto, o que sugere a necessidade de verificá-los no contexto clínico. Assim, os itens Obesidade e Sobrepeso também não foram excluídos deste estudo.

Estudos têm mostrado que a obesidade tem sido associada, por vezes, à diabetes gestacional, às síndromes hipertensivas, às cesarianas, ao parto prolongado, à depressão e às infecções puerperais, que tornam o binômio mãe-feto mais susceptível (CUNHA et al., 2016; RUFINO et al., 2018). Ademais, em 2018, 40,5% das gestantes do Brasil apresentavam sobrepeso, o qual foi associado a maior prevalência de macrossomia fetal e ao maior índice de massa corporal materno (SILVA; MACEDO, 2014; OLIVEIRA et al., 2018).

O item Tabagismo foi considerado adequado. A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera uma estimativa de 9,14% mulheres que usam tabaco durante a gestação (WHO, 2015). Existem algumas mulheres que abandonam o uso do tabaco durante o período gestacional, enquanto outras continuam o uso. Salienta-se que o tabagismo pode provocar gravidez ectópica, descolamento prematuro de placenta, ruptura prematura das membranas, placenta prévia, parto prematuro, episódios de aborto e problemas no desenvolvimento neurológico do feto (LUCCHESI et al., 2016).

Os fatores de risco “Apoio social ausente/insuficiente” e “Apoio do parceiro ausente/insuficiente”, foram considerados adequados. Segundo os especialistas, a rede de apoio social é essencial para a formação do vínculo entre a mãe e o feto.

O apoio social e/ou do parceiro é necessário para as gestantes, sobretudo para as gestantes de alto risco, visto que esse período pode ocasionar instabilidade emocional, medo, insegurança e angústias em relação a sua saúde e a do seu feto. Essa rede permite o apoio e a ajuda nas condições de vulnerabilidade e no enfrentamento de condições de estresse, ansiedade e depressão (CUNHA; MARQUES; LIMA, 2017). Em 2017, 57% das gestantes de alto risco do estudo de Cunha, Marques e Lima (2017) apresentaram ausência da rede de apoio social, a qual tornou essas gestantes mais vulneráveis emocionalmente, principalmente em relação ao transtorno depressivo.

Ressalta-se que a devido às modificações nos rótulos de alguns itens, os especialistas sugeriram alterar as definições conceituais e operacionais (APÊNDICE H), para melhor aperfeiçoamento. Além disso, esses elementos supracitados ainda não constam na Taxonomia da NANDA-I, com exceção dos itens Abuso de álcool, Cuidado pré-natal ausente/inadequado e Violência, que constam na taxonomia, embora com nomenclaturas diferentes.

6.2.7 Análise das populações em risco do DE Risco de binômio mãe-feto perturbado

Percebe-se que apenas uma de cinco populações em risco elencadas tinha mediana e IC do IVC $> 0,8$: Pré-eclâmpsia na gestação anterior. Os outros itens foram alterados conforme sugestões dos especialistas, com a finalidade de tornar o item adequado, uma vez que têm relevância clínica para a população em estudo, ou foram excluídos.

Em relação aos itens Baixo nível educacional e Desfavorecido economicamente, os especialistas sugeriram a necessidade de acrescentar o termo “gestante” para especificar melhor a população que pode estar em risco no contexto em estudo. Nota-se que a inclusão do termo é para dar ênfase à população.

Considera-se que tanto as gestantes com baixo nível educacional quanto as gestantes desfavorecidas economicamente são mais susceptíveis aos riscos gestacionais, visto que esses fatores estão associados ao ganho de peso insatisfatório, à pouca ou não procura aos cuidados pré-natais, à não adesão ao tratamento, ao uso de drogas lícitas ou ilícitas, entre outros (AQUINO; SOUTO, 2015; ALVES et al., 2017). Em 2018, 30% das gestantes de alto risco, de um município do nordeste brasileiro, tinham baixo nível educacional e 20% eram desfavorecidas economicamente, as quais foram vulneráveis às comorbidades e aos fatores de risco gestacionais (LIMA et al., 2018).

Quanto ao item Idade materna avançada, foi sugerida a modificação do rótulo para “Extremos de idade materna”, visto que engloba todas as mulheres com extremos de idade que estão vivenciando o período gestacional de alto risco, como as adolescentes, por exemplo. As gestantes com extremos de idade têm mais probabilidade de desenvolver complicações gestacionais que prejudicam a saúde materna e/ou fetal. Essas complicações geralmente são: síndromes hipertensivas gestacionais, diabetes gestacional, complicações no parto e aumento da morbimortalidade materna (ALDRIGHI et al., 2016; AZEVEDO et al., 2015).

Nos extremos de idade materna, tem-se as adolescentes e as mulheres com 35 anos ou mais, que são susceptíveis aos riscos gestacionais. Em 2014, 43,20% das adolescentes e 66,70% das mulheres ≥ 35 anos, que participaram do estudo de Rodrigues et al. (2015), tiveram intercorrências durante o período gestacional, tais como: abortamento espontâneo, gravidez ectópica, anormalidades cromossômicas, malformações congênitas, sofrimento fetal e restrição do crescimento fetal.

Além disso, os especialistas sugeriram alterar o item “Gravidez não planejada” para “Gravidez indesejada”. Segundo eles, a gestação não planejada não promove risco à saúde do binômio materno-fetal. O que pode provocar esse risco é uma gestação indesejada, que pode ou não ser consequência da falta de planejamento familiar. Entretanto, por serem fenômenos diferentes (BRASIL, 2012; MILANEZ et al., 2016; SANTOS et al., 2017; BARROS; SANTOS, 2017), as sugestões não foram consideradas e o item foi excluído deste estudo.

Ressalta-se que nenhuma das populações em risco aqui apresentadas constam na NANDA-I (2018-2020) (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

6.2.8 Análise das condições associadas do DE Risco de binômio mãe-feto perturbado

Todas as condições associadas foram consideradas adequadas para o diagnóstico de enfermagem em estudo (IC do IVC $< 0,8$): alteração do metabolismo da

glicose, transferência do oxigênio ao feto comprometida, regime de tratamento, condições maternas e doenças maternas.

A alteração do metabolismo da glicose é provocada pela resistência à insulina, a qual impede a entrada de glicose nas células, aumentando o nível de glicose na corrente sanguínea (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). O Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) é uma doença de caráter crônico e evolutivo e é definido como essa alteração, pois está associada à resistência da insulina e/ou à insuficiência das células beta do pâncreas no suprimento da demanda de insulina no organismo (BEZERRA et al., 2018). Essa patologia corresponde a 34,4% das patologias que acometem as gestantes de alto risco, tendo como principal fator de risco o excesso de peso durante a gestação (COSTA et al., 2016).

Salienta-se que o item “Alteração do metabolismo da glicose” consta na Taxonomia da NANDA-I (2018-2020). Além disso, consta nessa taxonomia a condição associada validada neste estudo: Transferência do oxigênio ao feto comprometida.

A transferência do oxigênio ao feto comprometida prejudica o metabolismo do feto, pois causa hipóxia fetal. No Brasil, a incidência de hipóxia fetal varia de 1 a 8 por 1000 gestações (BARBOSA et al., 2016). Isso pode ocorrer devido a algumas condições no período gestacional, tais como: síndromes hipertensivas, abuso de substâncias psicoativas, tabagismo, doenças cardiovasculares, anemia, hemorragia, asma, epilepsia, disfunção respiratória, entre outras (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

7 CONCLUSÃO

A análise do conceito binômio mãe-feto no contexto da gestação de alto risco, oriunda de uma revisão integrativa, abordou a temática com a finalidade de clarificar os elementos do diagnóstico de enfermagem Risco de binômio mãe-feto perturbado. Além disso, possibilitou a identificação de dois atributos e 21 antecedentes que afetam o binômio mãe-feto. Dentre esses antecedentes, sete constam na Taxonomia da NANDA-I. Assim, esta etapa do estudo incluiu sete fatores de risco, cinco populações em risco e duas condições associadas por meio da literatura, que não constam na taxonomia, mas que foram considerados relevantes a partir da literatura.

Identificou-se os aspectos psicossociais que não constam na referida taxonomia, mas que podem tornar o binômio mãe-feto susceptível aos riscos gestacionais. Logo, a partir dos atributos e dos antecedentes encontrados teve-se a necessidade de revisar o título, a definição, os fatores de risco, as populações em risco e as condições associadas para deixá-los consistentes.

Devido à identificação, por meio da análise de conceito, de algumas lacunas presentes na NANDA-I, foi pertinente realizar a segunda etapa de estudo de validação de diagnóstico de enfermagem, a análise de conteúdo.

A análise de conteúdo foi realizada com especialistas de diversos níveis de expertise em consonância com a Teoria da Diversidade Preditiva e com a abordagem da Sabedoria Coletiva, as quais este estudo tomou como base. Assim, optou-se por profissionais com diferentes níveis de habilidades. Esta etapa permitiu a expansão dos elementos, visto que favoreceu a análise do título, da definição, da classe, do domínio e dos antecedentes do diagnóstico de enfermagem Risco de binômio mãe-feto perturbado. Com isso, foram ressaltadas as lacunas da Taxonomia da NANDA-I. Além disso, a nova definição para o diagnóstico em estudo foi analisada e validada por especialistas, bem como foi possível revisar o título do fenômeno.

No tocante à análise de conteúdo dos antecedentes do diagnóstico em estudo, dos 21 elementos propostos na análise de conceito, 14 itens foram considerados adequados para o diagnóstico em estudo. Contudo, foram modificados os rótulos dos elementos que apresentaram mediana do IC do IVC $< 0,8$: um fator de risco (Baixo ganho de peso gestacional) e três populações em risco (Idade materna avançada, Baixo nível educacional, Desfavorecido economicamente). Além disso, o item Gravidez não planejada (população em risco) foi excluído deste estudo (IC do IVC $< 0,8$).

Dessa forma, após a validação e alterações/exclusão dos elementos, ficaram dez fatores de risco, quatro populações em risco e seis condições associadas para o diagnóstico em estudo. Acrescenta-se que os achados deste estudo ressaltam a importância das etapas realizadas, a análise de conceito e a análise de conteúdo, uma vez que mostraram as inconsistências e as lacunas do diagnóstico de enfermagem em estudo.

A partir dos resultados obtidos, sugere-se a realização da terceira etapa dos estudos de validação de diagnóstico, a validação clínica, com a finalidade de testar os achados deste estudo em gestantes de alto risco. Assim, espera-se que a validação dos elementos que compõem o diagnóstico de enfermagem possa subsidiar a prática assistencial do enfermeiro na sua identificação correta e, por conseguinte, propor intervenções eficazes, sobretudo relacionadas às ações de educação em saúde, visto que os riscos para o binômio mãe-feto podem ser evitados quando realizam-se essas ações, as quais permitem o protagonismo da gestante no autocuidado.

Como limitação da pesquisa, destaca-se a dificuldade em encontrar enfermeiros que utilizou o diagnóstico de enfermagem Risco de binômio mãe-feto perturbado nos diversos cenários do cuidado de enfermagem. Entretanto, a maioria dos especialistas tinha experiência na área de enfermagem obstétrica/saúde da mulher, o que contribuiu para a validação de do diagnóstico em estudo.

REFERÊNCIAS

ABRAHAM, C. F.; HESS, A. R. B. Efeitos do uso do crack sobre o feto e o recém-nascido: um estudo de revisão. **Revista de Psicologia da IMED**, v. 8, n. 1, p. 38-51, 2016.

AL-ATEEQ, M. A.; AL-RUSAISS, A. A. Health education during antenatal care: the need for more. **International journal of women's health**, v. 7, n. 1, p. 239, 2015.

ALDRIGHI, J. D. et al. As experiências das mulheres na gestação em idade materna avançada: revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n. 3, p. 512-521, 2016.

ALVARENGA, P.; TEIXEIRA, J. N.; PEIXOTO, A. C.. Apego materno-fetal ea percepção materna acerca da capacidade interativa do bebê no primeiro mês. **Psicologia**, v. 46, n. 3, p. 340-350, 2015.

ALVES, Francisca Liduina Cavalcante et al. Grupo de gestantes de alto-risco como estratégia de educação em saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, n. 1, p. e20180023, 2019.

ALVES, N. C. C. et al. Complicações na gestação em mulheres com idade maior ou igual a 35 anos. **Revista gaucha de enfermagem**, v. 38, n. 4, p. e2017-0042, 2017.

AMIN, B. et al. Color Doppler Ultrasonography in High Risk Pregnancies. **International Journal of Obstetrics and Gynaecology Research**, v. 3, n. 9, p. 481-490, 2016.

AMORIM, T.V. et al. Perspectivas do cuidado de enfermagem na gestação de alto risco: revisão integrativa. **Enfermeria Global**, v. 16, n. 2, p. 500-543, 2017.

ANDRADE, C. J.; BACCELLI, M. S.; BENINCASA, M. O vínculo mãe-bebê no período de puerpério: uma análise winnicottiana. **Vínculo**, v. 14, n. 1, p. 1-13, 2017.

ANTUNES, M. B. et al. Perinatal outcomes in pregnant drug users attended at a specialized center. **SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas**, v. 14, n. 4, p. 211-218, 2018.

ANTUNES, M. Bi et al. Síndrome hipertensiva e resultados perinatais em gestação de alto

risco. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 21, n. 1, p. 1-6, 2017.

APPOLONI, A. H. et al. Concept analysis and validation of the nursing diagnosis, delayed surgical recovery. **International journal of nursing knowledge**, v. 24, n. 3, p. 115-121, 2013.

AQUINO, P. T.; SOUTO, B. G. A. Problemas gestacionais de alto risco comuns na atenção primária. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 25, n. 4, p. 568-576, 2015.

ARAÚJO, K. R. S. et al. Diagnósticos de enfermagem em consultas de pré-natal em uma unidade básica de saúde de Teresina-PE. **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**, v.1, n. 3, p. 2678-2694, 2015.

ARAUJO, S. B. A. **Validação das características definidoras do diagnóstico de enfermagem nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais em pacientes com câncer de estômago no contexto amazônico**. 2013. 275f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Amazonas, Fundação Oswaldo Cruz, Pará, 2013.

ARPINI, D. P. et al. Interação Mãe-Bebê: Um Processo de Descobertas. **Interação Psicologia**, v. 19, n. 1, p. 1-11, 2015

AZEVEDO, W. F. et al. Complicações da gravidez na adolescência: revisão sistemática da literatura. **Einstein**, v. 1, n.1, p. 1-9, 2015.

BARBOSA, M. L. G. et al. A Prevalência de Hipóxia perinatal em gemelares de Maternidade Pública em Juazeiro do Norte–CE. **ID ON LINE REVISTA MULTIDISCIPLINAR E DE PSICOLOGIA**, v. 10, n. 31, p. 202-223, 2016.

BARROS, L. R; SANTOS, G. B. Gravidez na adolescência: implicação social. **Revista da FAESF**, v. 1, n. 1, p. 2-12, 2017.

BAUTISTA-CASTAÑO, I. et al. Maternal obesity in early pregnancy and risk of adverse outcomes. **Public Library of Science**, v. 8, n. 11, p. e80410, 2013

BENNER, P; TANNER, C; CHESLA, C. **Expertise in nursing practice: caring, clinical judgment, and ethics**. 2. ed. New York: Springer Publishing Comapny, 2009.

BERNALES, B. D.; EBENSPERGER, E. O. Embarazo de alto riesgo. **Medwave**, v.12, n.5, p. e5429, 2012.

BEZERRA, A. C. L. et al. Desafios enfrentados por mulheres primigestas em idade avançada. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 19, n. 2, p. 163-168, 2016.

BEZERRA, C. P. et al. Diabetes mellitus gestacional: a importância do diagnóstico na redução de riscos materno-fetal. **FACIDER-Revista Científica**, v.1, n. 11, p. 3-9, 2018.

BONATTI, A. F. et al. Factors Associated to the Unplanned Pregnancy Type in the Family Health Strategy Project/Fatores Associados ao Tipo de Gestação não Planejada na Estratégia de Saúde da Família. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 10, n. 3, p. 871-876, 2018.

BORGES, M. M.; PINTO, M. J. C; VAZ, D. C. M. Apego materno-fetal e enfrentamento de gestantes frente ao diagnóstico de malformação. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 22, n. 2, p. 27-32, 2015.

BORTHEN, I. Obstetrical complications in women with epilepsy. **Seizure**, v. 28, n. 1, p. 32-34, 2015.

BOUSSO, R. S. et al. Nursing concepts and theories. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 1, p. 141-145, 2014.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Legislativo, Brasília, DF, 13 jun. 2013, Seção 1, p. 59.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico**. 5a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção de pré-natal de baixo risco**. 1ª ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **Informações de saúde (TABNET)**. Estatísticas Vitais Brasília: Ministério da Saúde [Internet]. 2018 [cited 2018 31 Ago]. Available from: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>

BRAGA, F. R. **Validação conceitual e clínica do diagnóstico de enfermagem “risco de perfusão renal ineficaz” em transplantados de células tronco hematopoéticas**. 2013. 154f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Belo Horizonte, 2013.

BRAVO, A. I. D.; MAYA, J. V. L.; PAREDES, F. C. M. Mortalidad Perinatal de la Población afiliada a una EPS de Pasto. Departamento de Nariño. 2007. **Hacia la promoción de la salud**, v. 15, n. 1, p. 92-109, 2015.

CAMILLO, B. S. et al. Ações de educação em saúde na atenção primária a gestantes e puérperas: revisão integrativa. **Revista de enfermagem UFPE**, v. 10, n. 6, p. 4894-4901, 2016.

CARDOSO, R. F. et al. Educação em saúde na assistência pré-natal: revisão de literatura. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 1, n. 23, p. e397-e397, 2019.

CHAVES, E. G. S. et al. Estudo retrospectivo das implicações maternas, fetais e perinatais em mulheres portadoras de diabetes, em 20 anos de acompanhamento no Hospital Escola da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. **Arquivos Brasileiros Endocrinologia e Metabologia**, v. 54, n. 7, p. 620-629, 2010.

CHO, E-H.; HUR, J.; LEE, K-J. Early gestational weight gain rate and adverse pregnancy outcomes in Korean women. **Public Library of Science**, v. 10, n. 10, p. e0140376, 2015.

CIRILLO, P. M.; COHN, B; A. Pregnancy Complications and Cardiovascular Disease Death: Fifty-Year Follow-Up of the Child Health and Development Studies Pregnancy Cohort. **Circulation** v.132, n.13, p. 1234-1242, 2015.

COELHO, E. B. S.; SILVA, A. C. L. G.; LINDNER, S. R. **Violência: definições e tipologias**. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, p. 32, 2014. Disponível em: <http://www.repositoriodigital.ufrb.edu.br/bitstream/123456789/1254/1/TCC%20Ana%20audia%20Lemos.pdf>>. Acesso em: 27 jul. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN nº 516, de 24 de junho de 2016**. Normatiza a atuação e a responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetriz na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascido. Brasília, DF, 2016, 24 jun. 2016, Seção 1, p. 1.

CORREIA, M. D. L.; DURAN, E. C. M. Definição conceitual e operacional dos componentes do diagnóstico de enfermagem Dor Aguda (00132). **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 25,n. 1, p. 1-10, 2017.

COSTA, L. D. et al. Perfil epidemiológico de gestantes de alto risco. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 1-8, 2016.

COSTA, R. C. et al. Diabetes gestacional assistida: perfil e conhecimento das gestantes. **Saúde (Santa Maria)**, v. 41, n. 1, p. 131-140, 2015.

CRESPO, N. C. T. et al. Diagnósticos de Enfermagem para o trabalho de parto e parto: mapeamento cruzado. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 2178, n.1, p. 2039-2046, 2018.

CRITICAL APPRAISAL SKILLS PROGRAMME. **Critical Appraisal Checklists**. 2018. Disponível em: <<https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/>>. Acesso em 10 set. 2018.

CRUZ, A. M. N. et al. Morbidade materna pela doença hipertensiva específica da gestação: estudo descritivo com abordagem quantitativa Maternal morbidity by hypertensive disease specific of the pregnancy: a descriptive study of a quantitative approach. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 8, n. 2, p. 4290-4299, 2016.

CUNHA, L. R.. et al. Avaliação do estado nutricional e do ganho de peso de gestantes atendidas em uma Unidade Básica de Saúde de Pelotas-RS. **RBONE-Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v. 10, n. 57, p. 123-132, 2016.

CUNHA, A. C. B; MARQUES, C. D; LIMA, C.P. Rede de apoio e suporte emocional no enfrentamento da diabetes mellitus por gestantes. **Mudanças-Psicologia da Saúde**, v. 25, n. 2, p. 35-43, 2017.

DIAS, E. et al. Perfil socioeconômico e gineco-obstétrico de gestantes de uma Estratégia de Saúde da Família do Norte de Minas Gerais. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v. 12, n. 10, p. 284-297, 2018.

DINIZ, C. M. **Validação de Conteúdo do diagnóstico de enfermagem Padrão ineficaz de alimentação do lactente**. 2017. 174f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Fortaleza, 2017.

ERDMANN, A.L; PEITER, C.C; LANZONI, G.M.M. Grupos de pesquisa em enfermagem no Brasil: comparação dos perfis de 2006 e 2016. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 38, n. 2, e:69051, 2017.

ERRICO, L.S.P. et al .The work of nurses in high-risk prenatal care from the perspective of basic human needs. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 1, p. 1257-1264, 2018.

FARMEN, A. H. et al. Intrauterine growth retardation in foetuses of women with epilepsy. **Seizure**, v. 28, n. 1, p. 76-80, 2015.

FEHRING, R. J. The Fehring Model. In: Carrol-Johnson R, Paquete M, editores. **Classification of nursing diagnoses: proceedings of the tenth conference of North American Nursing Diagnosis Association**. Philadelphia: Lippincott; 1994. p. 55-62.

FEHRING, R. J. Methods to validate nursing diagnoses. **Heart & Lung**, St. Louis, v. 16, n.6, p.625-629, 1987.

FERNANDES, R. F.; SILVEIRA, R. A. M.; MARQUES, A. G. Formação do vínculo materno-fetal e a influência da assistência pré-natal. **Enciclopédia biosfera**, v.14 n.26; p. 1140-1150, 2017

FERREIRA, A. B. H. **Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. 8. ed. Rio de Janeiro: Positivo, 2010.

FERREIRA, B. R. M; MIRANDA, J. K. S. As complicações causadas pelo consumo de drogas lícitas e ilícitas durante a gestação: um desafio para a equipe de enfermagem. **Revista Recien-Revista Científica de Enfermagem**, v. 6, n. 18, p. 36-43, 2016.

FERREIRA, R. E et al. Motivação do enfermeiro para ingressar em uma pós-graduação stricto sensu. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 29, n. 2, p. 180-186, 2015.

FERREIRA, R. C. ; DURAN, E. C. M. Validação clínica do diagnóstico de enfermagem “00085 Mobilidade Física Prejudicada” em vítimas de múltiplos traumas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 27, n.1, e: 3190, 2019.

FERREIRA, S. V. et al. Cuidado de enfermagem na ótica das gestantes de alto risco. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 7, n. 2, p. 143-150, 2019.

FERREIRA JUNIOR, A.R. et al. O enfermeiro no pré-natal de alto risco: papel profissional. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 41, n. 3, p. 650-667, 2018.

FIROOZI, F. et al. Effect of maternal moderate to severe asthma on perinatal outcomes. **Respiratory medicine**, v. 104, n. 9, p. 1278-1287, 2010.

FITZPATRICK, K. E. et al. Pregnancy at very advanced maternal age: a UK population-based cohort study. **BJOG: An International Journal of Obstetrics &**

Gynaecology, v. 124, n. 7, p. 1097-1106, 2017.

FRANCO, S. C. et al. Escolaridade e conhecimento sobre duração recomendada para o aleitamento materno exclusivo entre gestantes na estratégia de saúde da família. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 44, n. 3, p. 66-77, 2016.

FREITAS, H. B.M. et al. A influência do estado nutricional durante o período gestacional e sua correlação no peso do recém-nascido. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 1, n. 19, p. e206-e206, 2019.

FRAZÃO, C. M. F. Q. **Validação do conteúdo do diagnóstico de enfermagem proteção ineficaz para pacientes submetidos à hemodiálise**. 2015.167f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2015.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários a prática educativa**. 9 ed. São Paulo: Paz e Terra, 1997

FURLANETTO, C. A. et al. Perfil socioeconômico de gestantes cadastradas em uma unidade de saúde do município de Criciúma. **Revista de Extensão**, v. 1, n. 1, p. 55-63, 2016.

GALVÃO, E. et al. Sistematização da assistência de Enfermagem com uma gestante colecionadora de materiais recicláveis. **Disciplinarum Scientia Saúde**, v. 17, n. 1, p. 23-31, 2016.

GONÇALVES, M. C. S; BRANDAO, M. A. G; DURAN, E. C. M. Validação das características definidoras do diagnóstico de enfermagem conforto prejudicado em oncologia. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.29, n.1, p.115-24, 2016.

GONÇALVEZ, Z. R.; MONTEIRO, D. L. M. Complicações maternas em gestantes com idade avançada. **Femina**, v. 40, n.5, p.275-279, 2012.

GONZALEZ, J. A. S. et al. Influencia de la obesidad pregestacional en el riesgo de preeclampsia/eclampsia. **Revista Cubana Obstétrica Ginecológica**, v.39, n.1, p.3-11, 2013.

GORDON, M.; SWEENEY, M. A. Methodological problems and issues in identifying and standardizing nursing diagnosis. **Advances in Nursing Science**, v.2, n.1, p. 1-15, 1979.

GOTTARDO, L. F. S; FERREIRA, M. C. Suporte social, avaliações autorreferentes e bem-estar de profissionais de saúde. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 67, n. 1, p. 146-160, 2015.

GOUROUNTI, K.; KARPATHIOTAKI, N.; VASLAMATZIS, G. Psychosocial Stress in High Risk Pregnancy. **International Archives of Medicine Section: Psychiatry and Mental Health**, v. 8, n. 5, p. 1-9, 2015.

GUIMARÃES, H. C. Q. C. P. et al. Experts for validation studies in nursing: new proposal and selection criteria. **International journal of nursing knowledge**, v. 27, n. 3, p. 130-135, 2016.

HAFEZ, S. K. et al. Profile of high risk pregnancy among Saudi women in Taif-KSA. **World Journal of medical science**, v. 11, n. 1, p. 90-97, 2014

HARADA, T. et al. Obstetrical complications in women with endometriosis: a cohort study in Japan. **Public Library of Science**, v. 11, n. 12, p. e0168476, 2016.

HERCULANO, M. M. S. et al. Aplicação do processo de enfermagem a paciente com hipertensão gestacional fundamentada em Orem. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 12, n. 2, p. 401-8, 2011.

HERDMAN, T. H.; KAMITSURU, S. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2018- 2020**. 11ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2018.

HOLNESS, N. High-Risk Pregnancy. **Nursing Clinics of North America**, v. 53, n.2, p. 241-251, 2018.

HOSKINS, L. M. Clinical validation, methodologies for nursing diagnoses research. In: Carrol-Johnson RM (ed.). **Classification of nursing diagnoses: Proceedings of the eighth conference of North American Nursing Diagnosis Association**. Philadelphia: JB Lippincott; 1989. p. 126-31.

HUNG, T-H. et al. Gestational weight gain and risks for adverse perinatal outcomes: A retrospective cohort study based on the 2009 Institute of Medicine guidelines. **Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 54, n. 4, p. 421-425, 2015

JANTSCH, P.F. et al. Principais características das gestantes de alto risco da região central do Rio Grande do Sul. **Revista Destaques Acadêmicos**, v. 9, n. 3, p. 272-282, 2017.

JEHA, D. et al. A review of the risks and consequences of adolescent pregnancy. **Journal of neonatal-perinatal medicine**, v. 8, n. 1, p. 1-8, 2015.

JULIANO, M. C. C; YUNES, M. A. M. Reflexões sobre rede de apoio social comomecanismo de proteção e promoção de resiliencia. **Ambiente & Sociedade**, v. 17, n. 3,p. 135-154, 2014.

KAHHALE, S.; FRANCISCO, R. Pulcineli Vieira; ZUGAIB, Marcelo. Pré-eclâmpsia. **Revista de Medicina**, v. 97, n. 2, p. 226-234, 2018.

KEELY, A.; GUNNING, M.; DENISON, F. Maternal obesity in pregnancy: Women's understanding of risks. **British Journal of Midwifery**, v. 19, n. 6, p. 364-369, 2011.

KELLY, Y. et al. Light drinking versus abstinence in pregnancy–behavioural and cognitive outcomes in 7-year-old children: a longitudinal cohort study. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, v. 120, n. 11, p. 1340-1347, 2013.

KIELY, M. et al. Understanding the association of biomedical, psychosocial and behavioral risks with adverse pregnancy outcomes among African-Americans in Washington, DC. **Maternal and child health journal**, v. 15, n. 1, p. 85-95, 2011.

KLUMMP, C. F. B.; BARONE, L. M. C. B.; ANDRADE, M.S. Relação simbiótica patológica entre mãe-filho e o processo de aprendizagem. **Ciências & Cognição**, v. 22, n. 1, p. 093-101, 2017.

KROB, A.D. et al. Depressão na gestação e no pós-parto e a responsividade materna nesse contexto. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 9, n. 3, p. 3-16, 2017.

LACERDA, E. D. et al. Gravidez na adolescência–Ações lúdicas no ensino médio: Relato de experiência do projeto de extensão. **Ciência, cuidado e saúde**, v. 16, n. 2, p. 152-154, 2017.

LANGARO, F.; SANTOS, A. H. Adesão ao tratamento em gestação de alto risco. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 34, n. 3, p. 625-642, 2014.

LIMA, G.P.V. et al. Expectativas, motivações e percepções das enfermeiras sobre a especialização em enfermagem obstétrica na modalidade residência. **Escola Anna Nery**, v. 19, n. 4, p. 593-599, 2015.

LIMA, J. P. et al. Perfil socioeconômico e clínico de gestantes com Síndrome Hipertensiva Gestacional. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 19, n. 1, p. 2018.

LIRA, L. N. et al. Diagnósticos e prescrições de enfermagem para idosos em situação hospitalar. **Avances en Enfermería**, v. 33, n. 2, p. e3455,251, 2015.

LIMA, M. O. P. et al. Depressive symptoms in pregnancy and associated factors: longitudinal study. **Acta Paulista Enfermagem**, v.30, n.1, p.39-46, 2017.

LOPES, M. V. O.; SILVA, V. M.; ARAÚJO, T. L. Validação de diagnósticos de Enfermagem: desafios e alternativas. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 66, n.5, p. 649-655, 2013.

LOPES, M. V. O; SILVA, V. M. Métodos avançados de validação de diagnósticos de enfermagem (Ciclo 4). In: HERDMAN, T. Heather (Org.). **PRONANDA**. Porto Alegre: Artmed Panamericana, 2016. p. 9-51.

LOPES, M. V. O.; SILVA, V. M.; ARAUJO, T. L. Methods for establishing the accuracy of clinical indicators in predicting nursing diagnoses. **International Journal of Nursing Knowledge**, v. 23, n. 3, p. 134-139, 2012.

LOPES, M. V. O.; SILVA, V. M.; ARAUJO, T. L. Métodos de pesquisa para validação clínica de conceitos diagnósticos. In: NANDA International Inc.; Herdman TH, organizador. **PRONANDA Programa de atualização em diagnósticos de enfermagem – Conceitos básicos**. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2013. p. 87-132. (Sistema de educação continuada à distância).

LOPES, S. M. et al. Anemia ferropriva/ferropênica em gestantes: uma revisão integrativa de literatura DOI: [http://dx. doi. org/10.5892/ruvrd. v13i1. 1989](http://dx.doi.org/10.5892/ruvrd.v13i1.1989). **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 13, n. 1, p. 442-451, 2015.

LOUREIRO, C. M. et al. Aspectos sociodemográficos y obstétricos de la morbilidad materna grave. **Ciencia y Enfermería**, v.23, n..2 , p. 21-32, 2017.

LOUREIRO, L. S. **Validação do diagnóstico de enfermagem: tensão do papel de cuidador em familiares de idosos**. 2015. 196f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências da Saúde, João Pessoa, 2015.

LUCCHESI, R. et al. Fatores associados ao uso nocivo do tabaco durante a gestação. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 29, n. 3, p. 325-331, 2016.

LUZ, A. G. et al. Morbidade materna grave em um hospital universitário de referência municipal em Campinas, Estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 30, n. 6, p. 281-286, 2008.

MANGUEIRA, S. O. **Revisão do diagnóstico de enfermagem processos familiares disfuncionais relacionados a abuso de álcool**. 2014. 184f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2014.

MARANGONI, S. R. et al. Perfil sociodemográfico das mulheres usuárias de álcool e outras drogas na gravidez. **Revista uninga review**, v. 30, n. 3, p.19-24, 2018.

MARQUES, B. et al. Being a Mother After 35 Years: Will it be Different?. **Acta medica portuguesa**, v. 30, n. 9, p. 615-622, 2017.

MASUKUME, G. et al. Risk factors and birth outcomes of anaemia in early pregnancy in a nulliparous cohort. **Public Library of Science**, v. 10, n. 4, p. e0122729, 2015.

MAYA, S. M. G. et al. A enfermagem obstétrica na prevenção de óbitos por atonia uterina: uma discussão sobre as condutas da enfermagem. **Textura**, v. 11, n. 20, p. 09-20, 2018.

MCINTYRE, S. H. et al. Effect of older maternal age on the risk of spontaneous preterm labor: a population-based study. **Health care for women international**, v. 30, n. 8, p. 670-689, 2009.

MCCOYD, J. L. M; MUNCH, S.; CURRAN, L. On being mother and patient: dialectical struggles during medically high-risk pregnancy. **Infant mental health journal**, v. 39, n. 6, p. 674-686, 2018.

MEDEIROS, A.L. et al. Avaliando diagnósticos e intervenções de enfermagem no trabalho de parto e na gestação de risco. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 37, n. 3, e:55316, 2016.

MELO, W. A. et al. Gestação de alto risco: fatores associados em município do noroeste paranaense. **Espaço para a Saúde-Revista de Saúde Pública do Paraná**, v. 17, n. 1, p. 83-92, 2016.

MELO, E.C.; OLIVEIRA, R. R.; MATHIAS, T. A. F. Factors associated with the quality of prenatal care: an approach to premature birth. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. 4, p. 0540-0549, 2015.

MELNYK B. M; FINEOUT-OVERHOLT E. **Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice**. 2ª ed. New York: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.

METZ, T. D. et al. Preeclampsia in high risk women is characterized by risk group-specific abnormalities in serum biomarkers. **American journal of obstetrics and gynecology**, v. 211, n. 5, p. 512. e1-512. e6, 2014.

MILANEZ, N. et al. Gravidez indesejada e tentativa de aborto: práticas e contextos. **Sexualidad, Salud y Sociedad-Revista Latinoamericana**, v. 1, n. 22, p. 1-11, 2016.

MOCHHOURY, L. et al. Body mass index, gestational weight gain, and obstetric complications in Moroccan population. **Journal of pregnancy**, v. 2013, n.1, p. 1-6, 2013.

MONGEON, P.; PAUL-HUS, A. The journal coverage of Web of Science and Scopus: a comparative analysis. **Scientometrics**, v. 106, n. 1, p. 213-228, 2016.

MONTEIRO, D. R. et al. Estudos sobre validação de conteúdo em interface com os sistemas de classificação de enfermagem: revisão da literature. **Revista de enfermagem UFPE online**, v.7, esp, p. 4130-7, 2013.

MONTEIRO, F. P. M. et al. Validação clínica do diagnóstico de enfermagem “Disposição para desenvolvimento melhorado do lactente”. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 5, p. 855-863, 2016.

MOREIRA, R.P. et al. Diagnóstico de enfermagem estilo de vida sedentário: validação por especialistas. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 23, n. 3, p. 547-54, 2014.

NASCIMENTO, T.F.H. et al. Assistência de enfermagem à gestante de alto risco sob a visão do profissional. **Revista Prevenção de Infecção e Saúde**, v. 4, 2018.1, p. 83-92, 2018.

NASCIMENTO, M. I. Gestações complicadas por sífilis materna e óbito fetal. **Revista Brasileira de Ginecologia Obstétrica**, v.34, n.2, p. 56-62, 2012.

NOMURA, R. M. Y. et al. Influência do estado nutricional materno, ganho de peso e consumo energético sobre o crescimento fetal, em gestações de alto risco. **Revista Brasileira de Ginecologia Obstétrica**, v.34, n.3, p. 107-112, 2012.

NUNES, R. D. et al. Avaliação da efetividade de uma oficina educativa para gestantes com o uso de inquéritos pré-e pós-intervenção. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 10, p. e00155018, 2019.

OLIVEIRA, A. C. M. et al. Estado nutricional materno e sua associação com o peso ao nascer em gestações de alto risco. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 2373-2382, 2018.

OLIVEIRA, D.C.; MANDÚ, E.N.T. Mulheres com gravidez de maior risco; vivências e percepções de necessidades e cuidado. **Revista Anna Nery Escola de Enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 93-101, 2015.

OLIVEIRA, G.S. et al. Assistência de enfermeiros na síndrome hipertensiva gestacional em hospital de baixo risco obstétrico. **Revista Cuidarte**, v. 8, n. 2, p. 1561-1572, 2017.

OLIVEIRA, M. A. M. et al. Gestantes tardias de baixa renda: dados sociodemográficos, gestacionais e bem-estar subjetivo. **Revista Psicologia-Teoria e Prática**, v. 16, n. 3, p. 69-82, 2015.

PASQUALI, L. **Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas**. Artmed Editora, 2010.

PERSSON, M. et al. Maternal overweight and obesity and risk of pre-eclampsia in women with type 1 diabetes or type 2 diabetes. **Diabetologia**, v. 59, n. 10, p. 2099-2105, 2016.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice**. 8. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2014.

POMPEO, D.A.; ROSSI, L.A; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.22, n.4, p.434-438, 2009.

POMPEO, D.A; ROSSI, L.A; PAIVA, L. Validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem Náusea. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 1, p. 49-57, 2014.

PRADO, C. V. G. B. et al. Transporte placentário de gases-Revisão. **Revista de Ciência Veterinária e Saúde Pública**, v. 2, n. 1, p. 34-44, 2015.

REZENDE, J.; MONTENEGRO, C. A. B. **Obstetrícia Fundamental**. 14^a Edição. São Paulo: Guanabara Koogan, 2014.

RIBEIRO, M. A. S. et al. Estudos de validação na enfermagem: revisão integrativa. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 14, n. 1, p.218-28, 2013.

RIEGEL, F.; OLIVEIRA JUNIOR, N. J. Nursing process: implications for the safety of surgical patients. **Cogitare Enfermagem**, v. 22, n. 1, p. 1-5, 2017.

RICH-EDWARDS, J. W. et al. Pregnancy characteristics and women's future cardiovascular health: an underused opportunity to improve women's health?. **Epidemiologic reviews**, v. 36, n. 1, p. 57-70, 2013.

RICHTER, F. M. et al. Utilização de medicamentos por gestantes usuárias do sistema único de saúde em um município do Vale do Taquari-RS. **Revista Destaques Acadêmicos**, v. 8, n. 3, p. 7-19, 2016.

ROCHA, E. S. S. et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem na doença hipertensiva específica da gravidez em adolescentes. **REINPEC-Revista Interdisciplinar Pensamento Científico**, v. 2, n. 2, p. 1-19, 2017.

ROCHA, P. C. et al. Prevalência e fatores associados ao uso de drogas ilícitas em gestantes da coorte BRISA. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n.1, p. e00192714, 2016.

RODGERS, B. L.; Knafl, K. A. **Concept development in nursing: Foundations, techniques and applications**. Philadelphia: W.B. Saunders, 2000.

RODRIGUES, A. L.; SOUZA, D. R.; BORGES, J. L. Consequências do uso de álcool e cigarro sobre o binômio mãe-feto. **Ciência em Foco**, v. 2, n. 1, p. 53-62, 2018.

RODRIGUES, A. P. R. A. et al. Análise da prematuridade nos extremos da idade reprodutiva. **Interfaces Científicas-Saúde e Ambiente**, v. 3, n. 3, p. 65-78, 2015.

RODRIGUES, A. R.M. et al. Nursing care in high-risk pregnancies: an integrative review. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 15, n. 3, p. 472-483, 2016.

RODRIGUES, C. D. S.; LOPES, A. O. S. A Gravidez não planejada de mulheres atendidas no pré-natal das Unidades Básicas de Saúde. **Id on Line REVISTA DE PSICOLOGIA**, v. 10, n. 32, p. 70-87, 2016.

RODRIGUES, D. P. et al. Intimate partner violence against pregnant women: study about the repercussions on the obstetric and neonatal results. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 2, p. 206-212, 2014.

RODRIGUES, P. B. et al. Special features of high-risk pregnancies as factors in development of mental distress: a review. **Trends in psychiatry and psychotherapy**, v. 38, n. 3, p. 136-140, 2016.

RONCALLO, C. P.; MIGUEL, M. S.; FREIJO, E. A. Vínculo materno-fetal: implicaciones en el desarrollo psicológico y propuesta de intervención en atención temprana. **Escritos de Psicología**, v. 8, n. 2, p. 14-23, 2015.

ROSA, C. Q.; SILVEIRA, D. S.; COSTA, J. S. D. Fatores associados à não realização de pré-natal em município de grande porte. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 6, p. 977-84, 2014.

RUFINO, M. P. R. et al. Avaliação do estado nutricional e do ganho de peso das gestantes atendidas em um Centro de Saúde da Família do interior norte do estado do Ceará/Brasil. **Revista Interdisciplinar**, v. 11, n. 4, p. 11-20, 2018.

SALGE, A. K. M. et al. Associação entre as características macroscópicas do cordão umbilical, gestação de alto risco e repercussões neonatais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 51, n.1, p. e03294, 2017.

SANTANA, R. F. et al. Diagnóstico de enfermagem risco de recuperação cirúrgica retardada: validação de conteúdo. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 20, n.1, p. 1-11, 2018.

SANTOS, A. A. et al. Caracterização das mulheres que realizaram o aborto após gravidez indesejada. **Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE**, v. 11, n. 5, p. 1847-1851, 2017.

SANTOS, A. C. F. S. **Validação do diagnóstico de enfermagem ‘Controle Emocional Instável’ no trauma cranioencefálico**. 2017. 86f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Sergipe, Ciências da Saúde, Aracaju, 2017.

SANTOS, C.T; ALMEIDA, M.A; LUCENA, A.F. Diagnóstico de enfermagem risco de úlcera por pressão: validação de conteúdo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 24, n.1, p. 2693, 2016.

SANTOS, D. T. A; CAMPOS, C. S. M; DUARTE, M. L. Perfil das patologias prevalentes na gestação de alto risco em uma maternidade escola de Maceió, Alagoas, Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 9, n. 30, p. 13-22, 2014.

SANTOS, G. S. et al. Aspectos epidemiológicos da sífilis congênita associados à escolaridade materna. **Revista de enfermagem UFPE on line**, v. 10, n. 8, p. 2845-2852, 2016.

SANTOS, H. T. S. et al. Os malefícios do uso do tabaco na gestação e suas complicações ao feto. **Revista de Enfermagem UFPE Online**, v. 9, n. 9, p. 9978-82, 2015.

SANTOS, M. A. P. et al. A importância do pré-natal na prevenção da toxicemia gravídica e o papel do enfermeiro. **Revista Saúde em Foco**, v.9, n.1, p. 8-16, 2017.

SANTOS, M. B. et al. Qualidade da assistência de enfermagem prestada à gestante de alto risco em âmbito hospitalar. **Scientia Tec**, v. 3, n. 2, p. 25-38, 2017.

SANTOS, M. L. M.; HERNÁNDEZ, J. J. R.; AVICH, N. S. Estrés psicosocial laboral como factor de riesgo para las complicaciones de la gestación y el bajo peso al nacer. **Revista Cubana Salud Pública**, v.39, n.5, p.864-880, 2013.

SAMPAIO, A. F. S.; ROCHA, M. J. F.; LEAL, E. A. S. High-risk pregnancy: clinical-epidemiological profile of pregnant women attended at the prenatal service of the Public Maternity Hospital of Rio Branco, Acre. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v.18, n.3, p. 559-66, 2018.

SECRETARIA NACIONAL DE ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES. Secretaria de Políticas para as Mulheres – Presidência da República. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres**. Brasília, 2011. 46 p. Disponível em: < <http://www.spm.gov.br/sobre/publicacoes/publicacoes/2011/politica-nacional>>. Acesso em: 15 out. 2018.

SETTE, N. L. F.; AUGUSTO, M. T.; MATARUCCO, C. R. A influência do consumo de substâncias teratogênicas durante o período gestacional na saúde materno-infantil. **Revista UNIFEV: Ciência & Tecnologia**, v. 3, n. 1, p. 211-227, 2017.

SILVA, B. C. N. et al. Assistência de enfermagem a gestante com diabetes mellitus gestacional. **Revista Multiprofissional em Saúde do Hospital São Marcos**, v. 2, n. 2, p. 96-103, 2017.

SILVA, D. G; MACEDO, N. B. Associação entre ganho de peso gestacional e prognóstico da gestação. **Scientia Medica**, v. 24, n. 3, p. 1-8, 2014.

SILVA, J.M. P. et al. Conceitos, prevalência e características da morbidade materna grave, near miss, no Brasil: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 18, n. 1, p. 7-35, 2018.

SILVA, R. S.; PORTO, M. C. A importância da interação mãe-bebê. **Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde**, v. 20, n. 2, p. 73-78, 2016.

SIQUEIRA, L. Q. et al. Possíveis prejuízos decorrentes do uso de tabaco e álcool durante gestação. **Salusvita**, v. 36, n. 2, p. 587-99, 2017.

SOUZA, J. M; VERÍSSIMO, M.L.O.R; CRUZ, D.A.L.M.. Análise do conteúdo de diagnósticos de enfermagem sobre desenvolvimento infantil. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.20, n.1, p.1-10, 2018.

SUNITHA, T. et al. Risk factors for congenital anomalies in high risk pregnant women: A large study from South India. **Egyptian Journal of Medical Human Genetics**, v. 18, n. 1, p. 79-85, 2017.

TANDU-UMBA, B. et al. Pre-pregnancy high-risk factors at first antenatal visit: how predictive are these of pregnancy outcomes?. **International journal of women's health**, v. 6, n. 1, p. 1011, 2014.

TAVARES, D. S. et al. Sistematização da assistência de enfermagem no pré-natal: revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 1, n. 31, p. e1255-e1255, 2019.

TEIXEIRA, G. A. Sistematização da assistência de enfermagem à gestante usuária de drogas: consulta pré-natal na Atenção Básica. **Paraninfo digital**, v. 1, n. 22, p. 1-11, 2015.

TINEDO, M. J. et al. Muerte fetal: caracterización epidemiológica. **Salus**, v. 20, n. 2, p. 37-43, 2016.

URRUTIA-PEREIRA, M.; SOLÉ, D. Deficiência de vitamina D na gravidez e o seu impacto sobre o feto, o recém-nascido e na infância. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 33, n. 1, p. 104-113, 2015.

VAN OTTERLOO, L. R.; CONNELLY, C. D. Maternal risk during pregnancy: a concept analysis. **Journal of clinical nursing**, v. 25, n. 17-18, p. 2393-2401, 2016.

VIDAL, C. E. L. et al. Morbidade materna grave na microrregião de Barbacena/MG. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 24, n. 2, p. 131-138, 2016.

WALLACE, J. M.; BHATTACHARYA, S.; HORGAN, G. W. Weight change across the start of three consecutive pregnancies and the risk of maternal morbidity and SGA birth at the second and third pregnancy. **Public Library of Science**, v. 12, n. 6, p. e0179589, 2017.

WALKER, L. O.; AVANT, K. C. **Strategies for theory construction in Nursing**. 5th ed. Harlow, UK: Pearson Education, 2011.

WILES, K. S. et al. Pre-pregnancy counselling for women with chronic kidney disease: a retrospective analysis of nine years' experience. **BMC nephrology**, v. 16, n. 1, p. 16-28, 2015.

WILHELM, L. A. et al. Sentimentos de mulheres que vivenciaram a gestação de alto risco: estudo descritivo. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 14, n. 3, p. 284-293, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking**. Geneva: WHO; 2015. Disponível em: <<https://www.who.int/tobacco/publications/surveillance/trends-tobacco-smoking-second-edition/en/>>. Acesso em 26 mai. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs sustainable development goals**. World Health Organization, 2018. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255336/9789241565486-eng.pdf?sequence=1>>. Acesso em 10 set. 2018.

YILMAZ, F. T.; SABANCIOGULLARI, S.; ALDEMIR, K. The opinions of nursing students regarding the nursing process and their levels of proficiency in Turkey. **Journal of caring sciences**, v. 4, n. 4, p. 265-275, 2015.

ZHANG, Y. et al. Patients with subclinical hypothyroidism before 20 weeks of pregnancy have a higher risk of miscarriage: a systematic review and meta-analysis. **Public Library of Science**, v. 12, n. 4, p. e0175708, 2017

**APÊNDICE A- INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DA REVISÃO
INTEGRATIVA DA ANÁLISE DE CONCEITO**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DA ANÁLISE DE CONCEITO
CARACTERIZAÇÃO DOS ESTUDOS**

Título do artigo: _____

Autores: _____

País de publicação: _____

Área: () Enfermagem () Outra _____

Ano de publicação: _____

Base de dados:

() PubMed () CINAHL () SCOPUS () SciELO () LILACS

Objetivo: _____

Método: _____

Local de estudo: _____

Nível de evidência: () I () II () III () IV () V () VI () VII

Rigor metodológico: *Critical Appraisal Skills Programme (CASP)*

() A– 6 a 10 pontos () B- 0 a 5 pontos

ANÁLISE DOS ATRIBUTOS DO CONCEITO RISCO DE BINÔMIO MÃE-FETO PERTURBADO

ANÁLISE DOS FATORES DE RISCO DO CONCEITO RISCO DE BINÔMIO MÃE- FETO PERTURBADO

Antecedentes citados nos estudos	Estão presentes na NANDA?
	SIM () NÃO ()
	SIM () NÃO ()
	SIM () NÃO ()
	SIM () NÃO ()
	SIM () NÃO ()

ANÁLISE DAS POPULAÇÕES EM RISCO DO CONCEITO RISCO DE BINÔMIO MÃE-FETO PERTURBADO

Populações em risco citados nos estudos	Estão presentes na NANDA?
	SIM () NÃO ()
	SIM () NÃO ()
	SIM () NÃO ()
	SIM () NÃO ()
	SIM () NÃO ()

**ANÁLISE DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS DO CONCEITO RISCO DE BINÔMIO
MÃE-FETO PERTURBADO**

Condições associadas citados nos estudos	Estão presentes na NANDA?
	SIM () NÃO ()
	SIM () NÃO ()
	SIM () NÃO ()
	SIM () NÃO ()
	SIM () NÃO ()

APÊNDICE B - CARTA-CONVITE AOS ESPECIALISTAS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

CARTA-CONVITE AOS ESPECIALISTAS

Recife, ____ de ____ de ____

Prezado Enfermeiro (a),

Sou Ryanne Carolynne Marques Gomes, enfermeira e mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco. Estou desenvolvendo a pesquisa intitulada “**Validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem Risco de binômio mãe-feto perturbado em gestantes de alto risco**”, sob orientação da Prof. Dra. Suzana de Oliveira Manguiera e sob a coorientação da Prof. Dra. Francisca Márcia Pereira Linhares.

É com grande satisfação que solicitamos, por meio desta, sua colaboração no estudo. Sua colaboração na pesquisa será apreciar e julgar a adequação da definição, dos fatores de risco, das populações em risco e das condições associadas do diagnóstico de enfermagem Risco de binômio mãe-feto perturbado. Por meio do instrumento de coleta de dados, o (a) Sr. (a) julgará se estes elementos são ou não satisfatórios. Caso concorde em participar, solicitamos a resposta o mais rápido possível, escolhendo o meio de comunicação de sua preferência (e-mail ou correspondência convencional). Se escolher correspondência convencional, solicitamos ainda que nos envie seu endereço atualizado para envio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, das instruções para o preenchimento do instrumento de coleta de dados e dos instrumentos de coleta de dados. Por favor, se possível, gostaríamos que você indicasse mais especialistas na área de diagnóstico de enfermagem e/ou saúde da mulher e/ou obstetrícia para a colaboração do nosso trabalho. Aguardamos sua resposta e agradecemos desde já o seu apoio. Estamos à disposição para dúvidas e esclarecimentos.

Atenciosamente,

Ryanne Carolynne Marques Gomes

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PARA MAIORES DE
18 ANOS OU EMANCIPADOS)**

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa **Validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem Risco de binômio mãe-feto perturbado em gestantes de alto risco**, que está sob a responsabilidade da pesquisadora Ryanne Carolynne Marques Gomes (Endereço: no endereço Rua Santa Águeda, nº 34, Prado, Pesqueira-PE, CEP 55200-000; Telefone: (87) 9 9205-8441 ou (87) 9 9601-2879 / (acrescentar o número 9090 para ligações a cobrar; e-mail: ryannekarolynne@gmail.com).

Está sob a orientação da Professora. Suzana de Oliveira Manguera; Telefone: (81) 3114-4106; e-mail: suzanaom@hotmail.com e sob coorientação da Professora. Francisca Márcia Pereira Linhares; Telefone: (81) 2126-8566; e-mail: marciapl27@gmail.com.

Todas as suas dúvidas podem ser esclarecidas com o responsável por esta pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e você concorde com a realização do estudo, pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável.

Você estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

➤ **Descrição da pesquisa:**

O objetivo da pesquisa é validar o conteúdo do diagnóstico de enfermagem Risco de binômio mãe-feto perturbado em gestantes de alto risco. Devido à busca prévia na literatura

acerca do diagnóstico de enfermagem Risco de binômio mãe-feto perturbado, foi perceptível que os estudos apenas citam o diagnóstico na população de gestantes de risco habitual e de gestantes de alto risco e não abordam a análise de conceito e de conteúdo do mesmo. A realização desse estudo é pertinente e essencial, pois as análises de conceito e de conteúdo contribuirão para a identificação e legitimação da definição do diagnóstico e dos seus antecedentes de forma precisa, para uso de terminologia adequada na prática profissional. Os resultados possibilitarão ao enfermeiro identificar o diagnóstico de forma acurada e implementar intervenções de acordo com as reais necessidades da população em questão.

Quanto ao procedimento de coleta de dados, posteriormente a seleção dos especialistas, será realizado um primeiro contato, por meio do correio eletrônico, com envio de uma carta-convite, com as explicações e informações necessárias. A carta-convite será enviada para 48 especialistas, segundo os critérios de inclusão. Caso o especialista aceite o convite, ele deverá preencher o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), ler as instruções para o preenchimento dos instrumentos de coleta de dados e respondê-los. Além disso, será solicitada indicação de outros especialistas. Os especialistas optarão por receber o material da pesquisa por correio eletrônico ou impresso. O prazo máximo para devolução do instrumento respondido será de vinte dias.

Riscos: Devido ao instrumento ser geralmente extenso e o seu preenchimento exigir raciocínio, a pesquisa oferece risco de cansaço mental e também visual, quando o instrumento estiver em formato eletrônico. Para minimização dos riscos, será concedido o prazo de vinte dias para o especialista responder e a opção ao especialista de receber o material impresso.

Benefícios: O benefício do estudo será para tanto para os especialistas, quanto para o público do estudo, pois, a validação do diagnóstico de enfermagem utilizado em sua prática profissional contribui para o desenvolvimento da linguagem na área de enfermagem e para atualização da Taxonomia da NANDA-I. Ademais, com a identificação correta do diagnóstico, as gestantes de alto risco terão uma assistência qualificada, o que resulta em um menor risco de binômio mãe-feto perturbado e menores complicações gestacionais.

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa (instrumento de coleta de dados preenchidos), ficarão armazenados em pasta de arquivos e computador pessoal sob a responsabilidade da pesquisadora principal, no endereço acima informado pelo período de mínimo 5 anos.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **(Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).**

(assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo Validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem Risco de binômio mãe-feto perturbado em gestantes de alto risco como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pela pesquisadora sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data _____

Assinatura do participante: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

APÊNDICE D – APRESENTAÇÃO E INSTRUÇÕES PARA PREENCHER O INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

APRESENTAÇÃO E INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Prezado(a) enfermeiro(a), a pesquisa intitulada **“Validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem Risco de binômio mãe-feto perturbado em gestantes de alto risco”** é da dissertação do mestrado do Programa de Pós-graduação de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco.

Na primeira etapa da pesquisa foi realizada a análise de conceito do diagnóstico de enfermagem Risco de binômio mãe-feto perturbado e para operacionalizá-la foi realizada uma revisão integrativa da literatura. Nesta segunda etapa, será realizada a análise do conteúdo pelos especialistas.

Serão dois instrumentos de coleta de dados, sendo o primeiro com a caracterização/perfil do especialista e o segundo com as informações da análise de conteúdo do conceito do diagnóstico de enfermagem em estudo, bem como dos seus fatores de risco, das suas populações em risco e das suas condições associadas. De acordo com a NANDA Internacional, estes elementos são definidos da seguinte forma:

- Título do diagnóstico:** Nomeia o diagnóstico, refletindo seu foco e o julgamento de enfermagem. Representa um padrão de indicadores relacionados.
- **Definição do diagnóstico:** Estabelece uma descrição clara e precisa do diagnóstico, delinea seu significado e ajuda a diferenciá-lo de outros diagnósticos de enfermagem.
- **Domínio do diagnóstico:** É o nível mais abrangente de classificação, o qual divide os

fenômenos em grupos principais;

- **Classe:** Subcategoria do domínio, que compartilha atributos em comum.
- **Fatores de risco:** São fatores que influenciam a vulnerabilidade de indivíduos, famílias, grupos ou comunidades para um evento não saudável, como por exemplo, os fatores ambientais, psicológicos e genéticos.
- **Populações em risco:** Grupo de pessoas que têm características de serem suscetíveis a determinada resposta humana, essas características não são modificáveis pelo enfermeiro.
- **Condições associadas:** São os diagnósticos médicos, as lesões, os procedimentos, os dispositivos médicos ou agentes farmacêuticos que não são independentemente modificáveis pelo enfermeiro.

Na análise de conceito realizada previamente, foram elaboradas definições conceituais e operacionais para os fatores de risco, populações em risco e condições associadas identificados na literatura.

- **Definição conceitual:** Define o conceito de forma compreensiva e teórica, corresponde à definição real estabelecida por meio da análise de conceito.
- **Definição operacional:** Define como o conceito é mensurado e dá significado prático às definições conceituais, pois especifica como se avalia.

A avaliação das definições conceituais e operacionais será mediante o critério **Relevância**, que significa a capacidade da consistência do item com o atributo definido e com as outras expressões relacionadas ao mesmo atributo.

Para cada item, você deverá assinalar uma das opções abaixo:

- 1=discordo totalmente: o item não apresenta qualquer relação com o diagnóstico, pois é associado a outros fenômenos;
- 2=discordo parcialmente: o item apresenta muito pouca relação com o diagnóstico, pois está mais associado a outros fenômenos;

- 3=indiferente: o item apresenta relação duvidosa com o diagnóstico e apresenta relação com outros fenômenos similares;
- 4=concordo parcialmente: o item está fortemente relacionado com o diagnóstico, mas apresenta alguma relação com outros fenômenos similares;
- 5=concordo totalmente: o item está diretamente relacionado ao diagnóstico.

Para avaliar os itens quanto à relevância, utilize as definições conceituais e operacionais como subsídio. Caso discorde de alguma definição apresentada, você pode propor modificações ao final.

Mestranda: RYANNE CAROLYNNE MARQUES GOMES (ryannecarolynne@gmail.com).

Orientadora: SUZANA DE OLIVEIRA MANGUEIRA (suzanaom@hotmail.com).

Coorientadora: FRANCISCA MÁRCIA PEREIRA LINHARES (marciapl27@gmail.com).

**APÊNDICE E– INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DA ANÁLISE DE
CONTEÚDO (PARTE 1)**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DA ANÁLISE DE CONTEÚDO

Parte 1 - CARACTERIZAÇÃO DOS ESPECIALISTAS

Sexo: () Feminino () Masculino

Idade: _____

Cidade em que trabalha: _____

Titulação: () Especialista () Mestre () Doutor

Área da especialização: _____

Tema do Trabalho de Conclusão: _____

Área do Mestrado: _____

Tema da Dissertação de Mestrado: _____

Área do Doutorado: _____

Tema da Tese de Doutorado: _____

Ocupação atual: _____

Tempo de formação profissional (anos): _____

Tempo de prática na área de diagnóstico de enfermagem e/ou obstetrícia e/ou saúde da mulher
(anos): _____

Por favor, responda as seguintes questões. Para as questões 1, 2, 3, 4, 5 e 6 pode assinalar mais de uma opção.

1) Você já desenvolveu ou está desenvolvendo, como autor (a), estudo na temática terminologias de Enfermagem na forma de:

() Monografia de graduação () Monografia de especialização () Dissertação () Tese ()
Artigos científicos () Outros_____ () Não desenvolveu

Se sim, qual (is) terminologia (s)? _____

2) Você já desenvolveu ou está desenvolvendo, como orientador (a), estudo na temática Terminologias de Enfermagem na forma de:

() Monografia de graduação () Monografia de especialização () Dissertação () Tese ()
Artigos científicos () Outros_____ () Não desenvolveu

Se sim, qual (is) terminologia (s)? _____

3) Você desenvolveu ou está desenvolvendo, como autor (a), estudo na temática de obstetrícia/saúde da mulher na forma de:

() Monografia de graduação () Monografia de especialização () Dissertação () Tese ()
Artigos científicos () Outros_____ () Não desenvolveu

4) Desenvolveu ou está desenvolvendo, como orientador (a), estudo na temática de obstetrícia/saúde da mulher na forma de:

() Monografia de graduação () Monografia de especialização () Dissertação () Tese ()
Artigos científicos () Outros_____ () Não desenvolveu

5) Desenvolveu ou está desenvolvendo, como autor (a), estudo na temática gestação de alto risco na forma de:

() Monografia de graduação () Monografia de especialização () Dissertação () Tese ()
Artigos científicos () Outros_____ () Não desenvolveu

6) Desenvolveu ou está desenvolvendo, como orientador (a), estudo na temática gestação de alto risco na forma de:

() Monografia de graduação () Monografia de especialização () Dissertação () Tese ()
Artigos científicos () Outros_____ () Não desenvolveu

7) Participa ou participou de grupos/ projetos de pesquisa que envolve/ envolveu a temática Terminologias de Enfermagem?

() Sim () Não

Se sim:

Qual o nome do grupo/ projeto?: _____

Por quanto tempo participou ou participa do grupo/projeto? _____

Qual o local em que ocorre o grupo/projeto? _____

8) Participa ou participou de grupos/ projetos de pesquisa que envolve/ envolveu a temática obstetrícia/saúde da mulher?

() Sim () Não

Se sim:

Qual o nome do grupo/ projeto?: _____

Por quanto tempo participou ou participa do grupo/projeto? _____

Qual o local em que ocorre o grupo/projeto? _____

9) No último ano, onde você exerceu suas atividades profissionais?

() Hospital () Unidade Básica de Saúde () Instituição de Ensino () Outro _____

10) Utiliza ou utilizou o diagnóstico de enfermagem em sua prática profissional (assistência)?

() Sim () Não

11) Utiliza ou utilizou o diagnóstico de enfermagem em sua prática profissional (ensino)?

() Sim () Não

12) Presta/prestou assistência de enfermagem a gestantes de alto risco ou utilizou o Diagnóstico de Enfermagem Risco de binômio mãe-feto perturbado?

() Sim () Não

Se sim, em qual local: _____

Há quanto tempo: _____

13) Já identificou o diagnóstico de enfermagem Risco de binômio mãe-feto perturbado em sua prática clínica?

() Nunca () Poucas vezes () Frequentemente

14) Ministra/ministrou disciplinas que envolvem a temática Diagnóstico de enfermagem?

(☐) Sim (☐) Não

15) Ministra/ministrou disciplinas que envolvem a temática obstetrícia/saúde da mulher?

(☐) Sim (☐) Não

APÊNDICE F – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DA ANÁLISE DE CONTEÚDO (PARTE 2)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DA ANÁLISE DE CONTEÚDO

Parte 2 – ANÁLISE DE CONTEÚDO DO DIAGNÓSTICO RISCO DE BINÔMIO MÃE-FETO PERTURBADO EM GESTANTES DE ALTO RISCO

TÍTULO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM RISCO DE BINÔMIO MÃE-FETO PERTURBADO

Título do diagnóstico de enfermagem estabelecido pela NANDA-I: Risco de binômio mãe-feto perturbado
Títulos sugeridos: Opção1 - Risco de binômio mãe-feto prejudicado Opção 2 – Risco de díade mãe-feto prejudicada

Você concorda com qual título ? () Título da NANDA-I () Opção 1 () Opção 2
Comentários, contribuições ou sugestões:

CLASSE DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM RISCO DE BINÔMIO MÃE-FETO PERTURBADO

Classe sugerida pela NANDA-I: Reprodução
Você concorda com a classe sugerida? () Sim () Não
Qual outra classe você sugere?
Comentários, contribuições ou sugestões:

DOMÍNIO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM RISCO DE BINÔMIO MÃE-FETO PERTURBADO

Domínio sugerido pela NANDA-I: Sexualidade
Você concorda com o domínio sugerido? () Sim () Não
Qual outro domínio você sugere?
Comentários, contribuições ou sugestões:

DEFINIÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM RISCO DE BINÔMIO MÃE-FETO PERTURBADO

Risco de binômio mãe-feto perturbado
Definição da NANDA-I: Susceptibilidade à ruptura da relação simbiótica mãe-feto em consequência de comorbidade ou problemas relacionados à gestação que pode comprometer a saúde.
Definição sugerida após a identificação dos atributos do conceito: Susceptibilidade à ruptura da relação simbiótica mãe-feto que afeta o intercâmbio fisiológico e as interações afetivo-emocionais durante o período gestacional.
Você concorda com qual definição? ☐ Definição da NANDA-I ☐ Definição sugerida
Comentários, contribuições ou sugestões:

FATORES DE RISCO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM RISCO DE BINÔMIO MÃE-FETO PERTURBADO NO CONTEXTO DA GESTAÇÃO DE ALTO RISCO

Fatores de risco	Critério	Justificativa, sugestões ou outras considerações.
	Relevância	
1. Abuso de álcool*	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	

2. Uso de drogas ilícitas*	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	
5. Baixo ganho de peso gestacional*	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	
4. Cuidado pré-natal ausente/inadequado	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	
5. Obesidade*	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	
6. Sobrepeso*	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	
7. Tabagismo*	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	
8. Violência*	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	
9. Apoio do parceiro ausente/insuficiente*	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	
10. Apoio social ausente/insuficiente*	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	

* Fatores de risco que não constam na NANDA-I, mas que foram incorporados pela Análise de Conceito.

**POPULAÇÕES EM RISCO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM RISCO DE BINÔMIO MÃE-FETO PERTURBADO NO
CONTEXTO DA GESTAÇÃO DE ALTO RISCO**

Populações em risco	Critério	Justificativa, sugestões ou outras considerações.
	Relevância	
1. Idade materna avançada*	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	
2. Pré-eclâmpsia na gestação anterior*	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	
3. Gravidez não planejada*	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	
4. Baixo nível educacional*	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	
5. Desfavorecido economicamente*	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	

* Populações em risco que não constam na NANDA-I, mas que foram incorporados pela Análise de Conceito.

**CONDIÇÕES ASSOCIADAS DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM RISCO DE BINÔMIO MÃE-FETO PERTURBADO NO
CONTEXTO DA GESTAÇÃO DE ALTO RISCO**

Fatores de risco	Critério	Justificativa, sugestões ou outras considerações.
	Relevância	
1. Complicações gestacionais	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	
2. Alterações do metabolismo da glicose	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	
5. Regime de tratamento	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	
4. Transferência de oxigênio ao feto comprometida	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	
5. Doenças maternas*	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	
6. Condições maternas*	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	

* Condições associadas que não constam na NANDA-I, mas que foram incorporados pela Análise de Conceito.

Caso necessário, use as definições conceituais e operacionais abaixo para avaliar os itens.

DEFINIÇÕES CONCEITUAIS E OPERACIONAIS DOS FATORES DE RISCO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM RISCO DE BINÔMIO MÃE-FETO PERTURBADO NO CONTEXTO DA GESTAÇÃO DE ALTO RISCO

Fatores de risco	
1. Abuso de álcool	
Definição conceitual: Modo de ingestão de bebida alcoólica seja por ingestão de grande volume de uma vez só ou por consumo constante no cotidiano, durante a gestação, que é prejudicial à saúde física e/ou mental da gestante (BRASIL, 2012).	
Definição operacional: O fator será avaliado por meio de aplicação do questionário <i>Alcohol Use Disorders Identification</i> (AUDIT) para investigar sobre a ingestão de bebidas alcoólicas. Durante o procedimento de coleta, o examinador aplicará o questionário à gestante quanto à ingestão de bebidas alcoólicas. A pontuação mínima para determinar o abuso de álcool será de 7 pontos no AUDIT.	
2. Uso de drogas ilícitas	
Definição conceitual: Uso de substâncias psicoativas durante a gestação, como por exemplo, maconha, cocaína, merla e crack, que são prejudiciais à saúde física e/ou mental da gestante e do feto (BRASIL, 2012; ROCHA et al., 2016).	

Definição operacional: O fator será avaliado por meio da aplicação do instrumento *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test* (ASSIST) para investigar o uso de substâncias psicoativas no período gestacional. Durante o procedimento de coleta, o examinador aplicará o questionário à gestante quanto o uso de drogas no período gestacional. O escore dependerá da pontuação para cada droga (tabaco, álcool, maconha, cocaína, anfetaminas, inalantes, hipnóticos/sedativos, alucinógenos e opióides), estabelecido pelo ASSIST.

3. Baixo ganho de peso gestacional*

Definição conceitual: Situação em que o ganho de peso gestacional está abaixo do parâmetro ideal. Quando o Índice de Massa Corpórea (IMC) estiver $\leq 19,9\text{kg/m}^2$ (BRASIL, 2012)

Definição operacional: O fator será avaliado por meio de observação dos dados da caderneta da gestante em relação ao IMC. Durante o procedimento de coleta, o examinador irá consultar a caderneta da gestante para ter acesso às informações sobre o ganho de peso gestacional e verificar o IMC é $\leq 19,9\text{kg/m}^2$, considerando as semanas do período gestacional. Caso não haja o preenchimento desses dados na caderneta, o examinador pesará a gestante em balança antropométrica calibrada e calculará o IMC.

4. Cuidado pré-natal ausente/inadequado

Definição conceitual: Situação em que as consultas, o acompanhamento e as orientações no período gestacional são realizados de forma ineficaz ou não são realizados. Além disso, considera-se cuidado pré-natal ausente/inadequado quando a gestante não realiza o número mínimo de consultas pré-natal (mínimo de seis consultas) (BRASIL, 2012).

Definição operacional: O item será avaliado por meio de relato de não ter comparecido ou comparecera pouco às consultas de pré-natais, não ter recebido acompanhamento e orientações, além de verificar na caderneta da gestante o número de consultas de pré-natal que ela participou (mínimo de seis consultas). Durante o procedimento de coleta, o examinador irá questionar a gestante quanto ao cuidado e as consultas e orientações do pré-natal e irá verificar na caderneta da gestante o quantitativo de consultas de pré-natal.

5. Obesidade

Definição conceitual: Caracteriza-se pelo acúmulo excessivo de tecido adiposo que pode levar a prejuízos para a saúde da gestante. A gestante é considerada obesa quando Índice de Massa Corpórea (IMC) $>30\text{kg/m}^2$. (BRASIL, 2012).

Definição operacional: O fator será avaliado por meio de observação dos dados da caderneta da gestante em relação ao IMC. Durante o procedimento de coleta, o examinador irá consultar a caderneta da gestante para ter acesso às informações sobre o ganho de peso gestacional e verificar o IMC é $>30\text{kg/m}^2$ Kg/m^2 , considerando as semanas do período gestacional. Caso não haja o preenchimento desses dados na caderneta, o examinador pesará a gestante em balança antropométrica calibrada e calculará o IMC.

6. Sobrepeso

Definição conceitual: Caracteriza-se pelo acúmulo excessivo de tecido adiposo e Índice de Massa Corpórea (IMC) de 25-29 Kg/m^2 durante a gestação (BRASIL, 2012).

Definição operacional: O fator será avaliado por meio de observação dos dados da caderneta da gestante em relação ao IMC. Durante o procedimento de coleta, o examinador irá consultar a caderneta da gestante para ter acesso às informações sobre o ganho de peso gestacional e verificar o IMC varia 25-29 Kg/m^2 , considerando as semanas do período gestacional. Caso não haja o preenchimento desses dados na caderneta, o examinador pesará a gestante em balança antropométrica calibrada e calculará o IMC.

7. Tabagismo

Definição conceitual: Consiste no consumo de tabaco de pelo menos um único cigarro fumado durante o período gestacional, o qual prejudica a saúde fetal, acarretando complicações, tais como: danos no desenvolvimento e no aparelho cardiovascular e respiratório do feto; retardo no crescimento intrauterino; baixo peso ao nascer; abortos espontâneos; partos prematuros e mortalidade fetal (SANTOS et al., 2015).

Definição operacional: O fator será avaliado por meio de relato de fumar pelo menos um único cigarro durante o período gestacional ou pela dependência do tabaco que será verificada por meio do Teste de Fagerström. Durante o procedimento de coleta, o examinador irá questionar a gestante sobre o uso do tabaco e aplicará o Teste de Fagerström para investigar o grau de dependência à nicotina.

8. Violência
Definição conceitual: Consiste no emprego de força física ou intimidação moral durante a gestação. Pode ser física, psicológica, sexual, obstétrica, institucional, moral e patrimonial (COELHO; SILVA; LINDNER, 2014; SECRETARIA NACIONAL DE ENFRENTAMENTO À VIOÊNCIA CONTRA AS MULHERES, 2011).
Definição operacional: O fator será avaliado por meio de relato de ter sofrido violência física, psíquica, sexual, institucional, moral e patrimonial durante a gestação. Durante o procedimento de coleta, o examinador irá questionar a gestante se ela sofreu algum tipo de violência e se ela já compareceu a algum serviço jurídico (Delegacia comum, Delegacia especializada e Instituto Médico Legal), serviço assistencial (Centro de Referência Especializado de Assistência Social, Centro de Referência de Assistência Social e Serviço de abrigo) ou serviço de saúde, com a finalidade de buscar apoio sobre algum tipo de violência.
9. Apoio do parceiro ausente/insuficiente
Definição conceitual: Ausência ou insuficiência do apoio do parceiro (emocional, instrumental e/ou financeiro) durante o período gestacional (JULIANO, YUNES, 2014; GOTTARDO; FERREIRA, 2015).
Definição operacional: O item será avaliado por meio de relato de não receber apoio do parceiro (emocional, instrumental e/ou financeiro) no período gestacional. Durante o procedimento de coleta, o examinador irá questionar a gestante quanto ao apoio do parceiro durante o período gestacional. Será considerado apoio do parceiro ausente/insuficiente quando pelo menos um dos apoios (emocional, instrumental e/ou financeiro) não estiver presente.
10. Apoio social ausente/insuficiente
Definição conceitual: Ausência ou insuficiência da rede de apoio social fornecido pela rede relacional das pessoas (serviços, familiares e/ou amigos) durante o período gestacional (JULIANO; YUNES, 2014; GOTTARDO; FERREIRA, 2015).
Definição operacional: O item será avaliado por meio de relato de não receber apoio social (serviços, familiares e/ou amigos) no período gestacional. Durante o procedimento de coleta, o examinador irá questionar a gestante quanto ao apoio social durante o período gestacional.

**DEFINIÇÕES CONCEITUAIS E OPERACIONAIS DAS POPULAÇÕES EM RISCO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM
RISCO DE BINÔMIO MÃE-FETO PERTURBADO NO CONTEXTO DA GESTAÇÃO DE ALTO RISCO**

Populações em risco
1. Idade materna avançada
Definição conceitual: Gestante com idade igual ou maior que 35 anos (BRASIL, 2012).
Definição operacional: O fator será avaliado por meio de relato de possuir idade igual ou maior que 35 anos. Durante o procedimento de coleta, o examinador irá questionar a gestante sobre sua idade.
2. Pré-eclâmpsia na gestação anterior
Definição conceitual: Aumento da pressão arterial e presença de proteína na urina (proteinúria) após 20 ^a semana gestacional e/ou presença de elevação de enzimas hepáticas, alterações renais, hemólise e sintomas cerebrais na gestação anterior (REZENDE; MONTENEGRO, 2014).
Definição operacional: O fator será avaliado por meio de relato de ter tido pré-eclâmpsia na gestação anterior. Durante o procedimento de coleta, o examinador irá questionar a gestante se ela teve pré-eclâmpsia na gestação anterior.
3. Gravidez não planejada
Definição conceitual: É a gestação que não foi programada ou que foi causada por falha na contracepção (RODRIGUES; LOPES, 2016).
Definição operacional: O fator será avaliado por meio de relato de não ter realizado planejamento familiar ou de ter tido falha na contracepção. Durante o procedimento de coleta, o examinador irá questionar a gestante se a gestação foi planejada.
4. Baixo nível educacional
Definição conceitual: Consiste no pouco tempo de frequência ou de permanência da gestante na escola (FRANCO et al., 2016).
Definição operacional: O fator será avaliado por meio de relato de ter frequentado ou permanecido pouco na escola. Durante o procedimento

de coleta, o examinador irá questionar a gestante quanto ao nível de escolaridade. Será considerado baixo nível educacional a gestante que não conseguiu concluir o ensino médio.

5. Desfavorecido economicamente

Definição conceitual: A gestante que tem baixo poder aquisitivo, bem como a que possui baixo padrão de vida e de consumo em relação às demais classes da população (OLIVEIRA et al., 2015).

Definição operacional: O fator será avaliado por meio de relato ter pouco poder aquisitivo e baixo padrão de vida e de consumo. Durante o procedimento de coleta, o examinador irá questionar a gestante quanto ao seu nível econômico. Será considerado desfavorecido economicamente a gestante que a renda familiar per capita for menor que um salário mínimo (< R\$ 998,00).

DEFINIÇÕES CONCEITUAIS E OPERACIONAIS DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM RISCO DE BINÔMIO MÃE-FETO PERTURBADO NO CONTEXTO DA GESTAÇÃO DE ALTO RISCO

Condições associadas
1. Alteração do metabolismo da glicose
Definição conceitual: É provocada pela resistência à insulina, a qual impede a entrada de glicose nas células, aumentando o nível de glicose na corrente sanguínea (BRASIL, 2012).
Definição operacional: O fator será avaliado por meio da realização do teste de glicemia capilar (HGT). Durante o procedimento de coleta, o examinador irá realizar o HGT. Será considerada alteração do metabolismo da glicose quando o resultado for de tolerância à glicose diminuída (100-126 mg/dl) e de diabetes (≥ 126 mg/dl).

2. Complicações gestacionais
Definição conceitual: São problemas que ocorrem no período gestacional e que podem afetar a saúde materna e/ou fetal, por exemplo: Proteinúria; Gestação múltipla; Placenta prévia; Ruptura prematura de membranas; Placenta acreta, increta, ou percreta; Síndromes Hipertensivas; Síndromes Hemorrágicas na gestação; Descolamento prematuro de placenta; Rotura uterina e Distúrbio do líquido amniótico (BRASIL, 2012).
Definição operacional: O fator será avaliado por meio de observação dos dados em prontuários médicos acerca das complicações gestacionais (Proteinúria; Gestação múltipla; Placenta prévia; Ruptura prematura de membranas; Placenta acreta, increta ou percreta; Síndromes Hipertensivas; Síndromes Hemorrágicas na gestação; Descolamento prematuro de placenta; Rotura uterina e Distúrbio do líquido amniótico). Durante o procedimento de coleta, o examinador irá consultar os prontuários médicos para ter acesso às informações sobre as complicações gestacionais (irá procurar a hipótese diagnóstica mais próxima da coleta).
3. Condições maternas
Definição conceitual: Condições clínicas que a gestante possui e que podem comprometer a sua saúde e a saúde fetal, como por exemplo: dislipidemia, inflamação sistêmica, deficiência de vitamina D e endometriose (BRASIL, 2012).
Definição operacional: O fator será avaliado por meio de observação dos dados em prontuários médicos acerca das condições maternas (dislipidemia, inflamação sistêmica, deficiência de vitamina D e endometriose). Durante o procedimento de coleta, o examinador irá consultar os prontuários médicos para ter acesso às informações sobre as condições clínicas maternas.
4. Doenças maternas
Definição conceitual: Alterações biológicas, físicas ou psíquicas que prejudicam a saúde materna, por exemplo: Depressão, Infecções maternas, Doenças autoimunes, Disfunção da tireoide, Neoplasias, Síndromes metabólicas e Síndromes Hipertensivas (BRASIL, 2012).

Definição operacional: O fator será avaliado por meio de observação dos dados em prontuários médicos acerca das doenças maternas (Depressão, Infecções maternas, Doenças autoimunes, Disfunção da tireoide, Neoplasias, Síndromes metabólicas e Síndromes Hipertensivas). Durante o procedimento de coleta, o examinador irá consultar nos prontuários médicos para ter acesso às informações sobre as doenças maternas.

5. Regime de tratamento

Definição conceitual: Realização do tratamento para alguma doença ou condição, por exemplo, uso de antidepressivos, anti-hipertensivos, anticonvulsivantes, medicamentos teratogênicos (BRASIL, 2012).

Definição operacional: O fator será avaliado por meio de observação dos dados em prontuários médicos e em cartão de pré-natal. Durante o procedimento de coleta, o examinador irá consultar os prontuários médicos e cartão de pré-natal para ter acesso às informações sobre a realização do regime de tratamento que está sendo feito, por exemplo, uso de antidepressivos, anti-hipertensivos, anticonvulsivantes e medicamentos teratogênicos.

6. Transferência de oxigênio ao feto comprometida

Definição conceitual: É o impedimento da chegada de oxigênio ao feto, prejudicando seu metabolismo e/ou provocando seu sofrimento (hipóxia fetal), devido às síndromes hipertensivas, abuso de substâncias psicoativas, tabagismo, doenças cardiovasculares, anemia, hemorragia, asma, epilepsia, disfunção respiratória, entre outras (BRASIL, 2012).

Definição operacional: O fator será avaliado por meio de observação dos dados em prontuários médicos e da ultrassonografia obstétrica com doppler. Durante o procedimento de coleta, o examinador irá consultar os prontuários médicos e da ultrassonografia obstétrica com doppler para ter acesso às informações do comprometimento do transporte de oxigênio.

As definições forneceram suporte necessário para as respostas?	Justificativa, sugestões ou outras considerações sobre as definições:
--	---

REFERÊNCIAS:

BRASIL.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico**. 5ª edição. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

COELHO, E. B. S.; SILVA, A. C. L. G.; LINDNER, S. R. **Violência: definições e tipologias**. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, p. 32, 2014. Disponível em: <<http://www.repositoriodigital.ufrb.edu.br/bitstream/123456789/1254/1/TCC%20Ana%20Claudia%20Lemos.pdf>>. Acesso em: 27 jul. 2018.

FRANCO, S. C. et al. Escolaridade e conhecimento sobre duração recomendada para o aleitamento materno exclusivo entre gestantes na estratégia de saúde da família. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 44, n. 3, p. 66-77, 2016.

GOTTARDO, L. F. S; FERREIRA, M. C. Suporte social, avaliações autorreferentes e bem-estar de profissionais de saúde. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 67, n. 1, 2015.

JULIANO, M. C. C; YUNES, M. A. M. Reflexões sobre rede de apoio social comomecanismo de proteção e promoção de resiliencia. **Ambiente & Sociedade**, v. 17, n. 3, 2014.

OLIVEIRA, M. A. M. et al. Gestantes tardias de baixa renda: dados sociodemográficos, gestacionais e bem-estar subjetivo. **Revista Psicologia-Teoria e Prática**, v. 16, n. 3, 2015.

REZENDE, J.; MONTENEGRO, C. A. B. **Obstetrícia Fundamental**. 14^a Edição. São Paulo: Guanabara Koogan, 2014. ROCHA, P. C. et al. Prevalência e fatores associados ao uso de drogas ilícitas em gestantes da coorte BRISA. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, p. e00192714, 2016.

RODRIGUES, C. D. S; LOPES, A. O. S. A Gravidez não planejada de mulheres atendidas no pré-natal das Unidades Básicas de Saúde. **Id on Line REVISTA DE PSICOLOGIA**, v. 10, n. 32, p. 70-87, 2016.

SANTOS, H. T. S. et al. Os malefícios do uso do tabaco na gestação e suas complicações ao feto. **Revista Enfermagem UFPE Online**, v. 9, n. 9, p. 9978-82, 2015.

SECRETARIA NACIONAL DE ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES. Secretaria de Políticas para as Mulheres – Presidência da República. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres**. Brasília, 2011. 46 p. Disponível em: <<http://www.spm.gov.br/sobre/publicacoes/publicacoes/2011/politica-nacional>>. Acesso em: 15 out. 2018

APÊNDICE G – TERMO DE COMPROMISSO E CONFIDENCIALIDADE

TERMO DE COMPROMISSO E CONFIDENCIALIDADE

Título do projeto: Validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem Risco de binômio mãe-feto perturbado em gestantes de alto risco

Pesquisador responsável: Ryanne Carolynne Marques Gomes

Instituição/Departamento de origem do pesquisador: Universidade Federal de Pernambuco – Centro de Ciências da Saúde – Departamento de Enfermagem

Telefone para contato: (87) 9.9205-8441 ou (87) 9.9601-2879

E-mail: ryannekarolynne@gmail.com

O pesquisador do projeto acima identificado assume o compromisso de:

- Garantir que a pesquisa só será iniciada após a avaliação e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Pernambuco – CEP/UFPE e que os dados coletados serão armazenados pelo período mínimo de 5 anos após o término da pesquisa;
- Preservar o sigilo e a privacidade dos voluntários cujos dados serão estudados e divulgados apenas em eventos ou publicações científicas, de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificá-los;
- Garantir o sigilo relativo às propriedades intelectuais e patentes industriais, além do devido respeito à dignidade humana;
- Garantir que os benefícios resultantes do projeto retornem aos participantes da pesquisa, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa;
- Assegurar que os resultados da pesquisa serão anexados na Plataforma Brasil, sob a forma de Relatório Final da pesquisa;

Recife, ____ de _____ de 2018.

Assinatura Pesquisador Responsável

APÊNDICE H – ALTERAÇÕES NAS DEFINIÇÕES CONCEITUAIS E OPERACIONAIS

ALTERAÇÕES NAS DEFINIÇÕES CONCEITUAIS E OPERACIONAIS DOS FATORES DE RISCO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM RISCO DE BINÔMIO MÃE-FETO PERTURBADO NO CONTEXTO DA GESTAÇÃO DE ALTO RISCO

Fatores de risco
1. Abuso de álcool
Definição conceitual: Modo de ingestão de bebida alcoólica seja por ingestão de grande volume de uma vez só ou por consumo constante no cotidiano, durante a gestação, que é prejudicial à saúde física e/ou mental da gestante (BRASIL, 2012).
Definição operacional: O fator será avaliado por meio de aplicação do questionário <i>Alcohol Use Disorders Identification</i> (AUDIT) para investigar sobre a ingestão de bebidas alcoólicas. Durante o procedimento de coleta, o examinador aplicará o questionário à gestante quanto à ingestão de bebidas alcoólicas. A pontuação mínima para determinar o abuso de álcool será de 7 pontos no AUDIT.
2. Uso de drogas ilícitas
Definição conceitual: Uso de substâncias psicoativas durante a gestação, como por exemplo, maconha, cocaína, merla e crack, que são prejudiciais à saúde física e/ou mental da gestante e do feto (BRASIL, 2012; ROCHA et al., 2016).
Definição operacional: O fator será avaliado por meio da aplicação do instrumento <i>Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test</i> (ASSIST) para investigar o uso de substâncias psicoativas no período gestacional. Durante o procedimento de coleta, o examinador aplicará o questionário à gestante quanto o uso de drogas no período gestacional. O escore dependerá da pontuação para cada droga (tabaco, álcool, maconha, cocaína, anfetaminas, inalantes, hipnóticos/sedativos, alucinógenos e opióides), estabelecido pelo ASSIST.
3. Ganho de peso gestacional insatisfatório
Definição conceitual: Situação em que o ganho de peso gestacional está abaixo do parâmetro ideal. Quando o Índice de Massa Corpórea

(IMC) estiver $\leq 19,9\text{kg/m}^2$ (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012; BRASIL, 2013)
Definição operacional: O fator será avaliado por meio de observação dos dados da caderneta da gestante em relação ao IMC. Durante o procedimento de coleta, o examinador irá consultar a caderneta da gestante para ter acesso às informações sobre o ganho de peso gestacional e verificar se o IMC é $\leq 19,9\text{kg/m}^2$ por meio do cálculo, utilizando a seguinte fórmula: (IMC= Peso (kg)/Altura (m)²) correlacionando com as semanas do período gestacional. Caso não haja o preenchimento desses dados na caderneta, o examinador pesará a gestante em balança antropométrica calibrada, medirá a altura da gestante e calculará o IMC.
4. Cuidado pré-natal ausente/inadequado
Definição conceitual: Situação em que as consultas, o acompanhamento e as orientações no período gestacional são realizados de forma ineficaz ou não são realizados. Além disso, considera-se cuidado pré-natal ausente/inadequado quando a gestante não realiza o número mínimo de consultas pré-natal (mínimo de seis consultas), vacinação e exames (BRASIL, 2012; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).
Definição operacional: O item será avaliado por meio de relato de não ter comparecido ou comparecera pouco às consultas de pré-natais, não ter recebido acompanhamento e orientações, além de verificar na caderneta da gestante o número de consultas de pré-natal que ela participou (mínimo de seis consultas), se tomou as vacinas recomendadas e se fez os exames solicitados. Durante o procedimento de coleta, o examinador irá questionar a gestante quanto ao cuidado e as consultas e orientações do pré-natal e irá verificar na caderneta da gestante as informações acerca do pré-natal.
5. Obesidade
Definição conceitual: Caracteriza-se pelo acúmulo excessivo de tecido adiposo que pode levar a prejuízos para a saúde da gestante. A gestante é considerada obesa quando Índice de Massa Corpórea (IMC) $>30\text{kg/m}^2$. (BRASIL, 2012).
Definição operacional: O fator será avaliado por meio de observação dos dados da caderneta da gestante em relação ao IMC. Durante o procedimento de coleta, o examinador irá consultar a caderneta da gestante para ter acesso às informações sobre o ganho de peso gestacional e verificar o IMC é $>30\text{kg/m}^2$ Kg/m^2 , considerando as semanas do período gestacional. Caso não haja o preenchimento desses dados na

caderneta, o examinador pesará a gestante em balança antropométrica calibrada e calculará o IMC.
6. Sobrepeso
Definição conceitual: Caracteriza-se pelo acúmulo excessivo de tecido adiposo e Índice de Massa Corpórea (IMC) de 25-29 Kg/m ² durante a gestação (BRASIL, 2012).
Definição operacional: O fator será avaliado por meio de observação dos dados da caderneta da gestante em relação ao IMC. Durante o procedimento de coleta, o examinador irá consultar a caderneta da gestante para ter acesso às informações sobre o ganho de peso gestacional e verificar o IMC varia 25-29 Kg/m ² , considerando as semanas do período gestacional. Caso não haja o preenchimento desses dados na caderneta, o examinador pesará a gestante em balança antropométrica calibrada e calculará o IMC.
7. Tabagismo
Definição conceitual: Consiste no consumo de tabaco de pelo menos um único cigarro fumado durante o período gestacional, o qual prejudica a saúde fetal, acarretando complicações, tais como: danos no desenvolvimento e no aparelho cardiovascular e respiratório do feto; retardo no crescimento intrauterino; baixo peso ao nascer; abortos espontâneos; calcificações placentárias; Descolamento Prematuro de Placenta (DPP) ; partos prematuros e mortalidade fetal (SANTOS et al., 2015).
Definição operacional: O fator será avaliado por meio de relato de fumar pelo menos um único cigarro durante o período gestacional ou pela dependência do tabaco que será verificada por meio do Teste de Fagerström. Durante o procedimento de coleta, o examinador irá questionar a gestante sobre o uso do tabaco e aplicará o Teste de Fagerström para investigar o grau de dependência à nicotina.
8. Violência
Definição conceitual: Consiste no emprego de força física ou intimidação moral durante a gestação. Pode ser física, psicológica, sexual, obstétrica, institucional, moral e patrimonial (COELHO; SILVA; LINDNER, 2014; SECRETARIA NACIONAL DE ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES, 2011).

Definição operacional: O fator será avaliado por meio de relato de ter sofrido violência física, psíquica, sexual, institucional, moral e patrimonial durante a gestação. Durante o procedimento de coleta, o examinador irá questionar a gestante se ela sofreu algum tipo de violência e se ela já compareceu a algum serviço jurídico (Delegacia comum, Delegacia especializada e Instituto Médico Legal), serviço assistencial (Centro de Referência Especializado de Assistência Social, Centro de Referência de Assistência Social e Serviço de abrigamento) ou serviço de saúde, com a finalidade de buscar apoio sobre algum tipo de violência.

9. Apoio do parceiro ausente/insuficiente

Definição conceitual: Ausência ou insuficiência do apoio do parceiro (emocional, instrumental e/ou financeiro) durante o período gestacional (JULIANO, YUNES, 2014; GOTTARDO; FERREIRA, 2015).

Definição operacional: O item será avaliado por meio de relato de não receber apoio do parceiro (emocional, instrumental e/ou financeiro) no período gestacional. Durante o procedimento de coleta, o examinador irá questionar a gestante quanto ao apoio do parceiro durante o período gestacional. Será considerado apoio do parceiro ausente/insuficiente quando pelo menos um dos apoios (emocional, instrumental e/ou financeiro) não estiver presente.

10. Apoio social ausente/insuficiente

Definição conceitual: Ausência ou insuficiência da rede de apoio social fornecido pela rede relacional das pessoas (serviços, familiares e/ou amigos) durante o período gestacional (JULIANO; YUNES, 2014; GOTTARDO; FERREIRA, 2015).

Definição operacional: O item será avaliado por meio de relato de não receber apoio social (serviços, familiares e/ou amigos) no período gestacional. Durante o procedimento de coleta, o examinador irá questionar a gestante quanto ao apoio social durante o período gestacional.

ALTERAÇÕES NAS DEFINIÇÕES CONCEITUAIS E OPERACIONAIS DAS POPULAÇÕES EM RISCO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM RISCO DE BINÔMIO MÃE-FETO PERTURBADO NO CONTEXTO DA GESTAÇÃO DE ALTO RISCO

Populações em risco	
1. Extremos de idade materna	
Definição conceitual: Gestantes com idade igual ou menor que 19 anos ou com idade igual ou maior que 35 anos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012; BRASIL, 2013).	
Definição operacional: O fator será avaliado por meio de relato de possuir idade igual ou menor que 19 anos ou igual ou maior que 35 anos. Durante o procedimento de coleta, o examinador irá questionar a gestante sobre sua idade.	
2. Pré-eclâmpsia na gestação anterior	
Definição conceitual: Aumento da pressão arterial e presença de proteína na urina (proteinúria) após 20ª semana gestacional e/ou presença de elevação de enzimas hepáticas, alterações renais, hemólise e sintomas cerebrais na gestação anterior (REZENDE; MONTENEGRO, 2014).	
Definição operacional: O fator será avaliado por meio de relato de ter tido pré-eclâmpsia na gestação anterior. Durante o procedimento de coleta, o examinador irá questionar a gestante se ela teve pré-eclâmpsia na gestação anterior.	
3. Gestantes com baixo nível educacional	
Definição conceitual: Consiste no pouco tempo de frequência ou de permanência da gestante na escola (FRANCO et al., 2016).	
Definição operacional: O fator será avaliado por meio de relato de ter frequentado ou permanecido pouco na escola. Durante o procedimento de coleta, o examinador irá questionar a gestante quanto ao nível de escolaridade. Será considerado baixo nível educacional a gestante que não conseguiu concluir o ensino médio.	
4. Gestantes desfavorecidas economicamente	

Definição conceitual: A gestante que tem baixo poder aquisitivo, bem como a que possui baixo padrão de vida e de consumo em relação às demais classes da população (OLIVEIRA et al., 2015).

Definição operacional: O fator será avaliado por meio de relato ter pouco poder aquisitivo e baixo padrão de vida e de consumo. Durante o procedimento de coleta, o examinador irá questionar a gestante quanto ao seu nível econômico. Será considerado desfavorecido economicamente a gestante que a renda familiar per capita for menor que um salário mínimo (< R\$ 998,00).

ALTERAÇÕES NAS DEFINIÇÕES CONCEITUAIS E OPERACIONAIS DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM RISCO DE BINÔMIO MÃE-FETO PERTURBADO NO CONTEXTO DA GESTAÇÃO DE ALTO RISCO

Condições associadas
1. Alteração do metabolismo da glicose
Definição conceitual: É provocada pela resistência à insulina, a qual impede a entrada de glicose nas células, aumentando o nível de glicose na corrente sanguínea (BRASIL, 2012).
Definição operacional: O fator será avaliado por meio da realização do teste de glicemia capilar (HGT). Durante o procedimento de coleta, o examinador irá realizar o HGT. Será considerada alteração do metabolismo da glicose quando o resultado for de tolerância à glicose diminuída (100-126 mg/dl) e de diabetes (≥ 126 mg/dl).

2. Complicações gestacionais

Definição conceitual: São problemas que ocorrem no período gestacional e que podem afetar a saúde materna e/ou fetal, por exemplo: Proteinúria; Gestação múltipla; Placenta prévia; Ruptura prematura de membranas; Placenta acreta, increta, ou percreta; Síndromes Hipertensivas; Síndromes Hemorrágicas na gestação; Descolamento prematuro de placenta; Rotura uterina e Distúrbio do líquido amniótico (BRASIL, 2012).

Definição operacional: O fator será avaliado por meio de observação dos dados em prontuários médicos acerca das complicações gestacionais (Proteinúria; Gestação múltipla; Placenta prévia; Ruptura prematura de membranas; Placenta acreta, increta ou percreta; Síndromes Hipertensivas; Síndromes Hemorrágicas na gestação; Descolamento prematuro de placenta; Rotura uterina e Distúrbio do líquido amniótico). Durante o procedimento de coleta, o examinador irá consultar os prontuários médicos para ter acesso às informações sobre as complicações gestacionais (irá procurar a hipótese diagnóstica mais próxima da coleta).

3. Condições maternas

Definição conceitual: Condições clínicas que a gestante possui e que podem comprometer a sua saúde e a saúde fetal, como por exemplo: dislipidemia, inflamação sistêmica, deficiência de vitamina D e endometriose (BRASIL, 2012).

Definição operacional: O fator será avaliado por meio de observação dos dados em prontuários médicos acerca das condições maternas (dislipidemia, inflamação sistêmica, deficiência de vitamina D e endometriose). Durante o procedimento de coleta, o examinador irá consultar os prontuários médicos para ter acesso às informações sobre as condições clínicas maternas.

4. Doenças maternas

Definição conceitual: Alterações biológicas, físicas ou psíquicas que prejudicam a saúde materna, por exemplo: Depressão, Infecções maternas, Doenças autoimunes, Disfunção da tireoide, Neoplasias, Síndromes metabólicas e Síndromes Hipertensivas (BRASIL, 2012).

Definição operacional: O fator será avaliado por meio de observação dos dados em prontuários médicos acerca das doenças maternas (Depressão, Infecções maternas, Doenças autoimunes, Disfunção da tireoide, Neoplasias, Síndromes metabólicas e Síndromes Hipertensivas). Durante o procedimento de coleta, o examinador irá consultar nos prontuários médicos para ter acesso às informações sobre as doenças maternas.
5. Regime de tratamento
Definição conceitual: Realização do tratamento para alguma doença ou condição, por exemplo, uso de antidepressivos, anti-hipertensivos, anticonvulsivantes, medicamentos teratogênicos (BRASIL, 2012).
Definição operacional: O fator será avaliado por meio de observação dos dados em prontuários médicos e em cartão de pré-natal. Durante o procedimento de coleta, o examinador irá consultar os prontuários médicos e cartão de pré-natal para ter acesso às informações sobre a realização do regime de tratamento que está sendo feito, por exemplo, uso de antidepressivos, anti-hipertensivos, anticonvulsivantes e medicamentos teratogênicos.
6. Transferência de oxigênio ao feto comprometida
Definição conceitual: É o impedimento da chegada de oxigênio ao feto, prejudicando seu metabolismo e/ou provocando seu sofrimento (hipóxia fetal), devido às síndromes hipertensivas, abuso de substâncias psicoativas, tabagismo, doenças cardiovasculares, anemia, hemorragia, asma, epilepsia, disfunção respiratória, entre outras (BRASIL, 2012).
Definição operacional: O fator será avaliado por meio de observação dos dados em prontuários médicos e da ultrassonografia obstétrica com doppler. Durante o procedimento de coleta, o examinador irá consultar os prontuários médicos e da ultrassonografia obstétrica com doppler para ter acesso às informações do comprometimento do transporte de oxigênio.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico**. 5ª edição. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. 1ª edição. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

COELHO, E. B. S.; SILVA, A. C. L. G.; LINDNER, S. R. **Violência: definições e tipologias**. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, p. 32, 2014. Disponível em: <<http://www.repositoriodigital.ufrb.edu.br/bitstream/123456789/1254/1/TCC%20Ana%20Claudia%20Lemos.pdf>>. Acesso em: 27 jul. 2018.

FRANCO, S. C. et al. Escolaridade e conhecimento sobre duração recomendada para o aleitamento materno exclusivo entre gestantes na estratégia de saúde da família. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 44, n. 3, p. 66-77, 2016.

GOTTARDO, L. F. S; FERREIRA, M. C. Suporte social, avaliações autorreferentes e bem-estar de profissionais de saúde. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 67, n. 1, 2015.

JULIANO, M. C. C; YUNES, M. A. M. Reflexões sobre rede de apoio social comomecanismo de proteção e promoção de resiliencia. **Ambiente & Sociedade**, v. 17, n. 3, 2014.

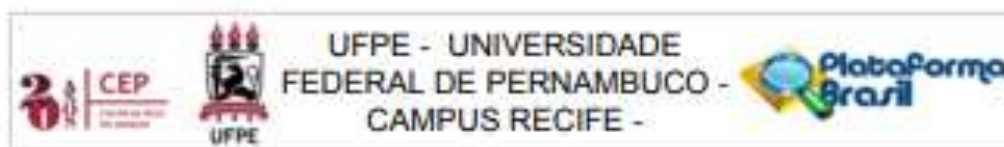
OLIVEIRA, M. A. M. et al. Gestantes tardias de baixa renda: dados sociodemográficos, gestacionais e bem-estar subjetivo. **Revista Psicologia-Teoria e Prática**, v. 16, n. 3, 2015.

RICHTER, F. M. et al. Utilização de medicamentos por gestantes usuárias do sistema único de saúde em um município do Vale do Taquari–

RS. **Revista Destaques Acadêmicos**, v. 8, n. 3, p. 7-19. 2016.

SETTE, N. L. F.; AUGUSTO, M. T.; MATARUCCO, C. R. A influência do consumo de substâncias teratogênicas durante o período gestacional na saúde materno-infantil. **Revista UNIFEV: Ciência & Tecnologia**, v. 3, p. 211-227, 2017.

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM RISCO DE BINÔMIO MÃE-FETO PERTURBADO EM GESTANTES DE ALTO RISCO

Pesquisador: RYANNE CAROLYNNE MARQUES GOMES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 05004918.1.0000.5208

Instituição Proponente: Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

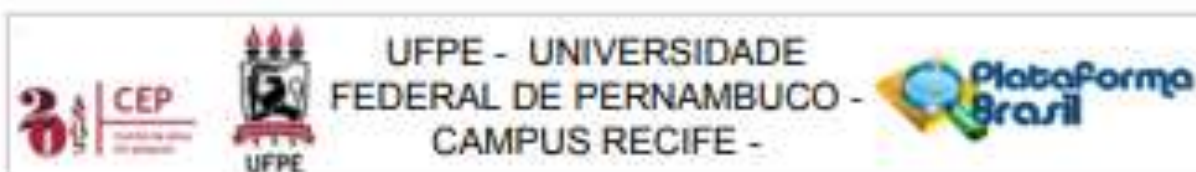
DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.198.725

Apresentação do Projeto:

Projeto de dissertação do PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM, apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, da estudante RYANNE CAROLYNNE MARQUES GOMES, sob orientação da Prof. Dra. Suzana de Oliveira Manguiera e coorientação da Prof. Dra. Francisca Márcia Pereira Linhares. Trata-se de um estudo metodológico de validação do diagnóstico de enfermagem "Risco de binômio mãe-feto perturbado" em gestantes de alto risco. Será adotado o modelo proposto por Lopes, Silva e Araújo (2016), para a realização das duas primeiras etapas, a análise de conceito e a análise de conteúdo. Na análise de conceito será utilizado o modelo de Walker e Avant (2011), e para a análise de conteúdo por especialistas, a proposta de validação de diagnósticos de enfermagem proposto por Lopes, Silva e Araújo (2012). Os critérios de inclusão serão os especialistas que têm experiência acadêmica e/ou experiência prática, envolvendo o tempo de atuação com a temática de diagnóstico de enfermagem e/ou obstetrícia/saúde da mulher. Serão excluídos os especialistas que não responderem a carta-convite. Além disso, considerará como exclusão os critérios de perda que serão: especialistas que devolverem o instrumento com preenchimento de forma incorreta após o segundo contato ou que não retornarem. Os juízes serão definidos pela pesquisadora, orientadora e coorientadora, levando em consideração o referencial da classificação de Benner, Tanner e Chelsea (2009) em cinco níveis de

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81) 2128-8588 E-mail: cepce@ufpe.br



Continuação do Parecer: 3.188.725

expertises: novice, advanced beginner, competence, proficient e expert. A busca dos especialistas será realizada Plataforma Lattes do portal do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), a partir das palavras-chave: diagnóstico de enfermagem, saúde da mulher e obstetrícia. A busca será também realizada no universo relacional da orientadora e da coorientadora da pesquisa. Além disso, poderá haver amostragem do tipo "bola de neve" (snowball sampling) por meio de indicação de outros especialistas pelos participantes

do estudo. Após a seleção dos especialistas, será realizado um primeiro contato por meio do correio eletrônico, com envio de uma carta-convite com as explicações e informações necessárias. O instrumento de coleta de dados será composto por duas partes. A primeira parte abordará o sobre o perfil do especialista e a segunda parte abordará as definições conceituais e operacionais dos fatores de risco e dos antecedentes do diagnóstico de enfermagem Risco de binômio mãe-feto perturbado, construídos por meio da análise de conceito. Os itens serão avaliados quanto ao critério Relevância, de acordo com o referencial teórico de Pasquali (2010), por meio de uma escala tipo Likert de cinco pontos, indo de 1=discordo totalmente, até 5=concordo totalmente. Os dados obtidos serão organizados em uma planilha do programa Microsoft Office Excel 2010 e analisados com o auxílio do programa SPSS versão 21.0 e do software R versão 3.2.0, a partir de uma análise descritiva, medidas de tendência central e de dispersão. O teste de Shapiro-Wilk será aplicado para verificação da normalidade. O Índice de Validade de Conteúdo (IVC) será calculado baseado no modelo da diversidade preditiva, em que a avaliação dos juizes será ponderada por seu nível de expertise. Serão calculadas a média e a mediana ponderada das avaliações. Além disso, será aplicado o teste de Wilcoxon, considerando o valor de referência para a hipótese nula o IVC 0,9.

Objetivo da Pesquisa:

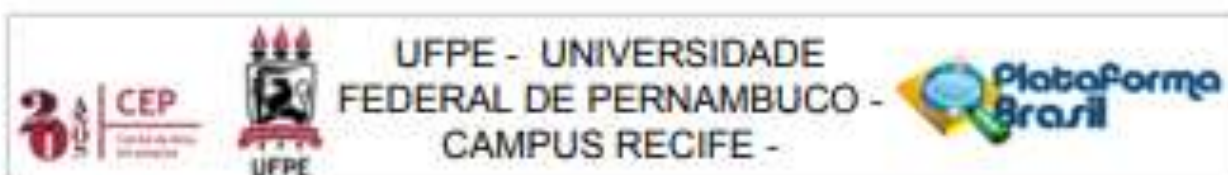
Objetivo Primário:

- Validar o conteúdo do diagnóstico de enfermagem "Risco de binômio mãe-feto perturbado" em gestantes de alto risco.

Objetivos Secundários:

- Identificar os atributos e os antecedentes do conceito binômio mãe-feto;
- Relacionar os atributos e os antecedentes do conceito evidenciados na literatura com a definição

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2125-0550 **E-mail:** cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 2.189.736

e os fatores de risco do diagnóstico de enfermagem "Risco de binômio mãe-feto perturbado" apresentados pela NANDA I;

- Elaborar definições conceituais e operacionais dos antecedentes do diagnóstico (fatores de risco, populações em risco e condições associadas);
- Verificar com especialistas a relevância dos antecedentes do diagnóstico em estudo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os autores apontam como riscos da pesquisa o cansaço mental e também visual, quando o instrumento estiver em formato eletrônico, devido ao instrumento ser geralmente extenso e o seu preenchimento exigir raciocínio. Para minimização dos riscos, será concedido o prazo de vinte dias para o especialista responder e a opção ao especialista de receber o material impresso.

Como benefícios o estudo trará tanto para os especialistas, quanto para o público do estudo, pois, a validação do diagnóstico de enfermagem utilizado em sua prática profissional contribui para o desenvolvimento da linguagem na área de enfermagem e para atualização da Taxonomia da NANDA-I. Além disso, com a identificação correta do diagnóstico, as gestantes de alto risco terão uma assistência qualificada, o que resulta em um menor risco de binômio mãe-feto perturbado e menores complicações gestacionais.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Os autores justificam a importância do estudo após uma busca prévia na literatura acerca do diagnóstico de enfermagem "Risco de binômio mãe-feto perturbado", e suas fragilidades na abordagem conceitual e de conteúdo. As análises de conceito e de conteúdo contribuirão para a identificação e legitimação da definição do diagnóstico e dos seus antecedentes de forma precisa, para uso de terminologia adequada na prática profissional assim como a implementação de intervenções de acordo com as reais necessidades da população em questão. O estudo apresentou todos os documentos conforme os preceitos éticos.

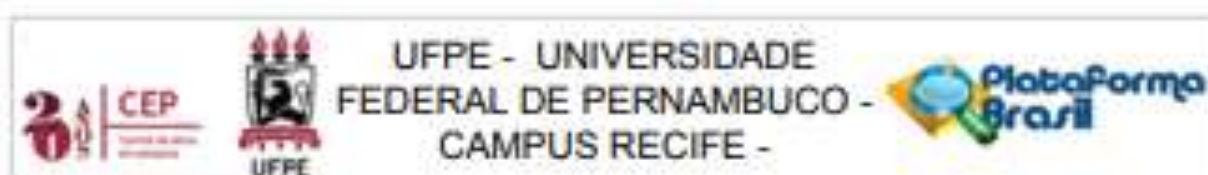
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos encontram-se adequados.

Recomendações:

Nenhuma.

Endereço: Av. de Engenheiro Antônio - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81) 2126-8288 E-mail: cepce@ufpe.br



Continuação do Parecer: 3.188.726

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

As exigências foram atendidas e o protocolo está APROVADO, sendo liberado para o início da coleta de dados. Informamos que a APROVAÇÃO DEFINITIVA do projeto só será dada após o envio do Relatório Final da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final para enviá-lo via "Notificação", pela Plataforma Brasil. Siga as instruções do link "Para enviar Relatório Final", disponível no site do CEP/CCS/UFPE. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao voluntário participante (item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

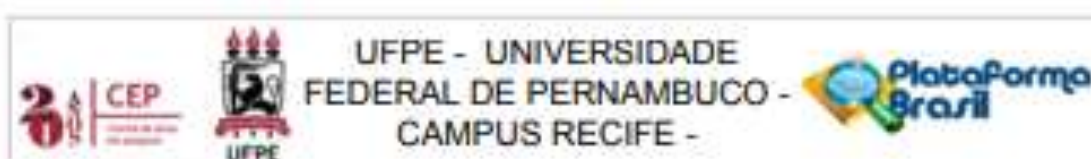
Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Para projetos com mais de um ano de execução, é obrigatório que o pesquisador responsável pelo Protocolo de Pesquisa apresente a este Comitê de Ética relatórios parciais das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). O CEP/CCS/UFPE deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do(a) pesquisador(a) assegurar todas as medidas imediatas e adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda, enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	FB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1272421.pdf	14/03/2019 09:14:54		Aceito
Outros	carta_resposta.pdf	14/03/2019 09:12:55	Ryanne Carolinne Marques Gomes	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETORYANNE.docx	21/12/2018 11:20:43	Ryanne Carolinne Marques Gomes	Aceito

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81) 2126-6588 E-mail: cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 3.188.725

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcclerianne.docx	21/12/2018 11:20:18	Ryanne Carolynne Marques Gomes	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	21/12/2018 10:50:40	Ryanne Carolynne Marques Gomes	Aceito
Outros	TERMO DE COMPROMISSO E CONFIDENCIALIDADE.pdf	06/12/2018 17:38:49	Ryanne Carolynne Marques Gomes	Aceito
Outros	CURRICULO COORDENADORA.pdf	06/12/2018 16:51:55	Ryanne Carolynne Marques Gomes	Aceito
Outros	CURRICULO ORIENTADORA.pdf	06/12/2018 16:51:22	Ryanne Carolynne Marques Gomes	Aceito
Outros	CURRICULO PESQUISADORA.pdf	06/12/2018 16:50:53	Ryanne Carolynne Marques Gomes	Aceito
Outros	DISPENSA ANUENCIA.pdf	06/12/2018 16:47:13	Ryanne Carolynne Marques Gomes	Aceito
Outros	DECLARACAO MATRICULAMESTRAD Q.pdf	06/12/2018 16:45:33	Ryanne Carolynne Marques Gomes	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 14 de Março de 2019

Assinado por:

Gisele Cristina Sena da Silva Pinho
(Coordenador(a))

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
UF: PE Município: RECIFE
Telefone: (81) 2125-3550 E-mail: cepce@ufpe.br